

Б.А. Поляев, Г.А. Макарова, И.А. Белолипецкая

**Зарубежный и отечественный опыт
организации службы
спортивной медицины
и подготовки спортивных врачей**

Москва
«Советский спорт»
2005

УДК 796/799

ББК 75.0

П54

Поляев Б.А., Макарова Г.А., Белолипецкая И.А.
П54 Зарубежный и отечественный опыт организации
службы спортивной медицины и подготовки спортив-
ных врачей. – М.: Советский спорт, 2005. – 152 с.

ISBN 5-85009-963-8

В книге приводится сравнительный анализ отечественной и за-
рубежных систем подготовки спортивных врачей и организации
службы спортивной медицины, дается оценка их достоинств и не-
достатков.

Предназначена для организаторов и специалистов спортивной
медицины, преподавателей и студентов медицинских и физкуль-
турных вузов.

УДК 796/799

ББК 75.0

ISBN 5-85009-963-8

© Поляев Б.А., Макарова Г.А.,
Белолипецкая И.А., 2005

© Оформление. ФГУП «Издательство
“Советский спорт”», 2005

Введение

Прогрессивно возрастающие физические и психоэмоциональные нагрузки, ужесточающаяся конкурентная борьба, постоянно пополняющийся список высокотравмоопасных видов, превратили современный спорт в близкий к экстремальному вид человеческой деятельности. Причем, это происходит в условиях, когда каждое последующее поколение спортсменов имеет все более низкий исходный уровень здоровья и является носителем все большего числа факторов риска, готовых в любую минуту материализоваться в развернутую картину отдельного заболевания или патологического состояния.

В подобной ситуации особую значимость приобретает проблема совершенствования научно-методической, организационной и практической базы спортивной медицины как отрасли медицины, призванной максимально снизить вероятность негативных последствий околопредельных физических и психоэмоциональных нагрузок, а также сопутствующих факторов риска в каждом избранном виде спорта.

Однако любые преобразования, как показывает наш печальный опыт, должны быть не спонтанными, а базироваться на серьезном анализе достоинств и недостатков отечественной и зарубежных систем. Это и послужило основанием для проведения нами специальной работы, направленной на изучение опыта подготовки спортивных врачей и организации службы спортивной медицины в зарубежных странах.

Надеемся, представленные данные вызовут интерес у читателей и послужат поводом для широкой дискуссии.

Раздел I.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1. Понятийный аппарат зарубежных образовательных систем на современном этапе развития общества

Анализ современных тенденций реформирования высшей школы в мире и задач, сформулированных в рамках Болонского соглашения, невозможен без предварительного изучения понятийного аппарата зарубежных образовательных систем. Его анализу мы и сочли необходимым посвятить первый раздел настоящих исследований.

В последние годы в концептуальном аппарате разработки профессиональных и образовательных стандартов появились новые понятия и термины, имеющие на национальном уровне существенные различия, что в известной мере осложняет движение в направлении увеличения сопоставимости, сравнимости и прозрачности образовательных программ.

Лингвисты, специализирующиеся в сфере сравнительных исследований в образовании, отмечают как непродуктивные буквальные переводы, не отражающие национальных контекстов и не учитывающие того обстоятельства, что профессиональное образование различных стран и подходы к созданию стандартов имеют собственные терминологические системы. В этом плане они отдают предпочтение так называемым функциональным терминам. Существует международное соглашение в отношении основных аспектов профессиональной подготовки (например, стандарты професси-

ональной подготовки, модели проведения экзаменов, уровни компетентности и зачеты) и связанных с ними национальных функциональных терминов. Эти функциональные понятия на национальном уровне могут быть дополнены «конкретными характеристиками соответствующей системы профессионального образования и обучения и толковать их следует в соответствии с ней» [И.Е. Волкова, С.С. Иванов, 2002].

К подобным функциональным терминам относятся «квалификация», «компетенция», «учебный план», «программа», «модуль», «кредит (кредитная единица)».

1.1. Понятия «квалификация» и «компетенция»

В настоящее время определились два типа международного признания дипломов и квалификаций, которые требуют двух типов оценки документов: академическое признание и профессиональное признание.

Академическое признание (academic recognition) касается решений, которые позволяют лицу приступить или продолжить курс обучения либо дают право использовать национальное звание (степень) принимающей страны на основе звания и степени, полученной в направляющей стране.

Профессиональное признание (professional recognition) касается методологии и процедуры оценки документов с целью трудоустройства. Это более сложный процесс. Система профессиональных квалификаций отражает как национальную систему образования, так и классификацию профессий, отраслей промышленности и группирование самих специалистов. В некоторых странах, таких, например, как Германия и Нидерланды, большинство академических квалификаций являются также и профессиональными квалификациями без дополнительных требований. В ряде же стран, подобно Великобритании, профессиональные квалификации, как правило, присуждаются по завершении специальной профессиональной подготовки, которая обеспечивается вне университетов или по завершении университетского образования.

Профессиональные требования могут устанавливаться или закрепляться профессиональными организациями в национальном законодательстве. Академическое признание и профессиональное признание преследуют различные цели и могут потребовать различных подходов и различного инструментария. Однако их объединяет методология оценки образовательного компонента документа или квалификации.

Европейский Союз, который различает регулируемые и нерегулируемые профессии, принял специальные Директивы по признанию регулируемых профессий. В Директиве Союза 92/51/ЕЕС от 18 июня 1992 г. даны определения терминов «регулируемая профессия» (regulated profession), «регулируемая профессиональная деятельность» (regulated professional activity), «регулируемое обучение и подготовка» (regulated education and training) [И.Е. Волкова, С.С. Иванов, 2002].

В России понятие «**квалификация**» отличается от принятого в большинстве европейских стран. Квалификацией называется не документ об образовании, как это зафиксировано в Лиссабонской конвенции, а лишь запись в документе, выдаваемом дипломированным специалистам. Имеющаяся в нем позиция, именуемая «квалификация», претендует не на академический, а на профессиональный характер, в то время как в зарубежных странах документ о профессиональной квалификации выдается соответствующим профессиональным сообществом после получения выпускником некоторого опыта работы по окончании теоретического обучения [Л.С. Гребнев, 2004].

В настоящее время все большее распространение в национальных образовательных стандартах получает термин «компетенция», использующийся вместо понятия «квалификация». Целевое понятие «компетенции» отличается большой открытостью и поэтому может проецироваться на различные учебно-психологические, учебно-организационные и образовательно-политические концепции. Однако, как отмечают Уте Клемент и Рольф Арнольд [Clement Ute, Rolph Arnold, 1994], «в процессе дебатов с возрастанием сложности понятия «компетенции» все больше стираются его границы».

Понятие «компетенция» введено для преодоления формально-содержательной систематики, лежащей в основе традиционных учебных планов и программ. Оно позволяет сделать возможным динамичное приспособление выпускников к изменяющейся реальности и их активное соучастие в будущих рабочих и жизненных ситуациях (О.М. Бобиенко, 2003; В.М. Шепель, 1999; В.С. Безрукова, 1996; Э.Ф. Зеер, 1997; О.Н. Шахматова, 1996; В.А. Демин, 2000; В. Ландшеер, 2002; П.В. Симонов, 1999; М.А. Чошанов, 1996; Ю.И. Алюшина, 1996; Н.А. Дмитриевская, 1994). При этом формулирование целей понимается как междисциплинарная академически-семантическая задача.

Сам термин «компетенция» имеет ряд дефиниций. Приведем наиболее употребительные из них.

Профессор Ритс (1999) рассматривает *профессионально-деятельностную компетенцию* как «имеющийся сформированный потенциал профессиональных способностей, ...который позволяет индивидууму действовать в конкретных профессиональных ситуациях в соответствии с поставленными требованиями».

Сюзанна Адам и Гюнтер Влуменштейн и др. (2002) определяют компетенцию как понятие, охватывающее способности, готовности, знание, поведение, необходимые для определенной деятельности (профессиональные, методические и социальные компетенции). При этом они рекомендуют избегать термина «квалификация», так как в немецком и английском языках он относится только к формальному завершению и мало проясняет, какие именно способности, готовности, знания и поведенческие отношения фактически необходимы для успешной деятельности.

Многие эксперты полагают, что проектирование результатов профессионального образования посредством компетенций приведет к установлению приоритета открытого типа образовательного стандарта.

Соня Тиманн (2001), подчеркивая важность понятия «компетенция», говорит о том, что благодаря профессиональным компетенциям и ключевым квалификациям выпускники

будут в состоянии приспособиться к изменениям окружающих условий и что именно эта способность выступает декларируемой, основополагающей целью профессионального образования.

Предполагается, что каждая программа обучения в соответствии с потребностями современного общества должна содержать в себе следующие составные части:

- стандарт национальной компетенции (national competenz standards);
- оценочные директивы и материалы (assessment guidelines and material);
- национальную квалификацию (national qualifications);
- учебную стратегию (learning strategy);
- профессионально-развивающий материал (professional development materials).

Уте Клемент (Германия) (1994) считает, что понятие «компетенция» следует рассматривать как целевую категорию подготовки выпускников и учебных планов (стандартов норм качества), а также позиционирование профильности учебного заведения.

Таким образом, вопрос о компетенциях представляет собой вопрос о целях образования и способах их представления. Сами цели призваны стать активным ядром норм качества образования (стандартов качества образования).

Введение понятия «компетенция» соответствовало достижению всеобщего согласия относительно целей профессионального образования, в котором профессиональная широта подготовки преодолевала традиционную противоположность между целями и задачами развития личности и подготовкой ее для рабочего места.

В одном из учебных стандартов, принятых в ФРГ 1 декабря 2000 года, определяют три типа компетенций: профессиональные, личностные (персональные) и социальные [Erich Svecnik, 2002].

Профессиональные компетенции означают готовность и способность выпускников на основе знаний и умений целесообразно, методически организовано и самостоятельно

решать соответствующие проблемы и задачи, а также оценивать результаты своей деятельности.

Личностные (персональные) компетенции представляют собой готовность и способность индивидуума самооценивать и представлять перспективы своего развития, принимая во внимание требования и ограничения со стороны семьи, профессии и общественной жизни; эти компетенции включают в себя также способность проявлять свои дарования, осмысливать и развигать жизненные планы и амбиции. Личностные (персональные) компетенции охватывают такие личностные качества, как самостоятельность, критическое конструктивное мышление, надежность, самоуважение, осознание ответственности и долга.

Социальные компетенции означают готовность и способность формироваться и жить в социальном взаимодействии, учитывать изменения и потребности в самоадаптации, понимать и соблюдать правила и принципы рациональной дискуссии, ведущей к достижению согласия с другими.

В современном обществе приняты четыре модели компетенции, каждая из которых в качестве основного концептуального тезиса оказывает системное воздействие на образовательный стандарт [О. Долженко, 2000]:

- модель компетенции для решения соответствующих задач;
- модель компетенции, основанная на параметрах личности;
- модель компетенции для эффективной производственной деятельности;
- модель компетенции по управлению результатами своей деятельности.

Именно в четвертой модели деятельность рассматривается как функция социального контекста личности, в котором существуют определенные требования и ожидания в отношении человека на рабочем месте. Стандарты в формате данной модели основываются на анализе и согласовании важных ожиданий, которые люди должны удовлетворить при выполнении своих обязанностей (требования работодателей,

характера деятельности и работы, модели взаимодействия «с другими» и т.д.). Достигается подобная подготовка на основе широкого и глубокого учебного плана.

В психолого-педагогической науке в настоящее время существуют различные подходы к пониманию терминов «компетенция» и «компетентность», в связи с чем общепринятого определения компетенции нет. «Словарь иностранных слов и выражений» приводит следующее толкование термина «компетенция»: «знания, опыт в той или иной области».

В.М. Шепель (1999) в определении компетентности включает знания, умения, опыт, теоретико-прикладную подготовленность к использованию знаний.

В.С. Безрукова (1996) под компетентностью понимает «владение знаниями и умениями, позволяющими высказывать профессионально грамотные суждения, оценки, мнения».

Э.Ф. Зеер и О.Н. Шахматова (1996) под профессиональной компетенцией подразумевают совокупность профессиональных знаний и умений, а также способы выполнения профессиональной деятельности.

В.А. Демин (2000) дает свое определение компетентности: «компетентность – это уровень умений личности, отражающий степень соответствия определенной компетенции и позволяющий действовать конструктивно в изменяющихся социальных условиях».

Суммируя сказанное выше, можно утверждать, что в настоящее время под компетенцией понимается «общая способность и готовность индивида к деятельности, основанная на знаниях и опыте, которые приобретены благодаря обучению, ориентированная на самостоятельное участие личности в учебно-познавательном процессе, а также направленная на ее успешное включение в трудовую деятельность» (С.Е. Шишов, И.Г. Агапов, 2000).

Производным от термина «профессиональная компетенция» является понятие «ключевые компетенции» – компетенции, общие для всех профессий и специальностей.

Совет Европы в своих рекомендациях выделил 5 групп ключевых компетенций, полноценное овладение которыми

и должно служить основным критерием качества высшего образования:

- политические и социальные компетенции, связанные со способностью брать на себя ответственность, участвовать в совместном принятии решений, участвовать в функционировании и улучшении демократических институтов;
- компетенции, касающиеся жизни в многокультурном обществе;
- компетенции, определяющие владение устным и письменным общением, куда относится владение несколькими языками, имеющее всевозрастающее значение;
- компетенции, связанные с возникновением общества информации: владение новыми технологиями, понимание их применения, способность критического отношения к распространяемой по каналам СМИ информации;
- компетенции, реализующие способность и желание учиться всю жизнь как основу непрерывной подготовки в профессиональном плане, а также в личной и общественной жизни [Доклад замдиректора Департамента образования, культуры и спорта Совета Европы М. Стобарта, 2000].

Анализ имеющихся и проектируемых ключевых компетенций позволяет определить индивидуальные образовательные стратегии, выбрать адекватные технологии обучения, определить механизмы «оценки» студента. При таком подходе образовательным результатом выступает совокупность ключевых компетенций, отражающих личностно-профессиональное развитие.

Актуальность ключевых компетенций обусловлена и функциями, которые они выполняют в жизнедеятельности каждого человека. К ним могут быть отнесены:

- формирование у человека способности обучаться и самообучаться;
- обеспечение выпускникам вузов большей гибкости во взаимоотношениях с работодателями.

Основные функции профессиональных компетенций закрепляют за ними статус основы образовательного процесса на всех уровнях системы непрерывного образования.

1.2. Понятие «образовательный стандарт»

Одновременно с повсеместным внедрением многоуровневой системы подготовки рассматривается вопрос об изменении подхода к понятию «образовательный стандарт». Существующие в настоящее время в Российской Федерации стандарты определяют требования по максимуму, в связи с чем в большинстве случаев остаются нереализуемыми как в ведущих университетах в силу безликости стандартов, так и в остальных высших учебных заведениях – в силу завышенности требований, заложенных в них (Г.А. Лукичев, 2003).

В число наиболее значимых ориентиров современного развития выдвигают развитие личности, создание условий для максимального раскрытия индивидуальных возможностей каждого человека. На основе этого положения сформулирована одна из основных тенденций развития высшей школы: индивидуализация обучения и развитие индивидуальных творческих способностей. В качестве недопустимых признаков утилитарность и узость целей образования.

Этим объясняется сложившаяся в мире ситуация осознанной необходимости регулирования процесса подготовки будущих специалистов с высшим образованием.

Стандартизация в сфере образования – проблема международная. Практически нет ни одного государства с развитой системой высшего образования, которое бы в той или иной форме не предъявляло определенные требования к качеству функционирования своей системы образования. Как правило, они закрепляются в документах, которые имеют определяющее значение для жизнедеятельности образовательной системы и потому воспринимаются в качестве социально заданных нормативов (стандартов) [World Class Standarts for American Education, Вашингтон, 1992; Prime Research and Development Ltd, Великобритания, 1993].

В системе высшего образования США регулирующая роль принадлежит обществу, а не государству. Общество через спрос на выпускников на рынке труда доводит до выс-

шей школы свои потребности и контролирует уровень подготовки специалистов.

В системе образования Великобритании отсутствует практика разработки государственных стандартов, утверждаемых на правительственном уровне. Вузы самостоятельно принимают решение о содержании основных образовательных программ и программ дисциплин для того или иного уровня образования. Содержание курсов даже для одной и той же специальности в разных учебных заведениях может меняться в зависимости от требований работодателей [Е.И. Горбунова, К.К. Шевченко, 2000].

В странах Европейского Союза признанными компонентами (общим ядром) образовательных стандартов считаются:

- профессиональный профиль (профессиональная спецификация);
- учебная спецификация (образовательная программа);
- оценочная сертификация [Боб Мэнсфилд (Великобритания) и Герман Шмидт (Германия), 2001].

В основу образовательных стандартов положены системные характеристики, в том числе:

- виды деятельности;
- соблюдение главных принципов (основные параметры: методы, место обучения, временные характеристики);
- ориентация на мир труда и последующие уровни образования.

Под программами обучения понимается сумма запланированных структурированных знаний, овладение которыми обеспечивает учащемуся дальнейшее продвинутое обучение, получение им квалификации, позволяющей занять определенную должность, повышение его профессиональных знаний. Здесь имеет место следующая дифференциация:

1) программы, дающие возможность получить документ об окончании университета, колледжа или какого-либо другого учебного заведения, поступить на работу по направлению подготовки или продолжить дальнейшую учебу;

2) программы, позволяющие овладевать знаниями на следующей, более высокой ступени обучения и предназ-

наченные для обучающихся определенного уровня образования;

3) программы, открывающие возможность продолжить профессиональное образование, актуализировать или совершенствовать (исходя из последних достижений) имеющиеся знания.

Стандарт образования определяется множеством факторов. Последние должны стать объектами специального исследовательского поиска и обоснования с учетом:

- высшего мирового уровня;
- исторически обусловленных традиций и представлений об истинных ценностях образования;
- логики развития науки, техники, технологии;
- социальных аспектов функционирования личности (правовые, этические и т.д.);
- ограничений (материальных, финансовых, кадровых и т.д.).

1.3. Понятие «образовательный модуль»

Методика модульной системы обучения была разработана экспертами МОТ на основе наиболее прогрессивных и эффективных образовательных систем европейских государств. Сегодня она успешно используется во многих странах мира.

В соответствии с данной методикой обучение строится по блочно-модульной системе. За основу берутся производственные задания, содержащиеся в работах, специальностях и профессиях. На каждое задание разрабатывается свой модуль трудовых навыков (МТН).

МТН в структурированном виде охватывает содержание профессиональной деятельности, осуществляемое в рамках конкретной работы, профессии, специальности или служебных обязанностей.

Модульный блок – логически завершенная и функционально приемлемая часть работы в рамках производственного задания, профессии или области деятельности с четко

обозначенными границами. Как правило, он не допускает дальнейшего деления на более мелкие части. Для каждого модульного блока разрабатывается своя система пособий – учебных элементов. Таким образом, набор учебных элементов позволяет сформировать необходимые модульные блоки и модуль трудовых навыков в целом.

Модульную структуру отличает высокая гибкость и простота в адаптации к меняющимся потребностям в обучении:

- МТН может формироваться из модульных блоков различных профессиональных областей;
- модульные блоки легко укрупняются и обновляются.

При минимуме формальных ограничений предоставляются широкие возможности для выбора образовательных модулей, самоспециализации и самостоятельного регулирования нагрузки.

Гибкость модульной системы иллюстрируется еще и тем, что студентам предоставляется возможность сформировать индивидуальную программу обучения, используя модули, предлагаемые вузом. В этом случае программа обучения может включать как один, так и несколько образовательных модулей.

В рамках направлений образовательного процесса выделяют пять типов модулей:

- основные модули (то есть группы предметов, составляющие ядро соответствующей науки);
- поддерживающие модули;
- организационные и коммуникационные модули (управление временем, работа в группах, риторика, иностранные языки),
- специализированные модули (необязательные, факультативные, но расширяющие и углубляющие компетенции в избранной области);
- переносимые модули (такие, как проекты, диссертации, стажировки, модули, устанавливающие связь между теорией и практикой).

Цели каждого из модулей могут быть представлены следующим образом: основных – приобретение, расширение и

углубление знания; поддерживающих – развитие методологических компетенций; организационных и коммуникационных – выработка навыков, необходимых для самообучения и самоорганизации; а целью переносимых модулей считается обеспечение переноса знаний на практику.

При модульном подходе к организации учебного процесса учебный план должен прежде всего давать возможность формировать траектории обучения с учетом индивидуальных потребностей и возможностей обучаемого. Одним из вариантов решения этой задачи является методика разработки модульного учебного плана, в состав которого включены:

- перечень обязательных модулей;
- таблица возможных сочетаний образовательных модулей;
- количественные характеристики модулей;
- график учебного процесса.

Перечень обязательных образовательных модулей формируется на основе Государственного образовательного стандарта, включающего федеральную и региональную составляющие требований к подготовке специалиста. Он содержит наименование модуля, общий объем часов на его изучение, объем аудиторных занятий, виды итогового контроля, а также временные ограничения на изучение модуля.

Таблица возможных сочетаний образовательных модулей предназначена для выбора индивидуальной траектории обучения. В связи с этим она должна включать принятый код модуля, его наименование, краткие количественные характеристики, показатель его обязательности для конкретной основной образовательной программы. Таким образом, выделяют обязательные, альтернативные и факультативные дисциплины.

Документ, описывающий полные характеристики модулей, предназначен для планирования учебной нагрузки по выбранным образовательным модулям. По этой причине он должен включать в себя исчерпывающие сведения по объему и видам занятий, формам итогового контроля, а также код и наименование образовательного модуля.

График учебного процесса определяет календарные сроки проведения учебных мероприятий в течение всего срока обучения и может выглядеть так же, как в традиционном учебном плане.

Особенностью предлагаемого подхода к формированию учебного плана является отсутствие документа, регламентирующего самостоятельную работу студента, хотя она обязательно должна учитываться при разработке образовательных модулей. На аудиторные занятия в этом случае отводится не более 50% общего ресурса времени изучения модуля.

Исходя из сказанного, к основным особенностям модульной организации учебного процесса могут быть отнесены:

- акцент на организацию активных видов познавательной деятельности обучающихся, когда преподаватель выступает не только в качестве передатчика учебной информации, но и в роли менеджера, который готов предложить студентам минимально необходимый комплект средств обучения;
- учебная информация используется не как цель обучения, а как средство организации познавательной деятельности;
- обучаемый наряду с преподавателем выступает в качестве субъекта деятельности, а его личное развитие выступает как одна из главных образовательных целей (Е.В. Алешин, А.Ф. Высицкий, И.В. Челпанов, 2000).

1.4. Понятие «кредит»

Система кредитов ECTS (Европейская система зачетного перевода) разработана с целью облегчения доступа вузов к зарубежным учебным планам и обеспечения академического признания. Кредит в системе ECTS представляет собой численное значение, соответствующее единицам дисциплины (характеристики нагрузки студента), необходимой для ее завершения. Кредит отражает объем необходимой работы над каждым курсом по отношению к общему объему

работы для завершения полного годового академического обучения в вузе, т.е. лекции, практические работы, семинары, самостоятельная работа (в лаборатории, библиотеке или дома), а также экзамены или другие формы контроля знаний. ECTS-кредиты являются скорее относительными, чем абсолютными величинами нагрузки студента, так как они показывают, какую часть годовой нагрузки (трудоемкости) данный курс составляет в общевузовской шкале кредитов.

В системе ECTS 60 кредитов соответствуют одному году обучения, 30 кредитов в одном семестре, 20 кредитов в триместре обучения.

Как правило, в зарубежных образовательных системах один модуль содержит 5 кредитов нагрузки или кратное пяти число (например, 10–15). Европейский опыт свидетельствует, что меньшее число кредитов в течение курса обучения не приводит к большей гибкости программы, типичное распределение составляет 5–6 кредитов в модуле, что, в свою очередь, определяет количество модулей в семестре и в году.

Кредитная рамка – это система, обеспечивающая измеримость и сопоставимость результатов обучения в контексте различных типов квалификаций, программ и сред обучения, стандартный инструмент сравнения программ. Кредиты обязательно должны быть привязаны к уровням подготовки, только в этом случае они обеспечивают достоверную информацию относительно сложности и глубины курса. В Приложении к диплому (вкладыше) они сопровождаются и дополняют информацию о вузе, полученной степени, уровне, содержании, качестве работы выпускника (в виде оценок) и т.д.

В отдельных государственных образовательных стандартах нормируемая общая нагрузка включает аудиторную и самостоятельную работу. Этому принципу построения соответствует и система ECTS, в которой начисляемое количество кредитов также отражает общую нагрузку студента, включая аудиторную нагрузку, самостоятельную работу, все виды работ по проверке знаний, все виды практик и итоговую аттестацию. За полный академический год очного обучения начисляется 60 кредитов. Таким образом, коли-

чество кредитов, требуемое для подготовки бакалавров, специалистов и магистров, составляет:

- бакалавр – 240 кредитов;
- специалист – 300 кредитов;
- магистр – 360 кредитов.

В соответствии с этим общая нагрузка, соответствующая 240 кредитам, равна нормативному сроку обучения (4 года – 208 недель), что за вычетом продолжительности каникул (в среднем, 40 недель) составляет 168 недель (в академических часах – 9072 часа при максимальной недельной нагрузке студента 54 часа). Кроме того, в нормативное количество кредитов не входят кредиты, отражающие трудоемкость факультативов (450 часов). Учитывая этот факт, трудоемкость обучения без учета факультативов, составляет 8622 академических часа, что соответствует 240 кредитам, из чего следует, что 1 кредит равен примерно 36 академическим часам.

Полученная величина удобна для расчетов, поскольку в таком случае 1 неделя обучения эквивалентна 1,5 кредитам, что значительно упрощает начисление кредитов за практики и итоговую аттестацию (О.М. Карпенко, 2001, М.Д. Бершадская, 1999, Л.А. Гардани, Л.И. Денисович, 2002).

В числе основных задач, сформулированных в Болонской декларации, особое значение придается таким инструментам осуществления поставленных целей, как европейская система зачетного перевода (ECTS) и общеевропейское Приложение к дипломам. Внедрение и использование этих инструментов как на национальном, так и на международном уровне, является необходимым условием и эффективным способом формирования открытого общеевропейского образовательного пространства.

2. Ступени зарубежного высшего образования

В современную эпоху научно-технической революции появилась необходимость опоры на специалистов с глубокими фундаментальными знаниями и широким кругозором. Всестороннее развитие современного мира привело к тому, что

уровень подготовки выпускников высшей школы не смог удовлетворить общественные потребности и требования, предъявляемые к специалистам для компетентного исполнения профессиональных функций, которые требуют системного концептуального подхода, научных знаний и научных методов.

Предпринятые первоначально в странах Западной Европы попытки решения этих проблем путем увеличения сроков обучения привели всего лишь к заметному удорожанию подготовки специалистов, не намного повысив качество приобретаемых знаний и практических навыков, и поэтому оказались неприемлемыми для общества. Как альтернативный путь была избрана интенсификация учебного процесса, под которой понималась передача всевозрастающего количества учебной информации за приемлемые для массового высшего образования интервалы времени. Но этот путь также исчерпал себя и подошел к той определяемой физиологически возможностями человека грани, приведя к совершенно противоположным результатам, став одной из причин заметного снижения в последние годы уровня подготовки специалистов. В итоге всего этого наступил так называемый кризис системы высшего профессионального образования.

В настоящее время практически во всех зарубежных странах реализуется многоуровневая система подготовки (Я.М. Ерусалимский, 2003; Л.С. Гребнев, 2004; В. Сепашенко, 2000; А.М. Зобов, 2000; Л.Г. Титарев, 2000; А.А. Пороховский, 2001; Л.П. Алексева, 1999; В. Филиппов, 2001 и др.), которая предполагает следующие ступени: додипломная подготовка (бакалавриат), постдипломная подготовка (магистратура, докторантура).

Кардинальным решением проблемы явилось развитие последипломной ступени профессионального образования. Этот путь выхода из кризиса проявился как результат динамичных эволюционных процессов последнего времени. Практически все сферы общества стали испытывать всевозрастающую потребность в выпускниках высокого уровня – в магистрах и докторов в большей мере, чем в специалистах

с базовым университетским образованием, которое оказалось недостаточным для профессионального исполнения новых функций. Изменения в структуре общественных потребностей стихийно привели к необходимости осуществления соответствующих изменений в структуре выпуска специалистов.

При этом стали четко просматриваться общие тенденции: максимальная преемственность образовательных программ различных ступеней, их взаимная проницаемость и так называемая «беступиковость», гарантирующая доступность продолжения образования. Перечисленные выше положения прослеживаются как результат мирового опыта и глобальных тенденций социально-экономического развития.

В качестве наиболее эффективной и динамичной внимание работников высшей школы всего мира привлекает американская система высшего образования. Поэтому мы сочли необходимым при рассмотрении многоуровневой системы подготовки остановиться именно на данной системе.

Высшее образование в США – наиболее масштабная и многообразная система послесреднего образования в мире. Проанализированные нами учебные планы додипломной и последипломной подготовки специалистов Финляндии, Бельгии, Нидерландов, Англии, Канады, Австралии, Новой Зеландии, Иордании, Марокко, Эстонии, Латвии и стран, входивших ранее в состав СССР, в большинстве своем построены по модели, принятой в США.

В США подготовка ведется по трем уровням:

Undergraduate Level. Предполагает получение после прохождения курса обучения степени бакалавра (*Bachelor's Degree*). Курс рассчитан на 4 года, но этот срок может быть сокращен при более интенсивных занятиях. Для получения диплома необходимо в течение периода обучения набрать 120–150 кредитных часов. Обычная нагрузка на курсах бакалавриата – 30 часов в неделю.

Graduate Level. Этот уровень американского образования соответствует уровню магистратуры в отечественной системе образования. Обучаться имеют право люди с закон-

ченным высшим образованием. По окончании обучения на данном уровне студенты могут получить 2 степени: *Master's Degree* и *PhD*.

Master's Degree – низшая научная степень, присуждаемая по окончании одногодичного курса на базе бакалавриата. Для получения степени *PhD* (*Doctor of Philosophy*) кандидаты в течение 2–3 лет готовят диссертацию, одновременно посещая лекции, семинары и практические занятия. Необходимое условие – наличие степени магистра (*Master's Degree*).

Postgraduate Level – докторантура. В нее могут поступать *PhD*, имеющие опыт самостоятельных исследований и ведущие работу над докторской диссертацией. Учеба заключается в посещении небольшого количества семинаров, в основном, занятиях по индивидуальному плану.

В этих рамках функционируют системы высшего образования и в других зарубежных странах, однако каждой из них присущи определенные национальные особенности.

Система высшего образования **Канады** занимает второе после США место в мировом рейтинге систем. В основных чертах она идентична таковым в других англоязычных странах. Обычная программа обучения (*undergraduate studies*) рассчитана на 4 года. За это время студент должен пройти и сдать 20 дисциплин. Половина изучаемых предметов жестко определяется специальностью, выбираемой студентом после зачисления в университет. Для получения диплома необходимо написать дипломную работу – *Honours*. В противном случае выпускник получает не диплом бакалавра, а *General Degree* – свидетельство, что он прослушал и сдал полный курс университета. Получение степени *PhD* требует наличия публикаций или опыта академической работы. Обучение магистранта заключается в том, что около 40 часов в месяц он ассистирует профессору в исследованиях и ведении занятий, а в свободное время занимается экспериментальными исследованиями.

Университеты большинства европейских стран (например, **Финляндии, Бельгии, Нидерландов**) готовят бакалавров, магистров и докторов наук по сходным программам.

Кроме того, в большинстве случаев для обучения в докторантуре требуется наличие степени лиценциата (lisensiaatti/licensiat) (уникальной степени, промежуточной между степенями магистра и доктора наук). Степени специалистов-профессионалов присваивают в медицине, стоматологии и ветеринарии.

Система присвоения степени квалификации в **Финляндии** реформируется в соответствии с требованиями международных стандартов с 1990 года. Современные программы благодаря их модульному характеру обеспечивают студентам большую свободу выбора в обучении, более широкий круг получаемых знаний и навыков. В настоящее время подготовка бакалавров и магистров ведется по 20 специальностям. В соответствии с новым регулированием, распространяющимся на все направления обучения, существует новый уровень бакалавра, который обычно называют kandidaatti / kandidat. Для получения этой степени студенты должны пройти двух-трехгодичный курс обучения, набрав 120 кредитных часов. Следующей «высшей академической степенью» является степень магистра, называемая в Финляндии maisteri / magister. Магистерская программа (160 кредитных часов) имеет общую продолжительность 5 лет (включая степень бакалавра).

Для зачисления на докторантское обучение необходимым условием является наличие степени maisteri (магистра) в соответствующей области, а также хорошая успеваемость по профилирующим дисциплинам. В некоторых случаях до получения докторской степени студенты могут получить степень лиценциата. Но во всех случаях они должны продемонстрировать независимое, критическое мышление и соответствовать требованиям, предъявляемым к претендентам на осуществление научных и научно-практических исследований.

В **Великобритании** степень бакалавра присуждается после трех- или четырехлетней учебы по специализированным программам на дневном отделении университета. Эта степень позволяет получить хорошую позицию в среднем звене

или открыть частную практику. Она признается во всем мире, что дает высокие шансы на успешную профессиональную карьеру в любой стране. Степень бакалавра является также необходимым условием для продолжения обучения на следующем уровне образования (Postgraduate) по программам магистра и доктора.

К получению степени магистра ведут две большие группы программ. Это программы, ориентированные на исследовательскую деятельность, и учебные программы, ориентированные на повышение профессионального уровня по одной из специализаций.

Учебные магистерские программы организованы следующим образом. После 8–9 месяцев лекций и семинаров сдаются экзамены, а затем студенты в течение 3–4 месяцев работают над дипломным проектом. По завершении работы и успешной защиты дипломной работы присваивается степень магистра.

Большинство программ, ведущих к получению степени доктора, – чисто исследовательские проекты. Научный руководитель, в лаборатории или на кафедре которого студент готовится к получению степени доктора, определяет для студента тему научного исследования и обеспечивает необходимые для исследований возможности (рабочее место, оборудование и материалы). Обычно на завершение исследовательской программы уходит 2–3 года. К концу этого периода студент должен опубликовать полученные результаты в официальных отчетах, научных или специализированных журналах и по опубликованным материалам написать диссертацию. Степень доктора присваивается после успешной защиты диссертации.

В Латвии основу академических программ высшего образования составляют фундаментальные и/или прикладные науки. Продолжительность обучения на уровне бакалавра составляет 3–4 года, что соответствует 180–240 кредитным часам. Обучение на степень магистра занимает 1–2 года, или 60–120 кредитов. Получению степени бакалавра и магистра предшествует выполнение дипломной работы.

Необходимым условием зачисления в докторантуру для получения степени доктора наук (в мировой классификации это PhD) является наличие степени магистра. Обучение в докторантуре составляет 3–4 года и подразумевает специальное исследование в предметной области, а также научные исследования по теме докторской диссертации.

В **Эстонии** действует система госзаказа на подготовку специалистов. На местах, входящих в эту систему, предусмотрено только дневное обучение. При этом студент должен ежегодно по каждой из 75% программ набрать как минимум 30 кредитных пунктов из 40 возможных. В противном случае он переводится на платное обучение.

Система высшего образования примерно такая же, как и рассмотренные выше. Весь учебный процесс состоит из 3 этапов. Первая стадия высшего образования (бакалавриат) в настоящее время составляет 3 года (вместо 4). Далее следует магистратура – вторая стадия учебного процесса, определяющая финальную квалификацию специалиста. Длительность обучения в эстонской магистратуре – 1–2 года. Третий этап – докторантура, обучение в которой занимает 4 года.

На первом уровне высшего образования выпускники получают диплом бакалавра (или равноценный ему диплом о прикладном высшем образовании), после завершения обучения на второй стадии – степень магистра (или диплом по определенной специальности, например медицине), а после докторантуры – степень доктора наук.

В **Австралии и Новой Зеландии** принята британская система высшего образования. 3–4 года студент учится на первой ступени университета, получает диплом бакалавра, а затем проходит обучение в магистратуре, где начинается узкоспециализированное образование. В магистратуре можно учиться от 1 года до 3 лет. Желающие продолжить карьеру идут в докторантуру.

В университетах действует несколько программ обучения: студенческая (Undergraduate) и аспирантская (Postgraduate, Doctorate).

В студенческую программу входит получение одной из двух степеней: степень бакалавра (Bachelor Degree) (обучение длится 4 года) и Почетная степень бакалавра (Honours Degree) (требует дополнительного обучения в течение 2 семестров и эквивалентна 8 специальным предметам, включая также основной исследовательский проект).

Программа первого уровня последиplomного обучения предусматривает 3 степени: Postgraduate (Graduate) Certificate (1 семестр дневного обучения, следующего за степенью бакалавра), Postgraduate (Graduate) Diploma (1 год дневного обучения после присвоения степени бакалавра) и Masters Degree (в основном 2 года после получения степени бакалавра или 1 год после получения Почетной степени бакалавра). Степень магистра предполагает выполнение курсовой работы и диссертации.

Программа обучения в докторантуре требует как минимум 3 лет дневного обучения после успешного освоения программы магистерского уровня.

Для получения степени бакалавра студенты должны набрать определенное число зачетных единиц и сдать требуемые экзамены.

В отличие от степени бакалавра степень магистра ориентируется на специализированную деятельность. Лица, имеющие степень бакалавра, должны пройти обучение еще в течение 1–2 лет, написать и защитить «thesis», в отдельных университетах (например в Бельгии, Финляндии, Эстонии) требуется знание иностранного языка. «Thesis» можно рассматривать как аналитический доклад или отчет соискателя магистерской степени о его научной работе по избранной теме. Целью подобной работы является демонстрация умения собирать, анализировать и синтезировать, обобщать и излагать материал. В рассматриваемых нами странах магистерская степень дает право на преподавание.

Высшим этапом подготовки высококвалифицированных специалистов является обучение по докторским программам, ориентированное на четко специализированное повышение

уровня знаний и самостоятельное исследование. В докторантуру принимаются лица, имеющие, как правило, степень магистра, хотя в отдельных университетах достаточным основанием может служить наличие степени бакалавра. Для получения степени доктора философии необходимо сдать квалификационный экзамен и защитить диссертацию.

В настоящее время практически все страны для удовлетворения общественных целей испытывают потребность в высококвалифицированных кадрах. В условиях широкой децентрализации существенно варьируются и аттестационные требования к каждой из вышеупомянутых академических степеней.

Если в прошлые годы в западных странах обучающимся на последипломном уровне присваивались только степени магистра искусств (Master of Arts), магистра естественных наук (Master of Science) и доктора философии, то последнее десятилетие характеризуется тенденцией присуждения разнообразных профессиональных степеней, аттестацией не только широкого спектра общих знаний и кругозора соискателя, но и приобретенных им специализированных знаний и умений. Это различие особенно характерно для докторских степеней. В настоящее время действует перечень более 250 профессиональных степеней.

3. Основные направления реформирования высшей школы в мире и задачи, сформулированные в Болонском соглашении

В настоящее время как в мире в целом, так и в Европе, происходят изменения, затрагивающие все аспекты экономической, социальной, политической, технологической и культурной деятельности. Прежде всего они касаются:

- характера труда;
- производственных парадигм;
- профессиональной деятельности специалиста (ее технической базы и организационных форм и структуры, условий и требований, предъявляемых ею к уровню знаний и ква-

лификации человека, находящегося сегодня в обстановке непрерывных нововведений);

- видов и типов деятельности;
- спроса на квалификационные структуры;
- структуры общества и его потребностей;
- подходов к занятости и ее условий;
- роли государства, все в большей мере сужающего сферу своего прямого вмешательства;
- информации и технологий, ставших колоссальным ускорителем динамики перемен.

В подобных условиях возникает необходимость в серьезной трансформации качественных и количественных параметров образовательного процесса. Как отмечает Энн Интили Мори (США) (2001), вузы оказались перед необходимостью пересмотреть свои учебные программы и учебную стратегию таким образом, чтобы «удовлетворять потребности студентов, различающихся по многим характеристикам, и выпускать специалистов, понимающих, грамотных и умеющих эффективно действовать в обществе, важной особенностью которого стало многообразие».

Все более актуальной становится задача насыщения учебных планов и образовательных программ образовательными стратегиями, которые должны обеспечить совершенствование не только самого преподавания, но и образовательного процесса в целом.

Переосмысливаются прежние требования к выпускникам вузов и выдвигаются новые, отражающие готовность специалистов жить и работать в мире будущего, их способностью достойно вести профессиональную деятельность в современном многостороннем мировом пространстве, обладать высокой конкурентоспособностью на глобальном уровне.

«Современному обществу, – говорится в Программном документе ЮНЕСКО «Реформа и развитие высшего образования» (Париж, июль 1998 г.), – необходима соответствующая система высшего образования, и оно должно быть готово соответствующим образом стимулировать квалифицированных студентов».

Авторы рабочего документа ЮНЕСКО дают всестороннюю характеристику процесса совершенствования высшего образования, равно как причинам, его обуславливающим, и направленности. Отмечая стремительный характер перемен, они говорят о тенденциях к их ускорению.

В связи с этим к разработке стандартов образования, учебных планов и образовательных программ предъявляется ряд требований, которые могут быть суммированы следующим образом:

- предшествующее разработке новых стандартов исследование соблюдения ранее существующих (реальная образовательная практика уклоняется от четкого определения и нормативных параметров образовательных стандартов);

- привлечение к созданию обновленных стандартов международных экспертов и профессоров вузов – мировых лидеров в той или иной предметной области;

- апробация проектов стандартов независимыми организациями по обеспечению качества (например, со стороны GATE – Global Alliance for Transnational Education: Международного союза транснационального образования);

- соблюдение равновесия между международными нормами и потребностями национальной системы высшего образования;

- направленность стандартов на сходные международные механизмы обеспечения качества; открытость национальных стандартов участию в национальных европейских и мировых процессах обеспечения качества;

- активизация использования общей терминологии, что позволяет осуществлять совместные исследования в сфере высшего образования и проектирования стандартов;

- отражение в образовательных стандартах доминирующих перспектив;

- создание новых концепций учебных планов, преодолевающих консервативные элементы традиционных и базовых ориентаций;

- идентификация целевых уровней;

– преодоление опасности, которую несет в себе стандарт, а именно – производства однородной массы профессионалов и угрозы воспроизводства однообразного массива профессий;

– включение модульного проектирования для построения персональных образовательных программ;

– рассмотрение национальных стандартов в системах динамичных глобальных и европейских связей в реальном времени;

– ориентация стандартов на результаты образования, выраженные в интегрированных показателях компетенций;

– учет тенденций глобализации профессий;

– ускорение темпов обновления образовательных стандартов.

По данным В.И. Байденко и Н.А. Селезневой (2001), основные тенденции развития высшего образования на сегодняшний день могут быть суммированы следующим образом:

1. Широкая диверсификация (разнообразие, разностороннее развитие) моделей высшего образования наряду с формами и критериями набора абитуриентов; высшее образование в нарастающей мере становится многовариантным, многообразным, многомодельным.

2. Радикальные преобразования и обновление самой системы высшего образования.

3. Постоянная адаптация образовательных программ к современным и будущим потребностям; повышение адекватности высшего образования с долгосрочной ориентацией на достижение социальных целей; рост уровня соответствия и качества.

4. Реализация установки на воспитание студентов в духе гражданственности и подготовки к активному участию в жизни общества в духе защиты и укрепления общественных ценностей.

5. Предоставление обучающимся оптимального диапазона выбора, придание гибкого характера временным границам процесса получения высшего образования. Постепенная замена существующей модели выборочного и концентриро-

ванного образования и обучения в течение ограниченного периода времени.

6. Усиление роли понимания, интерпретации, сохранения, развития и распространения национальных, региональных, международных и исторических культур в условиях плюрализма и разнообразия.

7. Развитие академических свобод как комплекса прав и обязанностей, полной ответственности и подотчетности перед обществом.

8. Расширение доступа на началах справедливости (подход, основанный на способностях каждого, в т.ч. особых целевых групп – «высшее образование не для избранных, а для способных»).

9. Переход высшего образования к парадигме «высшее образование на протяжении всей жизни».

10. Усиление связей высшего образования со всеми ступенями образовательной системы.

11. Утверждение парадигмы высшего образования, ориентированного на студента.

12. Достижение сбалансированности когнитивного освоения учебных дисциплин и овладения навыками (компетентностью) в сфере коммуникации, творческого и критического анализа, коллективного труда в многокультурном контексте.

13. Формирование соответствующих потенциалов и стратегий развития и планирования на основе продвижения практики и правовой основы социального партнерства; расширение связей с миром труда.

14. Повышение роли и уровня научных исследований и преподавания. «Продвижение знаний путем проведения научных исследований является важной функцией всех систем высшего образования».

15. Растущее осознание необходимости междисциплинарных и трансдисциплинарных образовательных программ, новых подходов, методов преподавания и проведения исследований.

16. Интернационализация высшего образования.

17. Ускорение развития академических дисциплин и их диверсификация.

18. Усиление поиска разумного баланса между сохранением тех элементов, которые являются частью образовательного и культурного наследия, и изменениями, вытекающими из новых целей, роли, задач и функций высшего образования.

19. Появление новой учебной среды, основанной на технологиях и новых видах образовательного обслуживания.

20. «Внедрение модульных учебных программ в качестве организационных рамок для обучения и преподавания..., что требует усовершенствования системы учебного консультирования..., выработки новой концепции поддержки репетиторских услуг студентам..., а также обеспечение возможностей для сдачи зачетов...».

Генеральный директор ЮНЕСКО Фредерико Майор Сарагоса (Испания, 1999) считает, что «для выполнения своей задачи высшее образование должно претерпеть серьезные изменения, обретя органическую гибкость, внося разнообразие в систему институтов, структуру, свою организационную основу, учебные курсы, модели и формы организации занятий, овладев для этого новыми информационными технологиями. ... Высшее образование в двадцать первом веке, – считает он, – должно быть неотъемлемым компонентом глобального проекта постоянного образования для всех, выступая в качестве его движущей силы и его особого элемента и способствуя интеграции в этот проект других ступеней и форм образования путем укрепления связей с ними».

«Прежде всего, – настаивает комиссия ЮНЕСКО по подготовке доклада «Образование: сокровище», – необходимо избегать того, чтобы образование увеличивало социальное неравенство, и с этой целью следует мобилизовать значительные ресурсы в пользу групп населения, находящихся в неблагоприятном положении».

Как отмечается в Программном документе ЮНЕСКО «Реформа и развитие высшего образования» (1995), «мир труда радикально меняется, и большая часть конкретных знаний, которые студенты приобретают в ходе своей первона-

чальной подготовки, быстро устаревают. Постоянные и интерактивные партнерские связи с производственным сектором имеют важнейшее значение и должны включаться в общие задачи и деятельность высших учебных заведений. Однако следует подчеркнуть необходимость рассмотрения связей высшего образования с миром труда в долгосрочной перспективе и в широком плане. Новые условия в сфере труда оказывают непосредственное воздействие на цели преподавания и подготовки в области высшего образования. В связи с этим предпочтение следует отдавать предметам, которые развивают интеллектуальные способности студентов, позволяют им разумно подходить к техническим, экономическим и культурным изменениям и разнообразию, дают возможность приобретать такие качества, как инициативность, дух предпринимательства и приспособляемость, а также позволяют более уверенно работать в современной производственной среде».

«С учетом этого высшей школе необходимо вырабатывать ответственное отношение к рынку труда и появлению новых областей и сфер занятости, которые позволяли бы гибко реагировать на происходящие изменения и предвидеть их. Ей следует уделять внимание изменениям в основных рыночных тенденциях с целью соответствующей адаптации учебных программ и организации курсов с целью обеспечения для выпускников более широких возможностей трудоустройства. Однако еще более важно, чтобы высшие учебные заведения участвовали в формировании рынков труда в будущем посредством выполнения своих традиционных функций и содействия определению новых местных и региональных потребностей, способствующих устойчивому человеческому развитию. В общем, в период, когда уже не применяется уравнение «степень = работа», от системы высшего образования ожидается подготовка выпускников, которые могут не только заниматься поисками работы, но и успешно выступать в роли предпринимателей и создателей рабочих мест».

«Важно, чтобы научные исследования в высших учебных заведениях, – отмечается в Программном документе, – ... рассматривались как вклад в общие усилия по обновлению

и развитию процесса обучения, преподавания..., поэтому исследователям следует также задуматься над тем, каким образом результаты их деятельности могут быть включены в учебные планы и программы... Помимо своего образовательного значения, участие в научных проектах позволяет студентам научиться коллективным формам работы и подчинению дисциплине, присущей любому научному поиску».

Одной из отличительных особенностей развития является «взаимозависимость различных научных дисциплин. В настоящее время отмечается общее согласие в отношении необходимости укрепить междисциплинарный и многодисциплинарный характер содержания учебных курсов и повысить эффективность методов организации образования».

В ст. 12 Всемирной декларации о высшем образовании для XXI века «Возможности и проблемы, связанные с технологией» (2001) записано: «Высшие учебные заведения, опираясь на преимущества и возможности, предоставляемые новыми информационными и коммуникационными технологиями ... должны играть ведущую роль и обеспечивать качество, а также строгие нормы практики и результатов образования путем ...создания новых форм учебной среды, начиная от средств дистанционного образования вплоть до полноценных «виртуальных» высших учебных заведений и систем, способных... разрабатывать высококачественные системы образования...».

Болонский процесс представляет собой глубокую структурную реформу европейской и национальных систем высшего образования.

Цели Болонского процесса, которые должны быть достигнуты к 2010 году, состоят в расширении мобильности студентов, преподавателей и исследователей, усилении ориентации двухуровневых образовательных программ на возможность трудоустройства выпускников, повышении конкурентоспособности европейского высшего образования. В настоящее время активно идет процесс создания единого европейского образовательно-исследовательского пространства.

Основными конечными целями Болонского процесса, которые предполагается достигнуть к 2010 г., являются следующие:

- построение европейской зоны высшего образования как ключевого пути развития мобильности студентов с возможностью трудоустройства;
- формирование и укрепление интеллектуального, культурного, социального и научно-технического потенциала Европы;
- повышение престижности в мире европейской высшей школы;
- обеспечение конкурентоспособности европейских вузов;
- достижение большей совместимости и сопоставимости национальных систем высшего образования;
- повышение центральной роли университетов в развитии европейских культурных ценностей, в которой университеты рассматриваются как носители европейского сознания.

Болонские реформы – это процесс, направленный на усиление гармонизации национальных образовательных систем и постепенному целенаправленному их сближению. Подчеркивается, что конвергенция систем высшего образования не ставит целью полную стандартизацию и унификацию. Павел Згага (Словения) так определил этот процесс: «Европейские системы образования и учебные планы существуют при понимании преимуществ, предоставляемых разнообразием и богатством учебных планов, а также необходимости создания «связующих путей», которые позволят всем участникам процесса приобщаться к этим богатствам».

Достижению обозначенных целей должно способствовать принятие следующих механизмов и инструментов:

- повсеместный переход к структуре «бакалавр/магистр»;
- введение системы перезачета кредитов ECTS;
- использование Приложения к диплому (Diploma Supplement).

Предлагаемое вузам приложение представляет собой документ, в который должны входить:

- 1) информация о содержании обучения;

- 2) результаты, достигнутые студентом;
- 3) сведения о вузе;
- 4) сведения о национальной системе образования;
- 5) функции квалификации;
- 6) расшифровка учебного плана и учебной нагрузки с указанием количества академических часов;
- 7) результаты в традиционной системе оценок, результаты в кредитах ECTS.

В раздел «информация о содержании обучения» рекомендуется включать:

- требования к успешному получению квалификации;
- указания на то, дает ли данная квалификация в стране, выдавшей ее, доступ к продолжению академического или профессионального образования;
- является ли данная квалификация конечной или частью иерархии квалификаций;
- сведения о праве практиковать или профессиональном статусе, предоставляемом обладателю квалификации;
- сведения об особом доступе, который дает квалификация а) для найма на работу или б) работы по профессии;
- сведения о компетентном органе, предоставляющем работу.

Приложения выпускаются на национальном и английском языках.

В начале структуры Приложения к диплому дается краткая пояснительная записка для вузов, граждан, работодателей и других потенциальных пользователей этой информации, в которой формулируется цель Приложения – предоставление достаточных и независимых данных для обеспечения международной «прозрачности» и адекватного академического и профессионального признания квалификаций (дипломов, степеней, удостоверений и др.). Академическое признание относится к признанию курсов, квалификаций или дипломов одного учебного заведения другим учебным заведением. Обычно академическое признание является основой для доступа к дальнейшему обучению во втором учебном заведении (накопительное признание) или признанием, позволяющим

избежать повторного изучения элементов учебной программы (признание продвинутого типа).

С этих позиций в вопросе информационного наполнения образовательных программ признается необходимой выработка совместимых систем контроля, которые должны ориентироваться на пороговые стандарты высшего образования, устанавливающие требования к конечному уровню подготовки выпускников, а не временные и содержательные параметры процесса. При этом следует делать акцент на показатели результата: компетентность, обученность, знания, – а не количественно-затратные показатели.

Болонские реформы структуры степеней основываются на главном принципе: степень бакалавра требует не менее трех и не более четырех лет обучения (что в системе ECTS означает не менее 180 и не более 240 кредитов). Хотя имеются и многочисленные национальные «вариации». Так, в Великобритании, Бельгии, Нидерландах, Канаде обычная продолжительность подготовки бакалавра составляет 3 года, в Финляндии, Иордании, Австралии и Новой Зеландии – 4 года.

«Основной вывод, – пишут Гай Хауг и Кристиан Таух (1999), – состоит в том, что в любой европейской системе ясных и сопоставимых степеней должны учитываться различия нормативных сроков обучения на соискание первой, эквивалентной бакалавру, степени». С учетом всех обстоятельств, имевших место с июня 1999 года, в подготовительном докладе к Болонской Декларации предложено, чтобы 4-летний курс обучения с установленным качеством давал право на получение «продвинутых» додипломных квалификаций.

В Европе постепенно складывается четкая ориентация на 3-летний срок подготовки бакалавров, но по ряду направлений он достигает 3,5 лет.

Характерно, что унификация структуры степеней не исключает многообразия типов самой степени бакалавра. Говорят о диверсификации целей и профилей вводимого бакалавриата.

Болонская Декларация провозгласила требование, согласно которому первая (додипломная) степень имеет в качестве

ведущей направленность на трудоустройство (релевантность рынкам труда).

В отдельных странах профессионально-ориентированные образовательные программы колледжей и вузов были приравнены к степеням бакалавров-профессионалов. При этом они вошли в системы квалификаций высшего образования как параллельно сосуществующие с академическими и научными степенями бакалавров.

В отдельных странах с давними академическими традициями (Финляндия, Нидерланды) степень бакалавра предусматривает основательную фундаментальную подготовку, т.е. интерпретируется как промежуточная ступень к степени магистра. При этом допускаются перерывы в образовательном процессе студентов для более осознанного выбора или продолжения образования в последующем (с возможным изменением профиля и учебного заведения). В этом случае появляется востребованность в менее специализированных бакалаврских образовательных программах, которые послужили бы базой для расширенного круга специализаций. В связи с этим отмечается, что «роль степени бакалавра как платформы и инструмента выбора и мобильности в европейском пространстве высшего образования не противоречит принципам Болонской Декларации и не должна недооцениваться».

Расширение целей и профилей бакалавра привело в ходе болонских реформ к появлению следующих его типов:

- бакалавр по специальности;
- бакалавр с широкой базовой подготовкой, которая дает необходимые навыки для многих областей деятельности;
- бакалавр с широкой базовой подготовкой, обеспечивающей возможность продолжения образования на магистерском (последипломном) уровне;
- бакалавр как академическая степень, позволяющая ее обладателю в дальнейшем освоить образовательные программы в соответствующих областях специализации.

Следует отметить, что подобное разнообразие моделей степени бакалавра отнюдь не означает их изолированность друг от друга. Напротив, в Европе идет интенсивный про-

цесс установления связей между ними. Иными словами, традиционно существовавшие «лестницы квалификаций» постепенно сменяются «сетями квалификаций». Активными механизмами этого процесса выступают:

- ECTS (в вопросах передачи кредитов);
- специализированные компенсаторные программы;
- многообразные адекватные связи между уровнями высшего образования.

Аналогичная тенденция нарастающего многообразия наблюдается и относительно степени магистра.

Кристиан Таух говорит о том, что при подготовке Берлинской конференции (18–19 сентября 2003 г.) в качестве доминирующего использовалось следующее определение: «Степень магистра в Европейском пространстве высшего образования обычно требует 300 кредитов ECTS, из которых по крайней мере 60 должны быть получены на додипломном уровне по выбранной специализации».

В современной европейской высшей школе констатируется наличие следующих моделей магистра:

- 1) 180 к.е. (бакалавр) + 120 к.е. (магистр);
- 2) 240 к.е. (бакалавр) + 90–120 к.е. (магистр), из которых можно отказаться от 30 до 60 к.е., приняв во внимание освоение бакалаврской программы на последнем году ее реализации и при условии, что минимальное количество кредитных единиц должно составить 60;
- 3) 300 к.е. для магистра (так называемая интегрированная программа).

Во всех странах существуют также длительные (270–300 к.е.) и краткосрочные (60–120 к.е.) магистерские программы. Академическая ценность таких программ рассматривается как эквивалентная. Для уяснения различий между этими степенями обращаются к Приложению к диплому (Diploma Supplement), введение которого предусматривается во всех странах, присоединившихся к Болонскому процессу к 2005 г. (на одном из широко распространенных европейских языков).

Основным требованием для поступления на магистерские программы является наличие «додипломной» степени.

«Однако, – замечает Кристиан Таух, – все большее число стран допускает прием лиц, имеющих эквивалентные, но менее формальные квалификации, и обеспечивает «наведение мостов» между сектором профессионального высшего образования и традиционными университетами» [39].

Для иллюстрации многообразия магистерских степеней приводим ряд примеров подготовки в ряде стран магистров по физической реабилитации (физиотерапии) и спортивной медицине.

Великобритания: 90–120 к.е.

Эстония, Латвия: 120 к.е. на базе 180 к.е. (бакалавр).

Бельгия, Нидерланды: 180 к.е. для магистра (в использующейся терминологии, лиценциата) на базе 120 к.е. бакалавра.

4. Принципы организации высшего медицинского образования за рубежом

В англосаксонских странах медицинское образование состоит из четырех циклов: общего («домедицинского») высшего образования, общего медицинского (undergraduate), которое в США заканчивается присвоением степени «доктор медицины» (M.D.), а в Великобритании – «бакалавр медицины» (M.B.). Аналогичные степени присваивают и в других странах, но их статус не везде одинаков. Затем следует цикл последипломого образования, соответствующего нашей докторантуре («postgraduate»), а также цикл дальнейшего образования, т.е. повышения квалификации, специализации и т.п.

Типичная схема медицинского образования в США включает в себя 4 года обучения в колледже или университете, в течение которых студенты проходят так называемую пред-медицинскую подготовку. Они изучают такие дисциплины, как физика, химия, биология, биохимия, которые российские студенты осваивают на первом курсе медицинского университета. Затем следуют 4 года собственно медицинского образования в медицинской школе, завершающиеся 1–2 годами интернатуры.

Задача первого цикла – дать общую подготовку в области естественных наук. Она обычно решается вне стен медицинской школы и заканчивается получением степени бакалавра (или эквивалентной ей). Кроме конкурса аттестатов, большинство медицинских школ проводит тестирование абитуриентов, причем наиболее престижные медицинские школы удовлетворяют не более 5% ходатайств о зачислении (т.е. конкурс составляет 20 человек на одно место). Правила приема значительно различаются в зависимости от страны. В частности, европейские университеты часто ограничивают число принятых студентов.

Программы второго цикла – общего медицинского образования – существенно различаются. В США обучение обычно продолжается четыре года, в Великобритании – пять лет. Сначала читаются курсы, связанные со строением человеческого тела: анатомия, гистология и эмбриология. Одновременно или после них – курсы, связанные с функциями человеческого тела: физиология, биохимия, фармакология, иногда биофизика. В ходе лабораторных занятий студенты сначала занимаются микроскопическим исследованием нормальных тканей (гистология), а затем начинаются занятия по патологической анатомии, бактериологии, иммунологии, паразитологии, в ходе которых исследуются все факторы, приводящие к патологическим изменениям в организме. Все чаще на первых курсах читаются также курсы по психологии, биостатистике, организации здравоохранения, борьбе с алкоголизмом, экстренной медицине, медицинской этике и др.

В течение 4 лет обучения в медицинской школе кроме лекций, теоретических семинаров и практических занятий достаточно большое количество времени отводится для самостоятельной работы. Во время учебы студенты пользуются видеofilmami, работают с муляжами. В ходе таких занятий преподаватель оценивает практическую подготовку студента.

После четырех лет обучения будущий американский медик получает документ о том, что он прослушал курс теоретического обучения в медицинской школе по определенным предметам.

Затем следуют два года (или более) занятий в интернатуре, в течение которых основной акцент переносится на работу студентов в клинике, а число лекционных часов сокращается. В этот период студенты все чаще вступают в контакт с пациентами, обследуют их, небольшими группами обсуждают диагнозы и лечение. Сначала идет изучение общей терапии и хирургии, а затем более узких специализаций, включая акушерство и гинекологию, педиатрию, отоларингологию, офтальмологию, кожные болезни и психиатрию. Студенты должны познакомиться с лечением амбулаторных больных, работой отделения скорой помощи, рентгенографией и лучевой терапией, а также наблюдать за хирургическими операциями. При этом продолжаются занятия по патологии, микробиологии, гематологии, иммунологии, эпидемиологии, фармакохимии и некоторым другим дисциплинам, часть из них по выбору самого студента. Будущий врач должен также получить представление о судебной медицине.

После окончания медицинской школы молодой врач обычно стремится попасть в программу подготовки врачей при каком-либо госпитале. Этот период обучения (ординатура, или в зарубежной терминологии – резидентура) занимает от 2 до 7 лет. В этот период обучения старшие ординаторы являются наставниками младших, а их самих курируют доктора. Практика показывает, что такая система взаимообучения дает возможность совершенствовать знания, учит умению общаться. В Великобритании работа ординатором в течение года – неременное условие получения разрешения на самостоятельную практику. В США и Канаде годичная интернатура – условие включения в программу подготовки по более узкой медицинской специальности (fellowship), которая в случае успеха заканчивается присуждением следующей ученой степени. После завершения данного – третьего – цикла принимаются различные меры, которые должны стимулировать врача продолжить образование и периодически повышать свою квалификацию (продолжающееся образование или четвертый цикл). В США этим занимаются специа-

лизируемые органы в тесном сотрудничестве с Американской медицинской ассоциацией.

Даже успешное завершение третьего цикла медицинского образования не всегда автоматически дает право заниматься медицинской практикой. В США лицензированием медицинской практики занимаются специальные комиссии отдельных штатов, которые принимают решение на основе экзаменов или лицензий, полученных в других штатах. Таков же в общих чертах порядок лицензирования в Канаде и Великобритании, хотя в других европейских странах и Японии для того, чтобы заняться медицинской практикой, достаточно университетского диплома.

В европейской системе медицинского образования отсутствует четкое деление на общеемедицинское (undergraduate) и последиplomное (postgraduate) образование, как нет и первого, домедицинского цикла. Для поступления на медицинский факультет университета достаточно получения эквивалента российского аттестата зрелости (Abitur), хотя нужно учитывать, что среднее образование в европейских странах более продолжительное, чем в России.

Медицинское образование в Европе менее стандартизировано по сравнению с англосаксонским и его качество заметно различается в разных университетах. Обучение по основным медицинским специальностям рассчитано на 6,5–7 лет, хотя теоретически его можно завершить за 6 лет, сдав государственный экзамен, но фактически у большинства студентов обучение занимает 7–8 лет. Прием в медицинские вузы ограничен наличием мест. По окончании университета выпускник получает первую ученую степень, которая может по-разному называться, но эквивалентна магистерской. Плата за обучение в государственных вузах не предусмотрена, после двух лет обучения студент может получить стипендию от одного из фондов. Выпускники университетов имеют право продолжать обучение в аспирантуре, где им предоставляется возможность через несколько лет после поступления защитить диссертацию и получить ученую степень доктора.

Раздел II.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНЫХ ВРАЧЕЙ ЗА РУБЕЖОМ

В зарубежных странах спортивная медицина охватывает только последиplomную подготовку, представляя собой область специализации на базе высшего медицинского образования. В качестве типичных образцов подготовки спортивных врачей за рубежом приводим следующие учебные планы и программы.

Соединенные Штаты Америки. В США вопросам подготовки спортивных врачей отводится достаточно большое место. В связи с этим особенно актуальны проблемы соответствия учебных программ мировым стандартам.

В настоящее время в США, по данным Совета по аккредитации медицинского образования, существуют 53 аккредитованных ортопедических программы по спортивной медицине, которые в большей или меньшей степени отвечают требованиям, опубликованным комитетом по изданию периодической литературы, функционирующим на базе Совета по аккредитации медицинского образования.

Согласно стандартам, учебный план подготовки специалиста в области спортивной медицины включает в себя, помимо наук общеразвивающего характера, изучение таких дисциплин, как кардиология, дерматология, пульмонология, инфекционные болезни, спортивная диетология, фармакотерапия, система антидопингового контроля, взаимодействие с окружающей средой, детская и подростковая физиология, профилактическая спортивная медицина, травматология и т.д.

Прерогативы разработки теоретических основ подготовки спортивных врачей отданы в ведение Американского Ортопедического Общества Спортивной Медицины (АООСМ), которое изучает учебные планы и их содержательное наполнение, а также Николасскому институту спортивной медицины и атлетической травмы (НИСМАТ), объединившему в своей структуре научный, учебный и клинический центры. Именно эти организации разрабатывают основные стандарты образовательных программ подготовки спортивных терапевтов, обслуживающих спортивные общества и команды разного ранга.

Американское Ортопедическое Общество Спортивной Медицины – национальная организация хирургов-ортопедов, специализирующихся в области спортивной медицины национального и международного масштаба. С целью повышения качества диагностики, профилактики, лечения и реабилитации спортсменов, получивших травму, АООСМ работает в тесном сотрудничестве с другими специалистами, включая семейных терапевтов, парамедиков, педиатров, спортивных тренеров и физиотерапевтов.

Члены общества принимают активное участие в научно-образовательной деятельности, касающейся спортивной медицины, что включает в себя работу в качестве командного терапевта любого уровня, подготовку специалистов, ответственных за здоровье спортсменов, обслуживание местных, региональных, национальных и международных соревнований, проведение научных исследований и их представление на конференциях, посвященных проблемам медико-биологического обеспечения спорта.

На базе Американского Ортопедического Общества Спортивной Медицины с учетом принципов, разработанных Артроскопической Ассоциацией Северной Америки (1991) и Канадской Ортопедической Ассоциацией (1989), в последние годы было составлено руководство для составления учебных планов, направленных на продолжение базового медицинского образования с уклоном в спортивную медицину. Главное, на чем сделан особый акцент, – это соотноше-

ние и тесная взаимосвязь теории и практики, а не изолированное их использование. Этим и объясняется выделение 3 типов знаний: декларативное (теоретическое), процедурное (практическое) и условное (дополнительное).

Основной особенностью данного плана является предоставление врачам возможности принимать участие в составлении индивидуальной программы обучения в зависимости от их специализации и сферы дальнейшей деятельности. Исходя из этого, дисциплины, представленные в плане, разделены на 2 группы:

1) обязательные для изучения всеми практикующими спортивными медиками и

2) узкопрофильные, овладение которыми необходимо лишь врачам, работающим в каком-либо конкретном направлении.

При этом с точки зрения степени овладения теорией и практикой имеет место следующее распределение дисциплин:

– «А» – предусматривают изучение с позиций теории, практики и дополнительных знаний, а также овладение психомоторными навыками;

– «В» – предназначены лишь для факультативного изучения без приобретения психомоторных навыков;

– «С» – требуют привлечения технических средств обучения и исследования.

Подготовка специалистов по учебным планам, составленным в соответствии с предложенным руководством, имеет целью углубление знаний в области базовых медицинских наук, а также получение специфических знаний, касающихся спортивной медицины и травматологии. В данной системе все подчинено мерам предотвращения травм опорно-двигательного аппарата, в связи с чем каждая функционально значимая анатомическая область рассматривается весьма подробно с позиций анатомии, биомеханики и биологии. Клиническое изучение отделов опорно-двигательного аппарата включает классификацию травм и болезней, характерных для определенного участка, их оценку и лечение (оперативное и неоперативное).

Первая часть руководства АООСМ выглядит следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Примерный учебный план подготовки спортивных врачей
на базе медицинского образования, разработанный АООСМ

Дисциплины	Направленность		Содержательное наполнение			
	Обязательные	Узкопрофильные	Изучение с позиций теории, практики и дополнительных знаний; овладение психомоторными навыками	Факультативное изучение без приобретения психомоторных навыков	Изучение с привлечением технических средств обучения и проведением исследований	
1	2	3	4	5	6	
I. Медицинские аспекты спортивной медицины						
А. Кардиология		+				+
В. Дерматология		+				+
С. Пульмонология		+				+
Д. Инфекционные болезни		+				+
Е. Питание						
1. Нарушение питания		+				+
2. Гидратация	+					+
3. Анаболические стероиды	+					+
4. Пищевые добавки		+				+
5. Эргогенические добавки		+				+

G. Влияние окружающей
1. Гипотермия
2. Ожоги
3. Высота (включая бо
4. Пониженное давлен
II. Физиология упражнени
A. Реакция на нагрузки
B. Уровень подготовленн
C. Тренировка
D. Адаптация
E. Моторные навыки
F. Техника выполнения
III. Спортивный континген
A. Женщины в спорте
B. Спортсмены с нарушен
C. Пожилые спортсмены
IV. Детский и подростковы

1
V. Предварительная (преве спортивная медицина
A. Предсоревновательный
B. Спортивные правила
C. Защитные приспособл
VI. Спортивная травматол
A. Глаза, уши, рот, лицо
B. Голова (закрытые трав
C. Грудная клетка
1. Ребра
2. Внутренние органы
3. Внутренние органы
D. Брюшная полость
1. Селезенка
2. Печень

	+
+	
	+
	+
	+
	+
	+
	+
	+
	+
+	
+	
+	
+	

Продолжение табл. 1

5	6
	+
	+
	+
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	

А. Защита головы – футбол головные уборы
1. Предназначение
2. Экстренное снятие убора
3. Защитное действие
В. Защита головы – другие
1. Предназначение
2. Защитное действие
С. Шея – мягкие ткани
1. «Воротник» в футбол
2. Валики в футболе
Д. Шея – зона спины
1. Показания к исполнению снаряжения при по области
2. Применение
3. Перемещение травм

1
Е. Поясничный отдел
1. Корсет
2. Ремни для позвоночника подростковые
Ф. Грудная клетка
1. Жилет
Г. Плечо
1. «Упряжи» для предотвращения нестабильности плеч в игровых видах спорта
Н. Рука и кисть
Пластиковые и силиконовые фиксации ладьеобразные а также фиксации бол в футболе и т.д.
И. Колено

+	
+	
+	
	+
	+
+	
+	
+	
+	
+	

Продолжение табл. 1

5	6
+	
+	
+	
+	
+	

лений для связок
2.1.1. Профилактика
2.1.2. Реабилитация
2.1.3. Функциональны
2.2. Строение
2.3. Объективные дан свидетельствующ
2.3.1. Биомеханически
2.3.2. Клинические
J. Лодыжка
1. Повязка
1.1. Техника наложени
1.2. Эффект
1.3. Результаты
2. Воздухопроницаем
3. Шнуровка

1
K. Ступня
1. Защита пятки
2. Обувь
3. Подошвенно-фасци
VIII. Подготовка команднь
A. Терапевт, сопровожда в поездках
B. Предтренировочный о
C. Медико-правовые вопр
D. Этика
E. Ресертификация
F. Спортивное окружение
G. Контакт со вспомога персоналом
H. Политика по проблема
I. Политика по вопросам

1	2	3	4	5	6
L. Медицинское управление					
1. Высшее учебное заведение		+		+	
2. Национальная студенческая спортивная ассоциация / колледж		+		+	
3. Профессиональный спорт		+		+	
IX. Практическое управление					
А. Службы	+			+	
В. Финансирование / индексация	+			+	
X. Информационные технологии	+			+	

Для факультативного изучения всем практикующим спортивным врачам рекомендуют следующие дисциплины:

- спортивный контингент (женщины, занимающиеся спортом; спортсмены с нарушенными функциями; лица среднего и пожилого возраста, занимающиеся физической культурой и спортом);

- защитное снаряжение и экипировка (здесь отдельно рассматриваются средства защиты головы, шеи, спины (шейная зона, поясничный отдел), ребер, плеча, локтя, кисти, колена, лодыжки, ступни);

- информационные технологии.

Каждый блок информации предваряется обзорным изучением соответствующих дисциплин (табл. 2).

Изучение основных функциональных отделов тела атлета должно отражать анатомические знания, клиническую классификацию болезней и болевых синдромов, характерных для данного участка тела, защитные приспособления, способные предотвратить получение травмы данного участка тела или защитить уже имеющуюся здесь травму от дальнейшего раздражения. Схема изучения строится по следующей модели (на примере области плеча) (табл. 3).

Николасский Институт спортивной медицины и атлетической травмы (НИСМАТ) был основан в 1973 г. Со времени образования исследовательского, учебного и клинического центра в его деятельности появились новые перспективы в плане использования физических упражнений для улучшения уровня физической подготовленности всех возрастных групп населения, занимающихся физической культурой и спортом.

На сегодняшний день НИСМАТ представляет собой организацию, которая вносит значительный вклад в медицинскую науку, касающуюся вопросов спортивной медицины. Именно благодаря этому в США, а впоследствии и во всем мире, изменилась трактовка понятия «спортивная медицина». Если первоначально спортивная медицина рассматривалась как дисциплина, занимающаяся только вопросами восстановления атлетов после полученных травм, то в

Таблица 2

Направленность	Содержание
Основные науки	1) Анатомия: – общая – функциональная 2) Биомеханика: – механические свойства – кинематика 3) Принципы лечения: – характер повреждения – лечение – восстановление
Диагностика	1) История 2) Физикальное обследование 3) «Отображение» – рентгенологическое обследование, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс и др. 4) Дополнительные методы обследования
Лечение	1) Консервативное: – фармакологические препараты – перевязки / шины / гипс – реабилитация – возврат к занятиям – результаты 2) Оперативное: – показания – техника – реабилитация – осложнения – возврат к занятиям – особые случаи – результаты

настоящее время **спортивная медицина признана как отдельная область медицинских знаний, расширяющая существующие представления о функциональных возможностях человеческого организма в отношении всех форм физической активности.**

В задачи НИСМАТ входит подготовка высококвалифицированных специалистов в области медико-биологического обеспечения спорта, а также потребителей их услуг,

Опорно-двигательная система (область плеча)

Дисциплины	Направленность		Содержательное наполнение		
	Обязательные	Узкопрофильные	Изучение с позиций теории, практики и дополнительных знаний, овладение психо-моторными навыками	Факультативное изучение без приобретения психо-моторных навыков	Изучение с привлечением технических средств обучения и исследования
1	2	3	4	5	6
I. Связки					
А. Основные науки	+			+	
В. Нестабильность – клиника					
1. Классификация травм / болезней	+			+	
1.1. Травматические повреждения					
1.1.1. Нестабильность					
1.1.1.1. Периодичность	+			+	
1.1.1.2. Степень	+			+	
1.1.1.3. Синхронизация	+			+	
1.1.1.4. Обострение / хроническая патология	+			+	
1.1.1.5. Острая сопутствующая патология	+			+	
1.1.1.6. Лечение	+			+	

1.2.2. Посттравматич
2. Диагностика
3. Лечение
3.1. Консервативное л
3.1.1. Универсальное
3.1.1.1. Превентивное
3.1.1.2. Последующее
3.1.1.3. Более позднее
3.1.2. Многоплановое
3.1.3. Адгезивный каг
3.2. Оперативное (отк артроскопическое) ле
3.2.1. Универсальное
3.2.1.1. Превентивное
3.2.1.2. Последующее
3.2.1.3. Более позднее
3.2.2. Многоплановое

1
II. Хрящи
A. Суставные хрящи
1. Основные науки
2. Клинические
2.1. Классификация т
2.1.1. Этиология
2.1.1.1. Травматическ
2.1.1.2. Дегенеративн
2.1.1.3. Воспалительн
2.1.1.4. Другое (опух
2.1.2. Локализация (р
2.2. Диагностика
2.3. Лечение
2.3.1. Консервативно
2.3.1.1. Травматическ
2.3.1.2. Дегенеративн

+	
+	
+	
+	
+	

Продолжение табл. 3

5	6
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	

2.3.2.1. Травматическ
2.3.2.2. Дегенеративн
2.3.2.3. Воспаления
2.3.2.4. Другое
III. Сухожилие
(бицепс, манжета, вращат
А. Основные науки
В. Клиника – неустойчи
1. Классификация тра
1.1. Травматические р
1.2. Воспаления
1.2.1. Механические с
1.2.2. Фиброз сухожи
1.2.3. Связанная пато.
1.2.3.1. Гормональны
1.2.3.2. Суставные ар
1.2.3.3. Сухожилия б
1.2.3.4. Гормональная

1
1.3. Другое – опухоли
2. Диагностика
3. Лечение
3.1. Консервативное л
3.1.1. Столкновение /
3.1.2. Разрыв манжеты мышцы (от част
3.1.3. Артропатия ма мышцы
3.1.4. Нестабильности
3.1.5. Тендинит бице
3.2. Оперативное леч
3.2.1. Столкновение /
3.2.2. Разрыв манжеты (от частичного д
3.2.3. Артропатия ма мышцы

	+
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	

Продолжение табл. 3

5	6
+	
+	
+	
+	
+	
+	
+	

А. Основные науки
В. Клиника
1. Классификация травм (травматические, воспалительные, опухоли)
1.1. Травматические
1.2. Воспалительные
1.3. Другие – опухоли
2. Диагностика
3. Лечение
3.1. Неоперативное лечение
3.1.1. Растяжения / разрывы
3.2. Опухоли
3.2. Оперативное лечение
3.2.1. Растяжения / разрывы
3.2.2. Опухоли

1
V. Кости
А. Основные науки
В. Клиника
1. Классификация травм
1.1. Травматические (внутри- и внесуставные)
1.1.1. Компрессионные
1.1.2. Общие переломы
1.2. Болезни
1.2.1. Нарушения обмена веществ
1.2.2. Инфекционные
1.2.3. Опухоли
2. Диагностика
3. Лечение
3.1. Консервативное лечение
3.1.1. Травматические

+	
+	
+	
	+
+	
	+

Продолжение табл. 3

5	6
+	
+	
+	
	+
	+
	+
+	

3.1.2.5. Опухоли
3.2. Оперативное леч
3.2.1. Травматически
3.2.1.1. Внутрисустав
3.2.1.2. Внесуставны
3.2.1.3. Бугристости
3.2.2. Опухоли
VI. Нервы (брахиальное с
периферические, подм
надлопаточные, длинн
А. Основные науки
В. Клиника
1. Классификация
1.1. Травматическ
1.2. Воспалительн
1.3. Другие – опух
2. Диагностика

1
3. Лечение
3.1. Консервативн
3.1.1. Травматичес
3.1.1.1. Брахиальн
3.1.1.2. Надлопате
3.1.1.3. Длинные г
3.1.2. Воспалител
3.1.2.1. Брахиальн
3.1.3. Опухоли
3.2. Оперативное л
3.2.1. Травматичес
3.2.1.1. Брахиальн

	+
+	
+	
+	
+	
	+
	+
	+
	+
	+

Продолжение табл. 3

5	6
+	
+	
+	
	+
	+
	+
+	
	+

1	2	3	4	5	6
VII. Сосуды (подключичные, подмышечные)					
А. Основные науки	+				+
В. Клиника					
1. Классификация травм / болезней					
1.1. Травматические повреждения (разрыв, внешнее сдавление)	+				+
1.2. Воспалительные повреждения (включая окклюзию)		+			+
1.3. Опухоли		+			+
2. Диагностика	+				+
3. Лечение					
3.1. Консервативное лечение					
3.1.1. Травматические повреждения	+				+
3.1.2. Воспалительные повреждения		+			+
3.1.3. Опухоли		+			+
3.2. Оперативное лечение					
3.2.1. Травматические повреждения		+			+
3.2.2. Воспалительные повреждения		+			+
3.2.3. Опухоли		+			+

междисциплинарные исследования и повышение квалификации спортивных медиков, обеспечивающее персонал новейшими разработками для решения задач, связанных с охраной здоровья спортсменов.

В рамках этой организации была разработана двухгодичная образовательная программа подготовки специалистов, которая в настоящее время внедрена в учебный план Wenatchee School (Вашингтон). Это многоуровневая программа, ориентированная на студентов, интересующихся такими областями спортивно-медицинского знания, как спортивная подготовка, физиотерапия, физиология упражнений, фитнес, кинезиология, спортивное питание и др. (табл. 4).

Первый год обучения включает аудиторные и практические занятия по следующим направлениям:

- профилактика, лечение и реабилитация спортивных травм;

- техника наложения шин и повязок;

- первая помощь;

- первая помощь в экстренных случаях (табл. 5).

Второй год программы расширяет и углубляет теоретические знания и практические навыки, приобретенные в течение первого года обучения. Дополнительно в этот период изучаются спортивное питание, спортивная психология, реабилитация, терапевтические методы лечения, а также комплексы, направленные на развитие и повышение уровня общей физической подготовленности, включая силовые программы (табл. 6).

В конце каждого учебного года студенты сдают Государственный конкурсный экзамен в виде тестирования, а также осваивают профессиональные аспекты подготовки и проходят практику по спортивной медицине (табл. 7).

В Канаде в процессе постдипломного обучения по программам уровней Сертификата и Диплома кандидаты приобретают практический опыт работы в самых различных ситуациях, сталкиваясь с разнообразными травмами и нарушениями в состоянии здоровья. Помимо основных базовых знаний и умений кандидат должен развить высшую степень

**Содержание 1-го года обучения
двухгодичной программы подготовки специалистов
спортивной медицины (Wenatchee School, Вашингтон)**

Год обучения	Дисциплина	Кредиты
1 год	Введение в спортивную медицину	4
	Административные правила работы в центрах спортивной медицины	6
	Оказание экстренной медицинской помощи	29
	Спортивные травмы: оценка, лечение, наложение шин и повязок	4
	Специфические спортивные травмы: Области:	
	– локоть, запястье, кисть;	11
	– плечо;	14
	– стопа, лодыжка, бедро;	27
	– колено, бедро;	20
– торс (поясница, спина, ребра);	10	
– повреждения внутренних органов (грудная и брюшная полости)	9	
Подготовка и сдача Государственного конкурсного экзамена – тестирование	10	
Практикум по спортивной медицине	16	
Профессиональные аспекты подготовки	12	

компетентности в области оценки и лечения острых травм, профессионализма в накладывании повязок и шин, подборе и моделировании защитной экипировки. Опыт в плане поддержания общей спортивной формы, а также функционального состояния спортсменов в переходный период также имеет большое значение. Приобретение многих из этих навыков не входит в традиционную программу обучения в рамках обычных аудиторных занятий. Практическая часть обучения является обязательной и замена ее другими видами деятельности полностью исключается, если физиотерапевт собирается продолжить свою деятельность в области медицинского обслуживания спортсменов, спортивных команд или других спортивных подразделений.

Таблица 5

**Тематика занятий для специалистов 1-го года обучения
по дисциплинам**

Наименование дисциплины	Содержание	Кредиты
Введение в спортивную медицину	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные компоненты эффективных спортивно-медицинских программ. 2. Личностные характеристики спортивного терапевта. 3. Медицинская терминология и аббревиатуры. 4. Основные методы лечения травм; техники наложения повязок. 	4
Административные правила работы в центрах спортивной медицины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общая документация Центра. 2. Механизмы заражения болезнями, передающимися через кровь. Общие меры предосторожности, обеспечение безопасности и санитарии. 3. Функции и техника работы с различными приспособлениями и оборудованием, используемыми в спортивной медицине (описать и продемонстрировать). 	6
Оказание экстренной помощи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанимационное пособие при нарушениях кардиореспираторной деятельности (продемонстрировать). 2. Различные процедуры скорой медицинской помощи (описать и продемонстрировать). 3. Этапы оказания скорой медицинской помощи спортсменам. 4. Функции оборудования для оказания скорой медицинской помощи спортсменам. 5. Анатомические основы и специфическая диагностика при травмах головы и шейного отдела позвоночника (описать и продемонстрировать). Профилактические упражнения, лечебные комплексы и техника выполнения. 6. Методы диагностики и лечения нарушений, связанных с условиями окружающей среды (тепловые удары, переохлаждение и др.) (описать и продемонстрировать). 	29

Наименование дисциплины	Содержание	Кре- ды- ты
Спортивные травмы: диагностика; наложение шин и повязок; лечение	1. Реакции организма на травмы. 2. Различия между травмами хронического и внезапного характера. 3. Классификация спортивных травм. 4. Принципы оценки степени тяжести травм.	4
	5. Основные лечебные процедуры, применяющиеся при спортивных травмах (описать и продемонстрировать). 6. Показания для наложения спортивных повязок (продемонстрировать основные способы их наложения).	
Специфические спортивные травмы	Анатомия. Диагностика травм. Специфика наложения повязок применительно к следующим областям: – стопа, лодыжка, голень – колено, бедро – торс (поясница, спина, ребра) – плечо – локоть, запястье, кисть – повреждения внутренних органов (грудная и брюшная полости) – упражнения для профилактики травм.	27 20 10 14 11 9

Таблица 6

Тематика занятий для специалистов 2-го года обучения

Дисциплина	Содержание	Кре- ды- ты
Введение в профессию	1. История спортивной медицины. 2. Области профессиональной деятельности, имеющие отношение к спортивной медицине.	5
Организационные и административные мероприятия в практике спортивной медицины	1. Типы факторов, препятствующих нормальному функционированию организма, и способы их устранения. 2. Состояния, требующие дисквалификации (отстранения от занятий спортом) спортсменов. Демонстрация процедуры проведения предсоревновательного обследования (осмотр).	5

Продолжение табл. 6

Дисциплина	Содержание	Кре- диты
Дополнительные процедуры, связанные с оказанием срочной помощи спортсменам	Обзор процедур и описание дополнительных способов оказания экстренной медицинской помощи, включая определение признаков жизни. Использование оборудования, предназначенного для оказания скорой медицинской помощи при 1) травмах головы и шейного отдела позвоночника, 2) нарушениях в состоянии здоровья, вызванных факторами окружающей среды.	12
Дополнительные процедуры, проводимые при специфических спортивных травмах	<p>Дополнительное углубленное изучение анатомии, диагностики травм, техники наложения повязок применительно к следующим областям:</p> <ul style="list-style-type: none"> – локоть, запястье, кисть; – плечо; – стопа, лодыжка, бедро; – колено, бедро; – торс (поясница, спина, ребра); – повреждения внутренних органов (грудная и брюшная полости). <p>Дополнительное изучение профилактических процедур</p>	<p>7 6 13 10 5 4</p>
Защитное снаряжение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствие, защитные свойства и механизмы использования защитной экипировки (описать и продемонстрировать). 2. Типы и функции защитного снаряжения. 3. Рекомендации по подбору защитного снаряжения. 	4
Физиология упражнений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установление степени подготовленности с использованием тестов, силовых тестов для оценки энергетических возможностей, тестов на выявление подвижности различных суставов. 2. Принципы и процесс тренировки силовых качеств, подвижности, аэробных и анаэробных возможностей. 3. Создание индивидуальных программ для профилактики травм и повышения общего уровня подготовленности. 	9

Дисциплина	Содержание	Кре- диты
Реабилитация спортсменов после травм (двигательная реабилитация, мануальная терапия и т.п.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цели и задачи различных реабилитационных программ, а также оценка их эффективности. 2. Различные типы упражнений и их функции в программах различной реабилитационной направленности (описать и продемонстрировать). 3. Использование движений различной амплитуды и силы, а также проприоцептивных упражнений в реабилитационных программах для главных звеньев опорно-двигательного аппарата (описать и продемонстрировать). 4. Специальные реабилитационные техники (проприоцептивная нейромышечная релаксация, суставная мобилизация и т.д.) (описать и продемонстрировать). 5. Критерии определения функциональной готовности к возвращению к занятиям спортом. 	15
Физические методы реабилитации (физиотерапия, массаж и др.)	<p>Физиологические эффекты, показания / противопоказания, методики использования следующих терапевтических факторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – лед, – тепло, – вода, – электростимуляция, – ультразвук, – массаж. <p>Комплексная реабилитация.</p>	14
Спортивное питание	<ol style="list-style-type: none"> 1. Различные компоненты спортивного питания и функциональные характеристики каждого из них. 2. Составляющие предсоревновательного рациона спортсмена. 3. Способы безопасной потери / прибавления массы тела. 4. Симптомы и методы лечения различных нарушений деятельности пищеварительного тракта. 	10
Фармакология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физиологический и психологический эффекты препаратов, повышающих уровень физической работоспособности. 2. Анаболические стероиды (их эффект и побочные действия). 3. Процедура проведения допинг-контроля. 	4

Дисциплина	Содержание	Кре- диты
Спортивная психология	1. Различные психологические методики, помогающие спортсменам преодолевать посттравматический стресс (продемонстрировать). 2. Различные психологические методики, помогающие спортсменам подготовиться к соревнованиям (продемонстрировать).	5
Внутренняя медицина	1. Этиология, патогенез и лечение следующих состояний: – простудные заболевания; – грипп; – аллергия; – обычные дерматологические проблемы; – нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта; – диабет; – анемия; – астма; – СПИД; – гинекологические заболевания; – комбинированные состояния; – внезапная смерть. 2. Использование отоскопа, офтальмоскопа, стетоскопа и др. (описать и продемонстрировать).	4

Для получения Сертификата и Диплома каждый слушатель должен сдать экзамен. Необходимо отметить, что, несмотря на предоставление студентам широкого выбора форм обучения, процедура проведения выпускного экзамена единая для всех. На оценку уровня подготовленности прежде всего влияет практическая часть учебного процесса.

Целью экзамена является:

1) установление степени компетентности выпускника в вопросах теории и практики;

2) обеспечение стандарта, позволяющего физиотерапевтам претендовать на признание профессиональных знаний, умений и навыков;

3) предоставление выпускнику определенной специализации:

деятельности	
Профессиональные аспекты подготовки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перспективы, включая подготовку в области медицины 2. Профессиональные и ассоциированные с ним спортивные аспекты 3. Методы в области здравоохранения 4. Способы в области здравоохранения 5. Структура коммуникации в процессе подготовки 6. Основные отношения в процессе подготовки 7. Создание профессионального сообщества

Вид деятельности	
Практикум по спортивной медицине	<p>Наблюдения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) спортивные школы, клубы 2) физиотерапевтические кабинеты 3) медицинские учреждения (государственные и частные) 4) спортивные клубы и др. по интересам 5) фитнес-клубы 6) центры оздоровления 7) экстренная медицинская помощь 8) анатомические вскрытия 9) мануальная терапия 8) другие
Подготовка и сдача	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обзор информации в курсе.

ание	Кредиты
<p>ты по лючая тандарты листа по ине (описать). е организации имающиеся вной медицины</p> <p>боты в области (описать). ия резюме. ения интервью ые навыки, юцессе я пациента. арактера, ние к профессии левта. цио.</p>	12

Продолжение табл. 7

д обучения	
ние	Кредиты
<p>ирование: готовка (высшая иника);</p> <p>едия, педиатрия, фтальмология, ия, радиология</p> <p>центры, нтры); дина (кабинеты ланды скорой</p> <p>ствие</p> <p>пия; ести по выбору.</p>	10
, представленной	7

- терапевт, сопровождающий команду;
- терапевт, консультирующий команду;
- обучающий специалист в рамках образовательной системы SPC.

Приведенная ниже система постдипломного повышения квалификации разработана Обществом спортивных физиотерапевтов Канады. Ее основная цель – добиться того, чтобы каждый член данного общества мог повысить свою квалификацию до Сертификата I уровня, Сертификата или Диплома без необходимости поступления в высшее учебное заведение.

Учебный материал, предусмотренный в программе, может быть пройден различными путями, в зависимости от индивидуального желания: в форме маленьких групповых семинаров, воскресных симпозиумов или курсов, самостоятельной работы.

Общество спортивных физиотерапевтов несет полную ответственность за содержание учебного плана, структуру курса и преподавательский контроль, а также структуру и содержание экзаменов. Отдельные секции отвечают за своевременное выполнение целей и задач учебного плана (т.е. организацию и осуществление утвержденных программой курсов или освоение дополнительного учебного материала).

Уровень I. Заявление с просьбой о зачислении на курсы I уровня означает, что кандидат имеет базовые навыки оказания скорой медицинской помощи и заинтересован в повышении уровня компетентности по специальности «спортивная физиотерапия».

Сертификат. На этапе обучения для получения Сертификата физиотерапевт овладевает знаниями и умениями в области спортивной физической терапии, которые предполагают умение диагностировать и лечить спортивные травмы в клинических и полевых условиях. Физиотерапевт, получивший сертификат, имеет право независимо работать на спортивных мероприятиях, что свидетельствует о наличии необходимых знаний и опыта для оказания помощи спортсменам, получившим травму.

Диплом. Физиотерапевт, получивший Диплом, получает возможность и полномочия обслуживать спортивную команду, что включает в себя: предсезонную подготовку, тренировочные сборы, скорую медицинскую помощь при травмах, а также полную реабилитацию спортсмена и возвращение его к занятиям. Эти навыки могут быть дополнены также клинической практикой физиотерапевта. После получения диплома члену Общества присваивается звание спортивного физиотерапевта.

В процессе обучения студент обязан изучить точки зрения, предлагаемые разными школами, что помогает сформировать критическое мышление специалиста. На это делается особый упор при составлении учебных планов и графиков. По каждому пункту программы студенты должны быть обеспечены новейшими сведениями о самых последних разработках в этой области.

Рекомендуемое тематическое распределение материала представлено в табл. 8.

Устная и практическая части экзамена основываются на дисциплинах учебного плана. Для уровня Сертификата практическая часть экзамена отражает способность студента к оказанию скорой медицинской помощи (оценка состояния и обслуживание пациента), а также приобретенные им навыки в области спортивного массажа, наложения повязок, шин и корсетов (демонстрируются на манекене или экзаменаторе). Для уровня Диплома практическая часть охватывает оценку состояния пациента, более глубокие знания в плане техники наложения шин, повязок и корсетов, а также лечение спортивной патологии.

Устная часть экзамена отражает теоретические основы дисциплин, представленных в учебных планах каждого уровня (для уровня Сертификата это защитная экипировка, механизмы анализа степени тяжести травмы и др., для Диплома – тренировочные программы).

Особое внимание при обучении по программам, предлагаемым в рамках SPC, отводится практике. Организация полностью признает важность вовлеченности самого обучаемого

**Объем знаний и умений в области спортивной физической терапии
для получения сертификата и диплома**

Уровень подготовки	Дисциплина	Процентное соотношение
Сертификат	Защитная экипировка Основы наложения повязок Спортивный массаж	20%
	Ортопедия и биомеханика	30%
	Физиология упражнений	15%
	Спортивная физиотерапия	5%
	Спортивная травматология	30%
Диплом	Спортивная травматология и ортопедия	45%
	Теория спорта	10%
	Спортивная фармакология	10%
	Физиология упражнений	35%

в образовательную программу. Вследствие этого, студентам, заинтересованным в углублении своих умений и навыков в области спортивной физиотерапии, предлагается во время обучения работать со спортивной командой или организацией. Для успешного окончания обучения ему необходимо набрать минимум 200 часов работы в качестве спортивного врача (уровень Сертификата) и около 800 часов (уровень Диплома), подтвержденных документами.

Особые требования к условиям прохождения практики выдвигаются для студентов, претендующих на получение Диплома в области спортивной физиотерапии. Отдельно отмечается, что практикант должен обслуживать виды спорта с высокой степенью травматичности. Это позволяет повысить качество уже имеющихся у него навыков экстренной помощи и оценочных технологий. Кроме того, должны соблюдаться также следующие условия:

а) в процессе прохождения практики студент обязан быть задействован в 6 видах спорта или спортивной деятельности. В двух из шести видов спорта степень участия студента

предусматривает около 2 полных сезонов работы со спортивной командой или клубом (около 75 утвержденных часов по каждому виду). Под полным сезоном подразумеваются предсоревновательные лагерные сборы, регулярные сезонные игры, послесоревновательная оценка и составление рекомендаций для будущей работы;

б) одним из двух видов спорта должен быть командный контактный спорт, такой как хоккей, футбол, лакросс или регби;

в) практикант должен иметь опыт накладывания повязок на все части тела. Обращается внимание на эффективность и качество наложения повязок;

г) студент должен:

1) уметь разработать и осуществлять предсоревновательную программу профилактики травм,

2) реализовывать программу медицинского обследования, а также систему регистрации и характеристики травм;

3) иметь опыт индивидуального подбора и заказа защитной экипировки, знать условия ее хранения и обслуживания во время переезда (как минимум для одной игры).

Примечание. Время, затрачиваемое на переезд, при учете количества часов практической работы не учитывается.

Во время практики студент должен вести дневник практиканта, где он производит учет и описывает содержание рабочих дней. После окончания практики этот дневник будет рассмотрен руководителем с целью оценки путей и способов приобретения опыта и их соответствия определенным условиям и требованиям.

При прохождении подготовки по указанным программам четкое распределение по часам, отводимым на каждую дисциплину, не предусматривается. Для успешного окончания обучения студент обязан овладеть содержащимся в учебных планах перечнем теоретических и практических умений и навыков, который представлен в таблицах 9 и 10.

Для получения Сертификата специалиста в области спортивной физиотерапии студенту предлагают изучить 7 дисциплин в следующем объеме (табл. 9).

Наименование и содержание дисциплины для изучения

Дисциплина	Содержание
Защитная экипировка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Механизмы предотвращения травм. Основные типы защитных приспособлений, включая значение различных материалов. 2. Разные типы защитных приспособлений, используемых в спорте: их преимущества и недостатки при защите отдельных частей тела в различных видах спорта. 3. Правила подбора средств защиты для спортсмена. 4. Использование различных типов спортивной обуви; преимущества и недостатки каждого из них. 5. Рекомендации к использованию и меры предосторожности, связанные с использованием защитных средств в различных видах спорта. 6. Основные средства ухода за защитными приспособлениями. 7. Безопасное снятие средств защиты в экстренных случаях. 8. Моделирование и/или приспособление защитного оборудования к защите от травм или к защите уже имеющейся травмы (продемонстрировать).
Техника наложения повязок и шин	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функции повязок и шин. 2. Процедуры, предшествующие наложению повязок, – определение показаний, анализ результатов осмотра (описать и продемонстрировать). 3. Типы перевязочных материалов. 4. Основные техники наложения повязок на различные области тела и суставы, их эффективность с точки зрения функций (продемонстрировать). 5. Технические особенности наложения повязок с позиции анатомии и биомеханики. 6. Техника накладывания компрессов на различные области тела (продемонстрировать). 7. Использование ремней: показания и техника наложения. 8. Процедуры снятия повязок и последующей обработки кожи (продемонстрировать и прокомментировать).
Ортопедия и биомеханика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомия и биомеханика костей, суставов, связок, мышц позвоночных и периферических суставов. 2. Основные этапы развития структур конечностей. 3. Развитие и распределение миотом, дерматом и склеротом.

Дисциплина	Содержание
	<p>4. Основные механизмы функционирования суставов. 5. Влияние на организм стрессов, нервных перенапряжений и перегрузок. 6. Функциональные характеристики позвоночных и периферических суставов. 7. Механические деформации нервных и сосудистых тканей во время движения. 8. Биомеханические основы силы и подвижности; эффективность техник, направленных на развитие подвижности и силы различных типов тканей. 9. Техника проведения первичного осмотра верхних и нижних сегментов тела. 10. Техника обследования позвоночных и периферических суставов. 11. Проприорецептор и его роль в организме. 12. Различные типы суставных рецепторов. 13. Виды механики тела в аспекте спортивной деятельности.</p>
<p>Физиология упражнений</p>	<p>1. Принципы аэробной тренировки; методика составления плана тренировок, направленных на увеличение аэробных возможностей. 2. Принципы анаэробной тренировки; методика составления плана тренировок, направленных на увеличение анаэробных возможностей. 3. Способы поддержания спортивной формы временно травмированного атлета. 4. Методика проверки физиологической готовности спортсмена к возвращению в режим тренировок. 5. Тренировки разной направленности (связанные с развитием силы, быстроты, ловкости и выносливости). 6. Основные методы оценки силы, быстроты, ловкости и выносливости в спорте. 7. Системы, задействованные в разработке эффективных тренировочных программ. 8. Физиологические основы использования гипо- и гипертермии (режима смены температур) в тренировочных программах (принять участие в дискуссии).</p>
<p>Спортивная физиотерапия</p>	<p>1. Структура и функции Общества спортивной физиотерапии Канады – Sports Physiotherapy Canada (SPC).</p>

Дисциплина	Содержание
	<p>2. Спортивная физиотерапия с точки зрения роли физиотерапевтов в спорте; профессиональное сотрудничество; квалификация спортивного физиотерапевта; стандарты прохождения физиотерапевтической практики; профессиональная ответственность за состояние здоровья и жизнь спортсмена.</p> <p>3. Механизмы регистрации и описания травм; вопросы конфиденциальности и такта в плане владения полученной информацией; допустимые формы и юридическая ответственность в условиях спортивной деятельности.</p> <p>4. Официальные аспекты работы в качестве физиотерапевта в клинических и неклинических условиях (прокомментировать).</p>
<p>Спортивная травматология</p>	<p>1. Этиология, клиника и лечение болезненных синдромов, проявляющихся у спортсменов.</p> <p>2. Этиология, клиника и лечение обычных ортопедических состояний, выявляемых у спортсменов; отличие лечения подобных состояний у спортсменов и лиц, не связанных со спортивной деятельностью.</p> <p>3. Этиология, клиника и лечение болезней органов грудной и брюшной полости, которые могут встретиться у спортсменов.</p> <p>4. Этиология и клиника ортопедической патологии, характерной для каждого избранного вида спорта.</p> <p>5. Этиология и клиника патологических состояний головы, шеи, лица, из числа наиболее часто встречающихся у спортсменов.</p> <p>6. Стадии восстановления мягких тканей, имеющих отношение к диагностике и лечению спортивных травм (перечислить).</p> <p>7. Ограничение использования электрофизических факторов в лечении спортивных травм (принять участие в дискуссии).</p> <p>8. Этиология, клиника и лечение вирусных, бактериальных и грибковых кожных инфекций, обычных для спортсменов.</p> <p>9. Этиология, клиника и лечение нарушений теплообмена, выявляемых у спортсменов.</p> <p>10. Различия в характере спортивных травм в групповых и индивидуальных видах спорта.</p> <p>11. Спортивные травмы, характерные для контактных и неконтактных видов спорта.</p>

Дисциплина	Содержание
	12. Опасности, связанные с функциями полевого судьи. 13. Методика разработки и проведения функционального тестирования, соответствующего требованиям видов спорта и особенностям травм в каждом из них.
Спортивный массаж	1. Показания и противопоказания, меры предосторожности при проведении спортсменам массажа. 2. Физиологические основы предсоревновательного и постсоревновательного видов массажа. 3. Механический, рефлекторный и психологический эффекты различных техник массажа, использующихся в спорте. 4. Виды массажа, включая вибрационный и фрикционный (перечислить и продемонстрировать). 5. Виды предтренировочного и посттренировочного массажа в отдельных видах спорта (демонстрировать, обращая внимание на мышечные группы, положение пациента, приемы массажа и согласование различных техник)

Для получения Диплома специалиста в области спортивной физиотерапии студенту необходимо предварительно пройти курс подготовки сертификационного уровня и после этого изучить 5 дисциплин в следующем объеме (табл. 10).

Таблица 10

Наименование и содержание дисциплин для изучения

Дисциплина	Содержание
Снаряжение и экипировка	1. Предупреждение и удовлетворение потребностей спортивной команды, касающихся спортивного оборудования и экипировки. 2. Организация транспортировки для переезда с командой. 3. Практические навыки заказа и приобретения оборудования и снаряжения. 4. Практические навыки обеспечения спортивно-терапевтическим оборудованием.
Спортивная травматология и ортопедия	1. Нарушения подвижности; последствия травм, инфекций и дегенеративных изменений тканей, хрящей, костей, мышц, сухожилий, связок. 2. Мобилизационные техники, используемые физиотерапевтами.

Дисциплина	Содержание
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Меры профилактики острых травм и повторного травмирования. 4. Методика проведения динамических тестов для различных суставов с целью определения физиологической готовности спортсмена к возвращению в режим тренировок. 5. Методы получения необходимых субъективных и объективных данных. 6. Современные теории возникновения боли, механизмы ее распространения и измерения степени выраженности. 7. Применение различных аспектов физиотерапевтических знаний и навыков во всестороннем обслуживании спортсменов. 8. Физиологический эффект различных термических и электрических методов лечения спортивных травм. 9. Механизмы движения позвоночника. 10. Анатомия межпозвоночных дисков, их нервная и сосудистая трофика, механизмы взаимоотношений с окружающими костными и мягкими тканевыми структурами. 11. Особенности патологии суставов и ее взаимосвязь с нарушениями иннервации и околотканевыми повреждениями. 12. Врожденные аномалии позвоночника. 13. Влияние деформации периферических суставов на атлетические способности.
Теория спорта	<ol style="list-style-type: none"> 1. Роль тренера в спорте. 2. Понятие психологической ответственности спортсмена в отношении окружения, отношения к физической активности; спорт и получение травмы. 3. Индивидуальные привычки, влияющие на состояние здоровья; возможность их позитивного или негативного воздействия на тренировочную активность спортсмена. 4. Симптомы и способы переноса инфекционных болезней; остальные медицинские состояния, касающиеся области спортивной физиотерапии. 5. Анатомические и физиологические различия между мужчинами-спортсменами и женщинами-спортсменками. 6. Влияние тренировок и соревнований на менструальный цикл. 7. Влияние занятий спортом на протекание беременности. 8. Структура программ по профилактике травм и медицинскому обследованию травмированных спортсменов; система регистрации травм.

Дисциплина	Содержание
Спортивная фармакология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фармакологические средства, включенные в список запрещенных лекарственных препаратов, утвержденный Международным олимпийским комитетом (перечислить). 2. Основные фармакологические группы, используемые в спортивной практике. 3. Расчет дозировки; желаемый и неблагоприятный эффекты фармакологических веществ, использующихся в спорте. 4. Этические аспекты использования вспомогательных эргогенических средств. 5. Основной процесс допинг-контроля в спорте. 6. Тенденции развития фармакологических программ для спортсменов.
Физиология упражнений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Варианты тренировочного процесса, направленного на развитие энергетических систем организма; возможная специфика тренировок. 2. Типы тренировочных программ и их влияние на различные системы организма; преимущества и недостатки каждой из них. 3. Тренировочное разнообразие и модификации видов тренировок, отвечающие требованиям текущего состояния и специфики деятельности спортсменов. 4. Эффект круглогодичных тренировок. 5. Способы тестирования подвижности и методы ее улучшения (принять участие в дискуссии). 6. Влияние природных факторов (смена часовых поясов, высота над уровнем моря, температура, влажность, сила ветра) на качество спортивных выступлений. 7. Техники мышечного развития; преимущества и недостатки каждой из них. 8. Общее влияние упражнений на физиологический процесс выздоровления; особенности этого процесса у спортсменов. 9. Создание программ тренировок для внесоревновательного и соревновательного периодов; предсоревновательное обследование, основанное на физиологических и психологических принципах, а также принципах диетологии и реабилитации. 10. Основные элементы спортивного питания; их функции; влияние недостатка или избытка этих элементов на спортивную форму.

Дисциплина	Содержание
	11. Требования к питанию детей, женщин, мужчин, пожилых людей и спортсменов; ожидаемый эффект. 12. Влияние питания на спортивную форму; предсоревновательная диета; пищевые добавки. 13. Методы (способы) изменения массы тела, положительные и отрицательные стороны потери массы тела при занятиях спортом. 14. Основы спортивной диетологии, принципы составления диет для спортсменов.

После освоения программы по спортивной физиотерапии специалист имеет возможность обслуживать спортивные команды, что включает в себя предсоревновательную подготовку, наблюдения в период спортивных сборов, скорую медицинскую помощь при травмах и полную реабилитацию спортсменов с целью их скорейшего возвращения в режим интенсивных тренировок.

Великобритания и Ирландия

В Великобритании и Ирландии Межколлегияльный Академический Совет по Спортивной Медицине (МАССМ) делает первые шаги к освоению спортивной медицины как отдельной специальности с собственными программами обучения высококвалифицированных специалистов и созданием отдела спортивной медицины в рамках NHS. При этом речь идет не только об изолированной постдипломной подготовке, поскольку интерес к спортивной медицине неуклонно возрастает практически среди всех студентов-медиков. Генеральный Медицинский Консилиум (ГМК) в своей работе под заголовком «Завтрашние врачи» определяет возможности реализации индивидуальных интересов студентов в плане их устремлений в освоении программы медицинского образования. При этом рекомендуется дополнить основной курс «специальными модулями обучения» с углубленным освоением интересующих программ.

Новая программа была представлена в медицинских школах в 1997/1998 учебном году и послужила основанием для проведения специального исследования, направленного на изучение степени интереса к обучению спортивной медицине в студенческих медицинских школах, а также анализ качества преподавания данной дисциплины.

Как показал проведенный анализ (из 30 экземпляров анкет 26 были заполнены и возвращены, что составило 87%), в 7 школах спортивную медицину преподавали в формальном контексте – в рамках основного курса обучения, а в 6 школах спортивная медицина была предложена как дополнительный курс. В различных школах соотношение студентов, изучающих спортивную медицину, колебалось от 10 до 100%. При этом в 12 школах преподавание спортивной медицины оценивалось в разных формах (письменный экзамен, курсовая работа, представленный случай, без формальной оценки).

На вопрос о том, какие специалисты способны преподавать спортивную медицину, были получены следующие ответы: консультант по катастрофам и непредвиденным ситуациям, практикующий врач, хирург-ортопед и ревматолог были упомянуты однажды, а консультант по спортивной медицине – трижды. Из неклиницистов были названы лектор по анатомии, специалист по физиологии упражнений и биохимик.

Что касается получения студентами дальнейшего образования в области спортивной медицины, то здесь два университета смогли предложить студентам получение дополнительной степени специалиста в области спортивной медицины, десять учебных заведений располагали возможностью предложить только электив, а семь сообщили, что для заинтересованных лиц они могут предоставить возможность дополнительно посетить клиники спортивной медицины. Только две школы сообщили, что их университеты уже присваивали высшую исследовательскую степень (MD/DM/PhM) врачам по этой специальности.

На вопрос «Планируется ли обучение студентов спортивной медицине в течение следующих пяти лет?» университеты, где на сегодняшний день спортивная медицина не преподавалась, ответили следующим образом: 5 – утвердительно, 9 – отрицательно, ссылаясь на отсутствие площадей и времени для постоянного осуществления данной программы. В четырех же университетах заявили, что спортивная медицина в достаточном объеме преподается в процессе нормального обучения, и один университет посчитал, что для реализации этой идеи в дальнейшем не располагает высококвалифицированным преподавательским составом.

Таким образом, несмотря на то, что спортивная медицина – дисциплина относительно новая и данная специальность еще не получила официального признания, согласно результатам проведенного анализа, она формально или неформально преподается в 13 из 26 медицинских школ, отозвавшихся на разосланную анкету. Еще пять школ планируют ввести обучение по спортивной медицине в течение ближайших пяти лет. Если Межколлегиальный Академический Совет одобрит это и в пятилетний срок две трети школ введут обучение по спортивной медицине, то будущее этой дисциплины внушает оптимизм.

Нельзя не отметить также, что почти все преподающие спортивную медицину имеют определенную форму оценки, – это говорит о серьезном отношении к предмету.

Относительно студентов-медиков следует считать, что они стремятся к более глубокому изучению спортивной медицины, приветствуют последние достижения и даже предлагают ввести специальное образование в этой области. Абсолютно идентично думают и практикующие врачи, в частности, как показывают последние исследования, 72% из них считают свою подготовку в области спортивной медицины неадекватной, 76% предпочли бы получить более глубокий запас знаний, а 36% чувствуют, что их подготовка по ортопедии недостаточна при оказании первой помощи.

МАССМ надеется, что развитие постдипломных образовательных программ по спортивной медицине будет способствовать осознанию университетами важности преподавания специальных учебных модулей или элективов по спортивной медицине.

Спортивная медицина должна стать составной частью общей программы обучения во всех медицинских школах. Открытым остается только вопрос о подготовке преподавательских кадров.

На сегодняшний день в Лондонском университете разработана программа дистанционной подготовки спортивных врачей на уровне магистра наук (Master of Science). Она имеет модульную структуру, включающую образовательный компонент в виде 8 изучаемых модулей, посещение 3 периодов клинической резидентуры, клиническую практику по спортивной медицине в крупных спортивных центрах и итоговый практический экзамен.

Образовательный компонент предполагает использование учебных материалов, аудио- и видеозаписей и подготовку трех письменных работ, оцениваемых куратором. Каждый блок знаний должен быть аккредитован Национальной Аккредитационной Комиссией.

Резиденционный компонент. Дистанционное обучение дополняется очным участием в клинических семинарах, которые проводятся на базе университета по выходным. Это позволяет участникам демонстрировать на практике под контролем эксперта приобретаемые навыки. Семинары охватывают следующие блоки:

1 – Позвоночный столб (биомеханика и клинический осмотр);

2 – Область верхних конечностей (биомеханика и клинический осмотр);

3 – Область нижних конечностей (биомеханика и клинический осмотр);

4 – Физиология упражнений в практике спортивного терапевта;

5 – Скорая медицинская помощь;

- 6 – Техники спортивного массажа;
- 7 – Накладывание шин и повязок;
- 8 – Психология спортивной травмы;
- 9 – Работа тренера и ее отношение к спортивной медицине.

Студентам также необходимо посещать еженедельные клинические консультации в центре, утвержденном Университетом. Это обеспечивает возможность наблюдения за пациентом и работы с ним в профессиональном центре под руководством преподавателя при участии спортсменов, тренеров и коллег. В ходе данных встреч усваиваются клинические навыки, углубляется понятие о направлениях спортивных исследований, а также о работе тренера в ее отношении к спортивной медицине. В число утвержденных для прохождения резидентуры центров входят Manchester United FC, Blackburn Rovers FC, Crystal Palace National Sports Center, Addenbrookes Hospital (Cambridge), Lilleshal National Sports Center.

Научный компонент. После успешного завершения программы для получения Postgraduate Diploma студентам предоставляется возможность продолжения обучения с целью присуждения степени магистра наук (Master of Science) в области спорта и спортивной медицины. Для этого они должны подготовить диссертацию объемом не менее 10 000–15 000 слов. Средняя продолжительность периода работы над диссертацией составляет 12–18 месяцев с момента утверждения темы научным руководителем.

Основные образовательные модули программы и их содержание представлены в табл. 11.

Изучение каждого модуля занимает, в среднем, 8–10 часов в неделю. Однако эти цифры могут варьироваться в зависимости от индивидуальной направленности врача. Предполагаемое время, необходимое для полноценного освоения каждого модуля, составляет 3 месяца, что дает возможность окончить теоретическое изучение в течение двух лет. Практика показывает, что максимально возможная продолжительность обучения составляет 4 года, для получения степени магистра наук – 5 лет.

Таблица 11

Основные образовательные модули и их содержание

Модуль	Содержание
Общие вопросы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Упражнения, здоровье и медицина. 2. Влияние окружающей среды: высота над уровнем моря и давление; переохлаждение и перегревание. 3. Скорая медицинская медицина. 4. Командный врач.
Функциональная анатомия (Тело в движении)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кости и суставы. 2. Мышцы и сухожилия. 3. Позвоночник. 4. Суставы и мышцы плеча. 5. Область локтя и кисти. 6. Передняя брюшная стенка. 7. Кости таза. 8. Мышцы бедра и таза. 9. Работа мышц и движения бедра. 10. Коленный сустав. 11. Голень и лодыжка. 12. Ступня. 13. Синдромы сдавления нервов. 14. Введение в биомеханику.
Прикладная биомеханика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стабильность суставов. 2. Мышечная работа. 3. Кинетическая «цепочка». 4. Движение. 5. Удары и толчки. 6. Дизайн обуви. 7. Мышечные воздействия. 8. Механизмы ходьбы. 9. Броски, толчки, натяжения, удары. 10. Одиночные смещения суставов. 11. Биомеханические принципы мобилизирующего массажа. 12. Фиксация.
Физиология упражнений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мышцы и упражнения. 2. Энергетика. 3. Ответная реакция организма на нагрузки. 4. Адаптация организма к нагрузкам. 5. Питание. 6. Тренировки. 7. Тестирование при помощи упражнений. 8. Факторы окружающей среды.

Модуль	Содержание
Спортивное мышление	<ol style="list-style-type: none"> 1. Индивидуальность спортсмена. 2. Мотивация. 3. Причинная компетентность в спорте. 4. Стрессы и беспокойства в спорте. 5. Психология травмы. 6. Психологическая подготовка спортсмена.
Допинг, лекарственные препараты, этика и закон	<ol style="list-style-type: none"> 1. История и понятие о допинге. 2. Спортсмены и лекарства. 3. Ответственность. 4. Процедура проведения допинг-контроля. 5. Этические противоречия. 6. Закон и спортивная медицина. 7. Спорт и общество. 8. Спортивное администрирование.
Спортивные травмы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Причины и типы травм различных звеньев опорно-двигательного аппарата: <ul style="list-style-type: none"> – ступня и лодыжка; – икра и голень; – колено, бедро; – паховая область; – голова; – поясничный отдел; – плечо; – локоть; – запястье и кисть. 2. Специфические травмы, характерные для спорта.
Реабилитация	<ol style="list-style-type: none"> 1. Природа коллагеновых тканей и механические травмы. 2. Описание травмы. 3. Психология травмы. 4. Принципы лечения. 5. Реабилитационная команда. 6. Реабилитация спортсменов при наиболее часто встречающихся травмах различных областей тела. 7. Реабилитация в случае нарушений в состоянии здоровья.

Финляндия

В Финляндии до 1998 года образовательная программа в области медицины, курирующей спорт и физические нагрузки, длилась 6 лет, но после серьезной реорганизации медицинских специальностей в 1998 г. срок обучения был сокращен до 5 лет. Это может показаться шагом назад, но, учитывая, что в период реорганизации 1998 года 50% медицинских специальностей были упразднены, 5-летний курс обучения стал большой победой спортивной медицины в Финляндии.

После 6-летнего обучения в медицинской школе резиденты, изучающие спортивную медицину, осваивают дополнительную специальную программу еще в течение 5 лет. Резидентура предоставляет 8 мест; ее программа предусматривает 1 год общей подготовки (лечащего врача в общественных центрах неотложной помощи) и 4 года специальной подготовки. Полная программа образования основана на общей практике: в Финляндии специалисты в области спортивной медицины не подразделяются на таковых в области ортопедической хирургии (или какой-либо другой специальности), хотя год-полтора специальной подготовки все же отводится на две из следующего списка специальностей: хирургия, ортопедия и травматология, физиотерапия и реабилитация, внутренние болезни (включая ревматологию), клиническая физиология, клиническая химия, педиатрия, неврология или радиология. Оставшиеся 2,5–3 года специальной подготовки – это резидентура по выбранной специальности. Места резидентуры распределены в 6 перечисленных выше исследовательских центрах спортивной медицины. В период подготовки резиденты участвуют в практической работе, и, кроме этого, им предоставляется широкий выбор курсов и симпозиумов по спортивной медицине, где они выступают и в роли слушателей, и в роли докладчиков. Предусмотрено и обязательное участие в исследовательской работе. Ее результаты либо в период учебы, либо после окончания резидентуры публикуют в академических тезисах.

Подготовка по выбранной специальности завершается национальным экзаменом, включающим изучение 7 книг, а также трех последних, отобранных для обзора, томов журналов по общей и спортивной медицине.

Австралия

В Австралии принята британская система высшего образования. Три-четыре года студент учится на первой ступени университета, получает диплом бакалавра, затем идет обучение в магистратуре, где начинается узкоспециализированное образование. В магистратуре можно учиться от одного года до трех. Желаящие продолжить карьеру идут в докторантуру.

В Австралии академические стандарты высоки. Помимо обязательных учебных часов, требуется самостоятельная дополнительная работа в лабораториях и библиотеках, что предполагает самоорганизацию и высокую степень мотивации студента. Учебная нагрузка, особенно письменные задания, семинары и консультации с преподавателями играют важную роль в процессе обучения. Лекции, семинары и лабораторные работы расписываются по неделям, и их посещение является обязательным. От студента требуется активное участие в дискуссиях, экспериментах, практических работах, работе с документами и других видах деятельности.

Студенты должны прослушать как минимум 3–4 предмета в семестр. Дневная форма обучения является необходимым условием для получения студенческой визы. Каждый семестр состоит из 13–14 недель, в зависимости от конкретного факультета. Курс лекций по каждому предмету длится от 39 до 48 часов. В некоторых университетах существуют недельные каникулы перед началом каждого экзаменационного периода.

Описанные ниже программы признаны в Австралии и Новой Зеландии как специализированные для подготовки по спортивной медицине и физиотерапии. Хотя правительствен-

ное подтверждение спортивной медицины как отдельной медицинской специальности в Австралии в области общественно-научного знания еще ожидается. В Новой Зеландии спортивная медицина признана как отдельная дисциплина.

Прежде всего, термин «спортивный врач» используется применительно к членам Австралийских Колледжей Спортивных Врачей (АКСВ), а термин «спортивный врач-практик» – к другим врачам с данной квалификацией, например Мастера в области спортивной медицины или имеющим Диплом спортивной медицины.

Для того чтобы потенциальный претендент был допущен к 1-му этапу экзамена в колледже, необходимы первые три года интернатуры или госпитальной резидентуры и опыт оказания скорой медицинской помощи. Этот экзамен состоит из трехчасового тестового опроса, включающего вопросы по физиологии, анатомии, фармакологии и патологии. Это специфический тест колледжа, но он получил гранд от Королевского (государственного) австралийского колледжа терапевтов и Королевского (государственного) колледжа хирургов.

Успешная сдача такого экзамена дает возможность начать заниматься по Программе обучения АКСВ. Все обучение осуществляется АКСВ и другими специализированными колледжами по приглашению этой Корпорации и продолжается по меньшей мере 4 года. Требования к каждому зарегистрированному в качестве обучающегося в области спортивной медицины очень серьезны и скрупулезны. В рамках данной программы он должен представить каждому из контролирующих его специалистов подтверждение, свидетельствующее о:

- приобретении определенного клинического опыта, полученного в процессе осуществления исследовательских проектов;
- публикации в качестве первоисточника статей в международном журнале;
- индивидуальном обучении в объеме не менее 2 часов в неделю;

– наблюдении за командой в условиях соревнований высокого уровня;

– представлении для обозрения оригинальной работы на ежегодную конференцию.

Должна быть также включена Программа, разработанная АКСВ.

Предложенное обучение предполагает «электив» по спортивной медицине в течение 1-го года, который, однако, может быть зачтен как 4-й год обучения, но все запросы должны быть представлены для получения гранда от АКСВ.

На третьем году обучения проводится экзамен, включающий в себя два трехчасовых опроса в письменной форме (задание состоит из тестовых и коротких нетестовых вопросов), за которыми следует устный экзамен. Он предполагает полный разбор случая с настоящим пациентом, а также устный опрос с использованием рентгенограмм, сканограмм костей, функциональных легочных тестов, ЭКГ, оснащения, такого как ортопедические аппараты, протезы, велосипеды, теннисные ракетки, обувь. До вступления в Корпорацию кандидаты должны пройти все этапы этого экзамена и завершить 4-й год электива.

Университет The New South Wales является одним из старейших университетов Австралии. С 1994 года в нем ведется постдипломная подготовка специалистов по спортивной медицине. Этот курс разработан членами Департамента высшего медицинского образования Австралии.

Данная программа рассчитана на практикующих терапевтов и реабилитологов (физиотерапевтов) и направлена на повышение их квалификации в области медико-биологического обслуживания спортсменов. Она развивает навыки работы в спортивных командах, повышает качество деятельности, направленной на улучшение состояния здоровья спортсменов и повышение их спортивной подготовленности.

Подготовка по спортивной медицине ведется на трех уровнях:

- Сертификат по спортивной медицине (Graduate Certificate in Sports Medicine);
- Диплом по спортивной медицине (Graduate Diploma in Sports Medicine);
- Магистр по спортивной медицине (Master of Sports Medicine).

Особенностью этой программы является лежащая в основе ее построения преемственность в обучении: перейти на следующий уровень можно, лишь успешно освоив предыдущий. С другой стороны, содержательная сторона программы предусматривает желание специалистов остановить свое обучение по достижении определенного уровня.

Помимо прохождения теоретической программы, студентам необходимо иметь опыт клинической практики по каждой изучаемой дисциплине (не менее 20 часов). В практику входит клиническое ведение пациента и описание истории болезни (не менее 1000 слов).

Необходимым условием для зачисления на низший уровень (а соответственно, и на последующие) является наличие степени Бакалавра в области физической реабилитации (физиотерапии).

Для получения Graduate Certificate in Sports Medicine студенты должны освоить 2 дисциплины в объеме, указанном в табл. 12.

Продолжительность обучения для получения Graduate Certificate in Sports Medicine составляет от 1 года (при условии, что изучается 2 курса в 1 семестр) до 2 лет (если изучается 1 курс в 1 семестр).

Для получения Graduate Diploma in Sports Medicine продолжительность обучения, также в зависимости от количества изучаемых курсов в течение 1 семестра, составляет 2 года (2 предмета в 1 семестр) или 4 года (1 предмет в 1 семестр). На данном этапе студент обязан приобрести знания, умения и навыки в объеме, указанном в табл. 13.

Таким образом, в течение первого года/двух лет студенты изучают всего 2 научные дисциплины, разделенные

Таблица 12

Содержание дисциплин для получения Сертификата

Дисциплина	Содержание
Спортивная травматология 1	Анатомия, диагностика и лечение спортивных травм верхних конечностей, головы, лица, шеи и торса.
Спортивная травматология 2	Структура и функции мягких тканей. Анатомия, диагностика и лечение спортивных травм таза, крестца, бедра, колена, лодыжки, стопы.
Лечебная физкультура 1	Физиологические основы и роль аэробики в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и реабилитации людей, страдающих этими заболеваниями.
Лечебная физкультура 2	Температурная регуляция и гипертермия. Респираторная функция и одышка. Аквааэробика. Эффект упражнений на высоте. Женский спорт. Детская спортивная медицина.

Таблица 13

Содержание дисциплин для получения Диплома

Дисциплина	Содержание
Спортивная травматология 1	Анатомия, диагностика и лечение спортивных травм верхних конечностей, головы, лица, шеи и торса.
Спортивная травматология 2	Структура и функции мягких тканей. Анатомия, диагностика и лечение спортивных травм таза, крестца, бедра, колена, лодыжки, стопы.
Лечебная физкультура 1	Физиологические основы и роль аэробики в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и реабилитации людей, страдающих этими заболеваниями.
Лечебная физкультура 2	Температурная регуляция и гипертермия. Респираторная функция и одышка. Аквааэробика. Эффект упражнений на высоте. Женский спорт. Детская спортивная медицина.
Теория спорта	Структура и функциональные характеристики мышц. Нейромышечная функция. Развитие силы, быстроты, мощности и выносливости. Метаболический и гормональный эффект упражнений. Тестирование уровня физической подготовленности.
Прикладная спортивная медицина	Профилактика травм. Реабилитация. Ревматологические аспекты. Обслуживание спортивной команды. Законодательные основы спортивной медицины.

Дисциплина	Содержание
Спортивная диетология / спортивная фармакология	Особенности питания спортсменов. Нарушения пищеварения у спортсменов. Фармакокинетика. Использование в атлетике стимуляторов.
Спортивная психология / клиническая биомеханика	Благоприятное влияние физических упражнений на частоту нарушений стабильности психологического состояния. Тревога и нервозность в период соревнований. Командное единство и групповая поддержка. Мотивация и взаимная вежливость в спорте. Психологические аспекты получения спортсменом травм. Проблемы, связанные с массой тела. Применение принципов биомеханики суставов в спортивной деятельности.

на 2 цикла с целью углубления и усовершенствования полученных знаний.

В учебном процессе студенты не ограничены жесткими временными рамками. Курс считается пройденным, если студент по его окончании овладел необходимыми знаниями, умениями и навыками в полном объеме, предусмотренном программой. Степень готовности студента приступить к обучению на последующем уровне или работать на основании полученного Диплома выявляется в ходе выпускного клинического экзамена, который проводится после теоретического изучения предлагаемых дисциплин и прохождения практики. При удовлетворительной сдаче экзамена студент получает рекомендации для выдачи ему Graduate Diploma in Sports Medicine.

Успешная сдача этого экзамена свидетельствует и о том, что специалист обладает достаточными теоретическими и практическими знаниями, позволяющими ему на должном уровне продолжить свое обучение для получения степени Магистра в области спортивной медицины (Master of Sports Medicine).

Для получения Диплома магистра в области спортивной медицины студенту необходимо, помимо полученных ранее

знаний, владеть информацией о современных методах исследовательской работы в области медико-биологического обеспечения спорта (биостатистика, принципы построения исследования, подготовка и оформление исследовательского проекта).

Исследовательский проект (диссертация), на выполнение которого выделяется 14 недель, является необходимым условием для студентов, претендующих на звание Магистра в области спортивной медицины.

Специалисты, прошедшие курс подготовки по рассмотренным программам, имеют возможность вести профилактическую деятельность в спортивных организациях, клубах, а также широко востребованы в качестве спортивных терапевтов, занимающихся обслуживанием как отдельных спортсменов, так и спортивных команд.

Кроме того, имеют место дистанционные курсы повышения квалификации уже практикующих спортивных терапевтов, по окончании которых слушателям выдается Сертификат о повышении квалификации в области спортивной медицины. Курс был предложен для аккредитации Королевским (государственным) Австралийским колледжем врачей общей практики (КАКВОП) и предназначен для повышения мастерства врачей общей практики в области спортивной медицины.

Получение Сертификата предполагает платный курс обучения, состоящий из трех блоков. Модули включают научную основу спортивной медицины – анатомию, физиологию, питание, ее специальные аспекты – повреждения мягких тканей, фармакологические препараты в спорте, скрининг, стоматологические проблемы, а также клиническое лечение повреждений, их диагностика.

Три блока – это 74 контактных часа обучения и 80 часов практических занятий. Обучение проводится в маленьких группах с использованием лекций, разбора случаев, видеокассет, клинических программ. Занятия ведут практикующие врачи, ортопеды, специалисты в области опорно-двигательного аппарата и спортивной медицины. Кандидаты посещают клиники, операционные, реабилитационные центры.

Оценка их знаний осуществляется на основании выдаваемых на дом экзаменационных форм, а также исходя из практической и исследовательской деятельности.

Университет Нового Южного Уэльса (УНЮУ) в Сиднее предлагает и три платных курса заочного обучения по спортивной медицине. Они доступны для выпускников-медиков по всему миру. Полученный после выпуска Сертификат по спортивной медицине включает 4 предмета: спортивные травмы (2 раздела), медицинское применение физических нагрузок (2 раздела). Их изучение рассчитано на 1–2 года.

Новая Зеландия

Спортивная медицина и реабилитация в стране признаны как отдельные дисциплины. Проанализированные нами программы и курсы обучения разработаны и проводятся в Университете Отаго, старейшем из новозеландских университетов, ведущем наиболее полную и профессиональную подготовку и переподготовку специалистов в области спортивной медицины.

В области спортивной медицины подготовка осуществляется на уровне Магистра в области спортивной медицины (PGDipSportMed). По окончании обучения по этой программе студенты получают соответствующий Диплом Магистра в области спортивной медицины.

Данная программа представляет собой годичный курс обучения, составленный для выпускников вузов, имеющих одну из следующих специальностей: «Медицина», «Физиотерапия», «Физическая культура», «Диетология», «Фармация». Несмотря на то, что спортивная медицина может составлять значительную часть их практической деятельности, большинство выпускников имеют минимальную или же чисто формальную подготовку в этой области.

Настоящий план отражает междисциплинарную сущность спортивной медицины и предоставляет возможность пройти клиническую и академическую подготовку в ведущих медицинских учреждениях Новой Зеландии, в числе которых

Дунединская школа медицины, Православная Школа Медицины и Здравоохранения, Веллингтонская Школа Медицины и Здравоохранения, Школа Физической Культуры, Школа Физиотерапии и Факультет Диетологии.

Для зачисления в число слушателей специалист должен:

а) иметь диплом по специальностям «Медицина», «Физиотерапия», «Физическая культура» или «Диетология»;

б) иметь опыт работы или работать в период обучения в интересующей области;

в) представить подтверждение (рекомендацию) его способности обучаться на академических курсах продвинутого уровня.

Для получения Диплома Аспиранта в области спортивной медицины студент должен пройти цикл дисциплин, представленный в таблице 14.

Таблица 14

Цикл дисциплин для получения диплома аспиранта

Дисциплина	Содержание	Кредиты	Семестр
Навыки спортивной медицины	Основные концепты комплексного изучения спортивной медицины, включающие анатомию, физиологию, диетологию и биомеханику.	10	1-й семестр
<p>Далее приводятся дисциплины, при изучении которых студент имеет возможность самостоятельно подобрать для себя их перечень. Единственное и необходимое условие: общая продолжительность избранных им предметов не должна быть менее 40 кредитных часов.</p>			
Медицинские аспекты физических нагрузок	Наблюдение и уход за пациентами, имеющими отношение к спорту и восстановительной двигательной активности.	5	1-й семестр
Спортивная диетология	Влияние питания на способность человека вести спортивную деятельность.	10	2-й семестр
Здоровье и достижения А	Контроль за лицами, ведущими активный образ жизни и страдающими астмой, диабетом и эпилепсией.	5	1-й семестр

Продолжение табл. 14

Дисциплина	Содержание	Кредиты	Семестр
Здоровье и достижения В	Физические, психологические и социальные потребности особых групп лиц в спорте и восстановительных двигательных мероприятиях, включая детей и подростков, занимающихся спортом, пожилых спортсменов, женщин-спортсменок, а также спортсменов-инвалидов.	5	2-й семестр
Спортивная физиотерапия	Современная физиотерапевтическая практика, направленная на предотвращение и лечение травм.	10	1-й семестр
Спортивный травматизм-1	Наблюдение и контроль за деятельностью спортсменов (особое внимание уделяется профилактике и лечению травм нижних конечностей).	5	1-й семестр
Спортивный травматизм 2	Наблюдение и контроль за деятельностью спортсменов (особое внимание уделяется профилактике и лечению травм верхних конечностей).	5	2-й семестр
Женщины в спорте	Специфика обслуживания женщин, ведущих активный образ жизни (начиная от активного отдыха и заканчивая спортом высших достижений).	10	1-й семестр
Спортивная эргономика	Взаимодействие между спортсменом и его окружением. Влияние окружающей обстановки на механизмы получения травм и их профилактику, включая взаимодействие с остальными участниками соревнований, а также качество спортивного покрытия и используемое оборудование и экипировка	10	1-й семестр
Показания для использования упражнений	Установление связей между физической активностью и здоровьем, обеспечиваемое междисциплинарным сотрудничеством. Установление ситуаций, при которых необходима скорая медицинская помощь в соответствии с современными требованиями	10	2-й семестр

Турция

В Турции первые ординатуры по спортивной медицине были организованы в 1973 г. Курс обучения в них рассчитан на 2 года, в течение которых выпускник проходит обучение по 11 предметам, имеющим отношение к спортивной медицине. За десятилетие (1973–1983 гг.) эту учебную программу прошли пять специалистов в области спортивной медицины. За период 1981–1989 гг. программу обучения спортивной медицине было разрешено пройти только хирургам-ортопедам, физиотерапевтам и физиологам. В 1989 г. Министерство здравоохранения Турции признало спортивную медицину как медицинскую специальность и увеличило продолжительность обучения до 3 лет. Количество предметов было снижено до 4 (табл. 15). После окончания 3-летнего курса обучения и сдачи экзаменов Министерство здравоохранения присваивает выпускникам звание специалиста по спортивной медицине. Кроме того, согласно законодательству, хирургам-ортопедам и физиологам предоставляется возможность пройти годичный курс обучения узкой специальности в области спортивной медицины.

За последние 10 лет количество отделений по спортивной медицине в медицинских школах возросло до 15. Только этим отделениям разрешается проводить курсы обучения выпускников в области спортивной медицины. В год предоставляется от трех до пяти мест в ординатуре.

В настоящее время курс обучения рассчитан на подготовку знающих специалистов, способных решать проблемы

Таблица 15

**Курс обучения по специальности «Спортивная медицина»,
введенный в 1989 г.**

Дисциплина	Продолжительность обучения
Спортивная медицина	20 месяцев
Кардиология	6 месяцев
Ортопедия	10 месяцев
Физиотерапия и реабилитация	6 месяцев

общего здоровья и реабилитации спортсменов, а также оказывать им срочную медицинскую помощь. Ввиду общей неудовлетворенности программой обучения Турецкое общество спортивных врачей и Координационный совет обществ врачей-специалистов в настоящее время готовят новый проект программы обучения, согласно которой курс обучения увеличивается до 4 лет и добавлены две новые дисциплины по спортивной медицине (табл. 16). Продолжительность курса обучения узкой специальности для хирургов-ортопедов и физиологов увеличивается до двух лет.

Таблица 16

**Планируемый курс обучения по специальности
«Спортивная медицина» (Турецкое общество спортивных врачей)**

Дисциплина	Продолжительность обучения
Спортивная медицина	26 месяцев
Кардиология	4 месяца
Ортопедия	6 месяцев
Физиология	6 месяцев
Физиотерапия и реабилитация	6 месяцев

Но пока выпускники этих ординатур по спортивной медицине вынуждены работать в областях, никак не связанных с полученной квалификацией, из-за отсутствия соответствующей инфраструктуры. Некоторые из них выбирают преподавательскую и научную деятельность в университетах, другие идут работать в частные медицинские учреждения, здравпункты под эгидой Генерального управления по делам спорта и молодежи, а также в спортивные команды.

Раздел III.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА РУБЕЖОМ

3.1. Организация служб медико-биологического обеспечения спорта за рубежом

США и Канада

В США и Канаде отдельные независимые команды спортивных врачей существуют практически при каждом крупном медицинском учреждении, а также при крупнейших высших медицинских учебных заведениях и имеют практически однотипную структуру. Так, например, команда спортивных терапевтов в *Госпитале университета Айова (University of Iowa Health Care)* состоит из физиотерапевтов, их ассистентов, а также врачей-реабилитологов.

Помимо постоянного наблюдения за общим состоянием спортсменов проводятся радиологические обследования для немедленного лечения поврежденных тканей. Члены коллектива поддерживают свою компетентность на высоком уровне, участвуя в профессиональных симпозиумах, ежегодных конференциях разного масштаба.

Команда спортивных медиков Госпиталя университета Айова специализируется в лечении нарушений ортопедического характера конечностей и спинного отдела. В их числе:

- мышечные растяжения;
- растяжения связок и суставов;
- менисковые повреждения;
- множественные злокачественные повреждения;

- бурситы;
- до- и послеоперационная реабилитация суставов и связок;
- переломы;
- ампутации;
- артриты.

Лечение проходит с использованием новейших технологических разработок, включая электростимуляцию, компьютерное тестирование / тренировка силы, лечебная аквааэробика. Также используются методики мануальной терапии.

Отделение спортивной медицины *Общего Госпиталя Массачусетса (Massachusetts General Hospital)* специализируется на оценке состояния, лечении и реабилитации травмированных спортсменов профессионального, любительского и элитного спорта.

В задачи отделения входит:

- обеспечение всеобъемлющего обслуживания с позиций оценки, лечения и реабилитации спортивных травм;
- пропаганда роли физических упражнений и занятий спортом для здорового организма;
- образовательная деятельность по обучению физиотерапевтов, ординаторов, начинающих спортивных врачей, студентов медицинских факультетов методам диагностики и управления спортивными травмами;
- исследование путей предотвращения спортивного травматизма;
- развитие методик лечения спортивных травм;
- проведение исследований в области биомеханики и биологии мышечно-скелетных тканей.

Терапевты и физиотерапевты отделения признаны не только в городе, но и в масштабах страны благодаря их профессионализму в области проведения экспертных оценок и управления спортивными травмами. Особой областью профессиональных интересов являются травмы плеча, колена и лодыжки. Благодаря тесному взаимодействию с хирургами Общего Госпиталя Массачусетса развиваются практические навыки в области артроскопической хирургии, восстановления и реабилитации травмированных отделов плеча и колена.

Центр спортивной медицины *Ферманского университета*, имеющий в своем распоряжении 2 кампуса, оснащен оборудованием в соответствии с современными требованиями и имеет высококвалифицированный персонал различных специализаций. Центр оказывает широкий спектр услуг в области спортивной реабилитации, физиотерапии, а также спортивной подготовки как студентам университета, спортивным организациям, так и отдельным лицам, занимающимся спортом.

С 1998 г. факультет спортивной медицины университета, благодаря поддержке Гринвильского медицинского общества и других заинтересованных организаций, содействует развитию и совершенствованию университетских команд по футболу, баскетболу и волейболу.

Центр предлагает следующие услуги:

- обслуживание спортивных мероприятий;
- профессиональное консультирование по вопросам спортивной медицины и спортивной реабилитации;
- клиническое обучение и интернатура;
- спортивная терапия;
- спортивное биопротезирование;
- лечение травм опорно-двигательного аппарата;
- реабилитация пациентов с травмами спинного отдела позвоночника;
- водно-физкультурная терапия;
- лечебный массаж.

Общество спортивной медицины Penn State Orthopaedics (Пенсильвания) предоставляет врачам-ординаторам возможность участвовать в обслуживании спортсменов различного ранга. Программа обслуживания включает услуги ортопедов, первую помощь спортивных терапевтов, совместные разработки спортивных медиков и тренеров.

4-месячная работа ординатора состоит из изучения принципов оценки и лечения широкого спектра спортивных травм, участия в консервативном лечении пациентов, хирургическом вмешательстве (когда это необходимо) и послеоперационной реабилитации.

Общество обслуживает Американскую хоккейную лигу, а также профессиональные футбольные команды. Кроме того, медицинские услуги оказываются ряду высших учебных заведений, позволяя ординаторам развивать практические навыки медицинского обеспечения спортивных мероприятий и работы в качестве командного врача.

В дополнение к пациентам с травмами, полученными в ходе занятий физической культурой и спортом, члены Общества занимаются обслуживанием частных лиц с комплексной патологией плеча.

Отделение спортивной медицины *Франкфордского госпиталя (FSMT)* – одно из авторитетнейших на территории Филадельфии. Специалисты команды спортивных врачей оказывают услуги как образовательного, так и медицинского характера спортсменам любого вида спорта и любого уровня – от профессионалов элитного спорта до спортсменов-любителей.

Отделение спортивной медицины в числе прочих услуг проводит оценку спортивных мероприятий и тренировочного процесса. Путем постоянного наблюдения за спортсменами и консультирования специалисты отделения помогают тренерам и самим атлетам в разработке программ тренировочного цикла, одновременно проводя клиническую диагностику и оценку.

Клинические и образовательные компоненты деятельности включают в себя:

- программы спортивного образования. В дополнение к высококачественному медицинскому обслуживанию FSMT предлагает разнообразные спортивно-образовательные программы для тренеров и инструкторов спортивных школ и спортивных организаций, направленные на повышение качества подготовки к спортивному сезону. Программы разрабатываются инструкторами по лечебной физической культуре и специалистами экстренной медицины и охватывают такие направления, как влияние питания на занятия физической культурой и спортом, техника безопасности при занятиях спортом, спортивная психология и спортивная травматология;

- предсезонные курсы повышения квалификации для спортсменов и тренеров. Семинары включают предсезонную физическую подготовку, особенности спортивного питания в этот период, консультирование по вопросам использования отдельных упражнений в определенных видах спорта;
- обслуживание спортивных мероприятий. Команда спортивных терапевтов, включая специалистов экстренной медицинской помощи, терапевтов и спортивных тренеров, имеет возможность обеспечивать спортивные мероприятия, проводимые учебными заведениями или общественными организациями;
- оценка и консультирование спортивных мероприятий профессионального уровня.

Великобритания

Английский институт спорта (English Institute of Sports – EIS) – ведущая организация страны, занимающаяся вопросами теоретического и практического обеспечения спорта и спортивной медицины. В структуру организации входят 9 региональных спортивных центров, оказывающих услуги по обслуживанию спортсменов и поддерживающих ряд второстепенных организаций данного профиля.

Стратегия и характерные особенности EIS определяются потребностями национальных команд по разным видам спорта. Качество услуг во многом определяется совместной деятельностью института и сети региональных команд, уделяющих особое внимание владению всеобъемлющими знаниями и практическими навыками.

Сфера деятельности EIS охватывает науку о спорте и спортивную медицину в частности. В основе деятельности лежат такие области медицинского знания, как физиология, биомеханика, медицинское консультирование, медицинское обслуживание спортсменов, спортивная диетология, анализ спортивных достижений, спортивная психология, спортивный массаж. В настоящее время EIS обслуживает почти 2000 спортсменов.

В Англии под спортивной медициной понимается медицинское обслуживание патологий путем использования физических упражнений, а также медицинское лечение травм и болезней, полученных при занятиях физической культурой и спортом.

В области спортивной медицины EIS занимается наблюдением за спортсменами элитных команд как с позиций травматологии, так и с позиций общих болезней.

В настоящее время спортивная медицина в Англии не входит в государственную службу здравоохранения (National Health Service), в связи с чем число доступных экспертиз, которые может пройти травмированный спортсмен, ограничено. Спортивная медицина не входит во всеобщий перечень медицинских специальностей, поэтому медицинская деятельность EIS представляется уникальной.

Основной штат – общие терапевты и физиотерапевты, работающие в сфере спорта. Среди видов спорта, обслуживаемых спортивными медиками EIS, – легкая атлетика, плавание, футбол, регби, триатлон, гребля, зимние виды спорта и др.

Британский олимпийский медицинский центр (БОМЦ) представляет собой вторую ведущую организацию, занимающуюся вопросами медико-биологического обеспечения спортсменов. Это Отдел Британской олимпийской ассоциации (БОА) по делам спортивной науки и спортивной медицины. Он был организован в 1987 г. на базе больницы Норвик парк, Харроу. Этот Центр создавался с целью предоставления широкого спектра услуг спортсменам–участникам Олимпийских игр и спортсменам–кандидатам на участие в Олимпийских играх. При этом подход, принятый Центром, очень прост: использование методов мирового уровня для реализации программ мирового класса.

Центр предоставляет уникальные услуги. Применяя целостный подход и используя усилия своих комплексных групп, он может предложить олимпийским комитетам, их тренерам и спортсменам планомерную и согласованную программу подготовки. Подобный центр как «единый универ-

сальный магазин услуг» дает возможность спортсменам пользоваться всем спектром предоставляемых услуг, чтобы, работая вместе, находить оптимальные решения всех насущных проблем. Центр функционирует по основным стандартам олимпийского движения, как это определено БОА, и тесно сотрудничает с руководящими органами с целью предоставления услуг в строгом соответствии с индивидуальными запросами.

На Олимпийских играх в Сиднее в 2000 г. Центр принимал участие в работе группы поддержки не менее 26 из 53 медалистов в 6 из 11 видов спорта, где были завоеваны медали.

Группа специалистов БОМЦ включает в себя:

- физиологов с полным рабочим днем;
- профессионалов по специальной технической поддержке;
- 6 докторов (врачей) по спортивной медицине;
- физиотерапевтов, спортивных психологов;
- спортивных диетологов;
- консультирующего хирурга-ортопеда, работающего в Центре лечения спортивных травм;
- техника-ортопеда с возможностью изготовления на месте ортопедических аппаратов;
- узких специалистов (врачей-лаборантов, рентгенологов, врачей, владеющих методами компьютерной томографии и УЗИ).

Чтобы подготовить оптимальную программу поддержки олимпийских видов спорта, БОМЦ уделяет большое внимание многим проблемам. Во-первых, при участии руководящего органа разрабатывается план, определяющий основные задачи программы и методы их решения.

Назначается ведущий физиолог, работающий в тесном контакте с избранным видом спорта и являющийся первым лицом, с которым контактируют по всем вопросам, связанным с этим видом спорта. Спортивные специалисты получают от него ответы на интересующие вопросы, достигается согласованность при оформлении протоколов и в тактике поведения. Все это позволяет физиологу стать постоянным

членом группы поддержки для конкретной спортивной команды и установить с ней хорошие межличностные отношения.

Все детали программы сориентированы на ближайший спортивный сезон, для проведения лабораторных и полевых испытаний назначается соответствующее время, а также используются программы мониторинга.

Лабораторные испытания и мониторинг необходимы для подтверждения объективных критериев и осуществления регулярных проверок. Везде, где это возможно, используется специальная спортивная эргометрия. Для получения согласованных результатов при каждом испытании (и повторном в том числе) применяют одни и те же протоколы, оборудование и персонал.

Это позволяет Центру собрать ценную базовую информацию о спортсменах, проследить за динамикой их спортивных результатов, проанализировать степень эффективности используемых тренировочных программ (планов) или составить график возвращения спортсмена в нужную форму после травмирования.

Полевые испытания и мониторинг проводят во время обычной тренировки участника соревнований и/или в процессе соревнований, что позволяет в наибольшей степени учесть специфику того или иного вида спорта. Спортсмен получает помощь и в условиях тренировочных сборов, и, если это необходимо, непосредственно на соревнованиях. Поддержка тренировочным лагерям (базам) имеет место во всем мире – от Марлоу до Санта-Катарина в Канаде, Перт в Австралии, в Гонконге, Сьерра Невада в Испании, Кируна в Швеции и Силвретта в Австрии.

Эффективная обратная связь осуществляется в устной форме в день проведения испытаний, а также в письменном виде не позднее чем через неделю после завершения испытаний. Сведения, получаемые в результате обратной связи, преподносятся таким образом, чтобы конкретный тренер и спортсмен могли их понять. Это позволяет им использовать данную информацию в целях дальнейшего совершенствования.

ния программы тренировок. Все это также облегчит трехсторонний процесс подготовки спортсмена и тренера с участием спортивного специалиста. Осуществление обратной связи и есть один из пунктов услуг, предоставляемых группой поддержки, тесно сотрудничающей со спортсменами и тренерами.

Помимо услуг, связанных с полноценным тестированием, сотрудники Центра дают консультации по вопросам физиологии и оказывают помощь в составлении программ подготовки спортсмена. И тренер, и спортсмен должны знать, какова максимальная польза от предоставляемых услуг.

Одним из нововведений Центра является создание отдела по прикладным исследованиям. Его функции – находить ответы на специфические вопросы, задаваемые руководящими органами, а также искать пути решения проблем, возникающих у лучших спортсменов. Для этого отдел осуществляет прямое финансирование прикладных программ, проводит совместные исследования и открытые заседания комиссий. Рассматриваются и вопросы, связанные с разными видами спорта, чтобы в максимальной степени использовать результаты проведенных исследований.

Группа Центра в составе шести врачей в области спортивной медицины предоставляет самое лучшее медицинское обслуживание в стране. Все они имеют Диплом по спортивной медицине, охватывают широкий круг связанных со спортом специфических проблем и используют опыт своего участия на прошлых Олимпийских играх. Они помогают сотрудникам соответствующих отделов в руководящих органах и врачам, которые работают с большинством спортивных команд в олимпийских видах спорта. Центр располагает также штатом узких специалистов. При необходимости спортсмен может записаться на прием к любому из них и получить высококвалифицированную диагностику и лечение.

Входящие в штат физиотерапевты обладают большим опытом лечения специфических спортивных травм и работают полный рабочий день. Спортивный психолог и диетолог работают в Центре по совместительству, оказывая

помощь команде и отдельным спортсменам с учетом их потребностей. Психолог в основном специализируется на вопросах возвращения в строй после полученной травмы и, безусловно, играет для спортсменов Великобритании уникальную роль.

БОМЦ, с одной стороны, работает в тесном сотрудничестве с учреждениями, которые оказывают услуги спортсменам, и одновременно поддерживает тесные отношения с Британской научной ассоциацией по физкультуре и спорту (BASES), а также Национальным институтом по спортивной медицине в Соединенном Королевстве.

Чтобы идти в ногу со временем, Центр сотрудничает с Группой управления по спортивной физиологии в составе Британской олимпийской ассоциации, кафедра которой также выступает в роли консультанта для БОМЦ. Одновременно Центр тесно связан с Группой по регулированию питания и Консультативной Группой по спортивному питанию, где квалифицированные выпускники-диетологи и спортивные диетврачи имеют возможность получить практический опыт, работая с высококлассными спортсменами. Кроме того, БОМЦ осуществляет руководство Группой по анализу эффективности, которая в настоящее время вместе с другими уже зарекомендовавшими себя группами развивается по аналогичным направлениям. Для нее недавно был заведен журнал учета. Старейшей группой в составе Британской Олимпийской Ассоциации (БОА) является консультативная группа по физиологии.

Представители Центра входят в состав других групп БОА, таких как Консультативная группа для тренеров, рабочая группа по акклиматизации, Технический отдел БОА и т.п.

В более широком смысле – Центр следит за работой каждого Руководящего органа относительно своих услуг и программ, поддерживающих науку о спорте, а также предлагает свою консультационную помощь, предусматривающую специфические стратегии в разных видах спорта. Одним из его документов является, в частности, концепция поведения для преодоления расстройства биоритмов организма

в связи с перелетом через несколько часовых поясов в Австралию.

Одновременно сотрудники Центра принимают также участие в работе многих комитетов по спортивной науке, включая Рабочую группу по долголетию в спорте элитных спортсменов.

Финляндия

В Финляндии медицина, курирующая спорт и физические нагрузки, имеет давние традиции. Профессиональная забота о спортсменах берет свое начало с 70-х годов прошлого века. Финское Общество Спортивной Медицины было основано в 1939 г. и, возможно, является старейшим национальным обществом спортивной медицины в мире. Сегодня оно насчитывает около 500 членов (5,2 млн. населения), совместно с Финским Обществом Спортивных Терапевтов издает собственный журнал (3–4 выпуска в год), а также вместе с другими скандинавскими обществами – международный равноправный «Скандинавский Журнал Медицины и Науки в Спорте» (6 выпусков в год). Организация инструкторских курсов, семинаров и симпозиумов в области спортивной медицины – также, безусловно, важная часть работы Финского Общества. Каждые 2 года одно из скандинавских Обществ организует Международный Скандинавский Конгресс «Медицина и наука в спорте», который собирает от 300 до 600 участников. В 1998 г. этот Конгресс проходил в Финляндии.

В 1946 г. первый спортивный медицинский центр был открыт при Олимпийском стадионе в Хельсинки. В 1956 г. подобный центр открылся в Турку. Сегодня в Финляндии функционируют 6 исследовательских центров по спортивной медицине, основанных Министерством образования. В штате каждого – 5–8 сотрудников с полным рабочим днем, а также несколько частично занятых совместителей – консультирующих врачей. Задача сотрудников с полным рабочим днем – осуществлять исследовательскую работу в области спортив-

ной медицины, которая составляет приблизительно 50% их деятельности, а также предлагать медицинские услуги, тесты по оценке физического состояния спортсменов, проводить лабораторные исследования, допинг-контроль, физиотерапевтическое лечение как спортсменов-профессионалов, так и любителей (25%), следить за уровнем образования в резидентуре, организовывать симпозиумы и лекции для докторов, студентов-медиков, спортивных врачей и тренеров. Помимо этих центров, услуги по исследованию, образованию, тестированию, диагностике или лечению в области спорта предлагают Университет Jyväskylä, Исследовательский Институт Олимпийских Видов Sports и около 10 других спортивных институтов. В крупнейших городах Финляндии оперируют одна или две частные (ортопедические) клиники спортивной медицины.

В 1985 г. спортивная медицина в Финляндии была признана, наряду с хирургией, внутренними болезнями и педиатрией, полной базисной университетской специальностью. С самого начала было ясно, что это больше, чем просто работа о спортивной элите: суть новой специальности предполагает деятельность по охране здоровья общества, медицинскую заботу о людях, занимающихся физической культурой, повышение общего благополучия и здоровья населения благодаря активному образу жизни.

Сегодня в Финляндии около 40 докторов, специализирующихся в области спортивной медицины и работающих в университетах, исследовательских центрах, спортивных институтах, центрах здоровья, клиниках и Финской армии. В 1988 г. было создано общество специалистов в области спортивной медицины. В 1989 г. основана первая полная кафедра спортивной медицины. И если в 1988 г. была только одна профессорская должность, то в 2000 г. уже созданы одна или две кафедры спортивной медицины.

Спортивная медицина в Финляндии, как и в других странах, в связи с состоянием экономики сталкивалась с определенными трудностями. Основная финансовая помощь (50–60% бюджета) для 6 медицинских исследовательских

центров поступает из Министерства образования (но не из Министерства здравоохранения), поддерживая их исследовательскую деятельность и резидентуру. Однако многие виды работ осуществляются на средства, предоставляемые сферой медицинских услуг и других доходных видов деятельности в обмен на их собственное процветание.

И в заключение следует обратить внимание на одну существенную проблему. Обучаемые сейчас специалисты сталкиваются в дальнейшем с серьезными трудностями при поиске подходящей работы. Первые 40 специалистов хорошо трудоустроены, но для нового поколения ситуация, возможно, окажется не столь благоприятной. Остается надеяться, что профессиональный спорт создаст в ближайшем будущем новые рабочие места. Предполагается также получение в течение 2 лет постдипломной подготовки степени специалиста в другой области медицины, поскольку программы подготовки включают в себя ортопедическую хирургию, физиотерапию и реабилитацию, внутренние болезни (кардиологию), клиническую физиологию, радиологию, врачебную практику. Все это должно положить конец бесконечным спорам о том, кто же является «настоящим» специалистом в области спортивной медицины.

Нидерланды

В Нидерландах понятие спортивной медицины изменялось несколько раз, начиная с 1920 г., когда специфическая спортивно-медицинская деятельность отделилась от собственно медицинской деятельности. Олимпийские игры, прошедшие в Амстердаме в 1928 г., выявили начало профилактической деятельности в спортивной медицине. Был введен предсоревновательный отбор, и уже после Второй мировой войны по стране ежегодно проводилось более 300 000 предсоревновательных отборов.

В 1965 г. была создана Нидерландская ассоциация по спортивной медицине. Врачи, интересующиеся проблемами, существующими в этой области, могли посещать специали-

зированные курсы, где их вниманию предлагались общие темы, начиная с кардиологии и заканчивая физиологией и ортопедической хирургией. В сущности, это были курсы переподготовки и повышения квалификации. Продолжительность курса составляла около 40 часов.

Возможность получить полную подготовку по спортивной медицине, частично основанную на Восточно-Европейском стандарте, появилась лишь 10 лет спустя. Срок обучения составлял 4 года и состоял из 1 года клинической кардиологии, 1 года ортопедической хирургии, 1 года лечебной физической культуры в университетской лаборатории и 1 года практической деятельности в области спортивной медицины в таких организациях, как национальный футбольный центр и Олимпийский центр. Кроме того, в программу обучения входил общий 12-недельный курс социальной медицины.

Благодаря организации и высокому качеству преподавания и контроля, основы для подготовки специалистов по спортивной медицине (Stichting Opleiding Sportartsen; SOS) были заложены. В состав SOS входило несколько комитетов, контролировавших содержание образовательного процесса и административные моменты.

В 1982 г. была учреждена секция Нидерландской ассоциации по спортивной медицине, члены которой разработали теоретические положения подготовки специалистов в этой области – «Сферы деятельности специалиста по спортивной медицине» (1983). Этот документ послужил толчком для признания спортивной медицины как официальной дисциплины, относящейся к более обширной в плане охвата социальной медицине.

В 1993 г. первые дипломированные спортивные врачи начали работать по специальности в госпиталях. По их инициативе была несколько изменена сфера охвата спортивной медицины, описанная в 1983 г. Их работа носила характер больше терапевтический, нежели профилактический.

В настоящее время более 20 больниц в Нидерландах имеют (или планируют открыть в ближайшем будущем) отделы

спортивной медицины под руководством спортивного терапевта. В это число входят также 3 университетские больницы. В первую больницу специалистами ежегодно направляется около 1000 пациентов, имеющих проблемы со здоровьем, связанные со спортом. Большинство пациентов – спортсмены-любители, не занимающиеся соревновательной или профессиональной тренировочной деятельностью. Кроме этого, здесь проводится превентивное обследование на предмет пригодности для занятий специфическими видами спорта, а также в дополнение к обязательному медицинскому осмотру – медицинский отбор профессиональных спортсменов. Третий вид деятельности – обслуживание спортсменов-профессионалов элитного спорта. Все спортивно-медицинские отделения больниц в соответствии с современными технологиями хорошо оборудованы медицинской аппаратурой, предназначенной частично для диагностики, частично для контроля и обеспечения эффективности и безопасности тренировочного процесса спортсменов-профессионалов.

Австралия и Новая Зеландия

В Австралии и Новой Зеландии термин «спортивный врач» используется применительно к членам Австралийских колледжей спортивных врачей (АКСВ), а термин «спортивный врач-практик» – к другим врачам с данной квалификацией, например «Мастер спортивной медицины» или специалистам, имеющим Диплом в области спортивной медицины, а также заинтересованным в спортивной медицине.

В Австралии медицинское обеспечение спорта осуществляется большим количеством профессионалов самого разного уровня. На уровне профессионального и элитного спорта управление спортивным травматизмом осуществляется спортивными тренерами и физиотерапевтами, в области контактных видов спорта допустимо привлечение специалистов более узкого профиля. Спортсменов-любителей, а также спортивные команды более низкого уровня обслужи-

вает физиотерапевт или общий терапевт. Дополнительно к обслуживанию атлетов могут привлекаться медики, имеющие последипломное образование по спортивной медицине.

В Австралии и Новой Зеландии в перечень услуг, находящихся в сфере ведения спортивной медицины, входит:

- диагностика и лечение спортивных травм;
- диагностика и лечение отклонений в состоянии здоровья атлетов (переутомление, астма, грудные боли, гормональные нарушения у женщин-спортсменок);
- предупреждение спортивного травматизма (изменение правил, улучшение условий, использование защитной экипировки);
- разработка программ лечебной физической культуры для отдельных групп населения;
- спортивное питание при занятиях спортом;
- спортивная психология.

Общество спортивной медицины Австралии (SMA) – широкопрофильная организация, куда входят профессионалы, участвующие в процессе улучшения здоровья населения через обеспечение спортивной и восстановительной деятельности. SMA охватывает следующие сферы деятельности:

- медицинское и научное обеспечение физической культуры и спорта;
- медицинское обслуживание спортсменов и частных лиц;
- пропаганда здорового образа жизни;
- предупреждение заболеваний, связанных с недостаточной физической активностью.

Кроме того, члены SMA должны:

- действовать в соответствии с целями и задачами, указанными в Уставе Общества;
- уважать человека и его жизнь;
- стремиться к повышению качества услуг, предоставляемых SMA;
- обеспечивать беспристрастность и конфиденциальность в обслуживании спортсменов в соответствии с их потребностями;

- проявлять осмотрительность и уравновешенность в решении возможных спорных вопросов;
- обслуживать всех спортсменов, независимо от их культурных, религиозных, этнических и политических убеждений, пола, сексуальной ориентации, а также независимо от характера полученной травмы;
- своевременно информировать спортсмена о природе полученной травмы или болезненного синдрома и их возможных последствиях, причинах и предполагаемом лечении;
- быть уверенными, что спортсмен получит необходимое лечение в случае, если экспертиза, требуемая спортсменом, выходит за пределы профессиональной компетенции спортивного врача;
- постоянно повышать уровень своего профессионализма в сфере медицинского обеспечения спорта.

В Новой Зеландии, как и в других странах, физическое и психическое здоровье атлетов является ведущим фактором при проведении мероприятий, направленных на предотвращение заболеваний и травм, а также на разработку специализированных курсов лечения, способствующих более быстрому протеканию реабилитационного процесса спортсмена. Новозеландская академия спорта (New Zealand Academy of Sport) предлагает ряд услуг зарегистрированным спортсменам.

Перечень основных услуг включает в себя посещение рекомендованного терапевта, физиотерапевта или врача-ортопеда, специализирующегося на лечении заболеваний стоп. Каждый спортсмен имеет свою медицинскую карту, в которой указывается определенное количество визитов к указанным специалистам в течение года. Количество посещений определяется путем заключения индивидуального соглашения между Академией и каждой национальной спортивной организацией, желающей воспользоваться услугами специалистов Академии.

В утвержденную программу обслуживания спортсмена не включены такие услуги дополнительного характера, как хиропрактика, остеопатия, массаж. Несмотря на это, в инди-

видуальном порядке организация рассматривает возможность включения этих и других не предусмотренных услуг в программу реабилитации при условии, что спортсмен оформит дополнительное частное страхование.

Турция

В Турции, как и вообще на Ближнем Востоке, спортивная медицина как специальность развита еще недостаточно. Научный подход к спорту получил свое развитие с начала 20-го века. Подготовку в области спортивной медицины относят к 70-м годам 20-го века, однако и сегодня этой специальности приходится пробивать себе дорогу, чтобы быть признанной врачами-специалистами Турции.

Население Турции составляет 63 млн человек. Доля молодого поколения высока, из них свыше 10 млн учатся. Свыше 150 000 спортсменов зарегистрировано в 37 разных спортивных федерациях, признанных Генеральным Управлением по делам спорта и молодежи в Турции. 5560 клубов проводят занятия по различным видам спорта. Наиболее популярные – это футбол, баскетбол, атлетика, борьба и боевые искусства.

Медицинское обслуживание лучших спортсменов осуществляется одним из трех спортивных образовательных центров под эгидой Генерального Управления по делам спорта и молодежи или отделениями спортивной медицины в высших медицинских учебных заведениях. Перед участием в спортивных соревнованиях медицинский осмотр может проводиться в любом медицинском учреждении, однако стандартизация таких осмотров отсутствует.

Примерно 39,9 млн людей (65% населения) застрахованы на случай болезни, 21,4 миллиона (35%) – не застрахованы. Бесплатное медицинское обслуживание предоставляется только лучшим спортсменам. Спортсмены-любители сами оплачивают свое медицинское обслуживание. В связи с этим атлеты, имеющие проблемы со здоровьем в конкретных видах спорта, не получают регулярного медицинского обслу-

живания со стороны компетентных спортивно-медицинских учреждений. Даже непосредственно перед соревнованиями медицинский осмотр зачастую не проводится.

Потребность во врачах, специализирующихся в области спортивной медицины, очень велика, но проблема заключается в отсутствии специалистов и профессиональных должностей для специалистов в спортивной медицине.

Со дня своего основания в 1965 г. Турецкое Общество спортивных врачей старается ввести более высокие стандарты в данной области медицины. Оно издает Турецкий журнал по спортивной медицине, выходящий с 1966 года и являющийся одним из самых старых изданий, а также каждые два года организует проведение Национального Конгресса по спортивной медицине.

За последние несколько лет характер спортивной медицины претерпел существенные изменения – от чисто врачебной дисциплины до комплексной структуры. В эту область вовлекается все больше профессий, таких как физиотерапевты, диетологи и психологи. Свыше 50 школ по физическому образованию и кинезиологии также поставляют своих выпускников в область спортивной медицины. В учреждениях, связанных с медико-санитарными дисциплинами, можно получить степень магистра наук и доктора философии в области спортивной медицины.

Несмотря на определенные позитивные изменения, в Турции планируется дальнейшее усовершенствование организации системы спортивной медицины, касающееся вопросов страхования жизни и здоровья спортсменов, условий работы спортивных врачей, качества подготовки специалистов. Для врачей, желающих обслуживать спортсменов, следует организовать хорошо оборудованные центры, а также ввести новые специальности и должности в профессиональной службе. Крайне важно включить программу обучения спортивной медицине в базовый курс медицинского образования.

Таким образом, спортивная медицина как специальность еще не нашла широкого распространения в Турции. Подобное положение дел можно исправить введением новых спе-

циальностей и профессиональных должностей в области спортивной медицины, усовершенствованием программы обучения в аспирантуре по спортивной медицине, страхованием здоровья всех спортсменов, введением курсов по спортивной медицине в базовую программу обучения студентов и информированием населения о той помощи, которую могут оказывать специально подготовленные спортивные врачи.

Таковы в целом данные, касающиеся организации службы спортивной медицины и подготовки спортивных врачей в отдельных зарубежных странах. Следующий раздел работы мы посвятили сравнительному анализу отечественной и зарубежных школ спортивной медицины с целью выявления сильных и слабых сторон каждой из них.

Раздел IV.

ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНЫХ ВРАЧЕЙ И ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

4.1. Принципы подготовки спортивных врачей в России

В 1992 г. был принят Федеральный закон «Об образовании», положивший начало реформам в отечественном высшем образовании. Данный закон ввел новые понятия (бакалавриат, магистратура, многоуровневая система образования) и объединил старую (одноступенчатую) систему подготовки специалистов и новую, оставляя вузам право определяться, по какой программе готовить выпускников.

Федеральный закон «О высшем профессиональном и послевузовском образовании», принятый в 1996 г., определил 3 уровня (или ступени) высшего образования:

- первая ступень: неполное высшее со сроком обучения 2 года,
- вторая ступень: базовое высшее (бакалавриат) со сроком обучения 4 года,
- третья ступень: «дипломированный специалист» со сроком подготовки 5 лет (ранее существовавшая модель) и «магистр» со сроком подготовки 6 лет (новая модель).

В соответствии с современной терминологией, принятой в действующей системе образования, бакалавр – это выпускник вуза, получивший базовое высшее образование (или, в терминологии государственного образовательного стандарта (ГОС) – «образование по некоторому выбранному направлению»).

Для получения квалификации «дипломированный специалист» необходимо продолжить обучение в течение 1 года.

Магистратура – следующая после бакалавра ступень высшего образования. Обучение имеет временную протяженность 2 года и завершается защитой выпускной работы – магистерской диссертации и присвоением степени магистра.

При сравнении российской системы высшего образования с зарубежными выявляется, что квалификация дипломированного специалиста не входит в единую интернациональную систему степеней. Данный уровень образования присутствует не во всех рассмотренных нами странах и не по всем специальностям. Статус степени бакалавра же, в отличие от «дипломированного специалиста», принят по международной классификации и понятен работодателям во всем мире.

Планировалось, что фундаментальность подготовки на уровне бакалавриата позволит, при необходимости, легко сменить профессию, в частности, всего за год перейти к одной из целого спектра совместимых профессий, в то время как выпускнику, обучавшемуся по жесткой 5-летней программе «дипломированного специалиста», приходится получать новую профессию по программе второго высшего образования за 2–2,5 года.

Магистерские же программы были рассчитаны на подготовку кадров для научно-исследовательской работы и преподавательской деятельности.

Однако в реальной жизни все оказалось значительно сложнее. Подавляющее большинство вузов отказались от перехода на многоуровневую систему подготовки (мы не говорим о медицинском образовании, поскольку оно уже в течение многих десятилетий является многоуровневым).

В 1996 г. первый шаг на пути реформирования национальной системы высшего образования сделало высшее физкультурное образование, которое перешло на многоуровневую систему подготовки. Но этот переход носил несколько искусственный характер и к нему не были готовы ни работодатели, для которых и по сей день непонятны различия между

степенью бакалавра, специалиста и магистра, ни профессорско-преподавательский состав, который и сегодня не понимает, с какой целью тратить два года на практически единые для всех вузов общеобразовательные дисциплины, если никому никогда не придет в голову мысль принять на 3-курс политехнического вуза студента физкультурного вуза или наоборот. Не были готовы к ней, по всей видимости, и законодатели высшего образования. Это касается и финансирования пятого и шестого годов обучения, и востребованности предложенных специализаций, и попытки из всех магистров сделать ученых и т.п. Таким образом, сегодня, как и семь лет назад, мы стоим перед необходимостью серьезного переосмысления как системы организации высшего физкультурного образования, так и системы высшего образования в целом.

Что касается отечественной системы подготовки спортивных врачей, то ее история такова. В 1961 г. при Тартусском университете открылся первый в стране факультет первичной подготовки врачей-специалистов по спортивной медицине. Студенты, обучающиеся на этом факультете, получали базовую подготовку по медицине и базовую подготовку по спорту. После открытия этого факультета в системе Комитета по физической культуре и спорту для обслуживания сборных команд была создана особая медицинская служба – «врачи-тренеры» (позднее переименованная в Отдел медицинского обеспечения). Двойное высшее образование – медицинское и физкультурное – позволяло специалистам глубже вникать в режим и методику тренировки, активнее участвовать в планировании и коррекции тренировочного процесса. Однако в подобной системе подготовки был ряд минусов. Один из них – невозможность при наличии специальности «врач-тренер» устроиться на работу вне сферы физической культуры и спорта.

В настоящее время в рамках российских учебных заведений не существует отдельного образовательного стандарта додипломной подготовки специалиста по спортивной медицине. Подготовка специалистов по спортивной медицине осуществляется или в рамках интернатуры и клинической ор-

динатуры по программам специальности «Лечебная физкультура и спорт», или в рамках 576 часов первичной специализации. Одна из подобных программ, разработанная на базе кафедры физических методов лечения и спортивной медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.Н. Павлова (1996), и послужила объектом для проводимого нами анализа.

Продолжительность обучения в клинической ординатуре составляет 2 года очного обучения. Подготовка специалиста этого уровня складывается из аудиторной работы и лечебной деятельности, осуществляемой под руководством профессора и преподавательского состава. Временная протяженность обучения в ординатуре в соответствии с приказом № 23 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности России от 17 февраля 1993 г. составляет 3456 часов (288 часов аудиторных занятий и 3168 часов самостоятельной работы).

Дисциплины, изучаемые в ходе учебного процесса ординаторами, условно могут быть разделены на 4 блока. В первый блок входят дисциплины общего характера, касающиеся организационных и управленческих разделов в области здравоохранения. На их изучение отводится около 3 кредитных часов (76 академических часов) (табл. 17).

Таблица 17

Блок дисциплин общего характера

Наименование дисциплины	Количество часов
1. Управление в области здравоохранения, экономика, менеджмент	18
2. Социальное страхование	10
3. Поведенческие науки, медицинская этика, культурология	18
4. Организация работы врача, медицинский сервис, ведение медицинской документации, офис врача	20
5. Организация профилактической работы, медицинская информация по специальности	10
Итого:	76

Остальные 3 блока включают в себя профессиональную подготовку по а) лечебной физической культуре, б) спортивной медицине и смежным дисциплинам (перечень последних может варьироваться в зависимости от наличия в вузе обучающихся кафедр), а также в) по специальным дисциплинам. Основной объем учебного времени выделен для самостоятельной работы.

При прохождении профессиональной подготовки по лечебной физической культуре ординатор должен изучить следующий набор дисциплин в общем объеме 1167 часов (табл. 18).

Примерно такой же объем учебной нагрузки отводится на изучение тем, объединенных в разделе «Спортивная медицина» (табл. 19).

К смежным дисциплинам, входящим в блок обязательной профессиональной подготовки, относят 8 дисциплин. Студентам предлагается изучить их самостоятельно (табл. 20).

Таблица 18

Блок дисциплин по лечебной физкультуре

Наименование разделов	Самост.	Аудит.	Всего
1. Основы ЛФК	5	5	10
2. ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	182	16	198
3. ЛФК при заболеваниях органов пищеварения и нарушениях обмена веществ	48	8	56
4. ЛФК при заболеваниях органов дыхания	182	16	198
5. ЛФК при заболеваниях почек и мочевыводящих путей	22	6	28
6. ЛФК при нервных болезнях	134	16	150
7. ЛФК при травмах	134	16	150
8. ЛФК при ортопедической патологии	96	10	106
9. ЛФК в абдоминальной и грудной хирургии	58	8	66
10. ЛФК в акушерстве и гинекологии	42	10	52
11. ЛФК в стоматологии	24	8	32
12. ЛФК в педиатрии	110	11	121
Итого	1037	130	1167

Таблица 19

Блок обязательных дисциплин в разделе «Спортивная медицина»

Наименование разделов	Самост.	Аудит.	Всего
1. Введение в курс «Спортивная медицина»	20	2	22
2. Особенности обследования физкультурников и спортсменов	60	8	68
3. Характеристика функционального состояния организма спортсмена	190	20	210
4. Функциональная диагностика в спортивной медицине	90	10	100
5. Особенности врачебного контроля за лицами разного возраста и пола	30	8	38
6. Врачебные наблюдения в процессе тренировок и соревнований	100	10	110
7. Медицинское обеспечение соревнований	50	2	50
8. Медицинские средства восстановления спортивной работоспособности	100	10	110
9. Применение лекарственных средств в спорте	60	8	68
10. Спортивный травматизм	110	26	136
11. Заболевания у спортсменов	122	20	142
12. Неотложные состояния в практике спортивной медицины	80	16	96
Итого	1010	140	1150

Таблица 20

Блок смежных дисциплин для самостоятельного изучения

Дисциплина	Количество часов
1. Физиологические основы мышечной деятельности	48
2. Биохимия мышечной деятельности	24
3. Динамическая анатомия	24
4. Теория и методика физического воспитания и спортивной тренировки	24
5. Гигиена спортивной тренировки	20
6. Детская спортивная медицина	72
7. Физиотерапия	48
8. Клиническая фармакология	36
9. Самостоятельная работа	388
Итого	684

Третий блок учебного плана составляют специальные дисциплины, изучение которых носит также самостоятельный характер. Общее количество времени, отводимого на их изучение, составляет 345 академических часов (табл. 21).

12 недель (432 часа) общей учебной нагрузки выделено на элективы, куда входят лечебный массаж, сегментарный массаж, точечный массаж, мануальная терапия, криотерапия, лазеротерапия, механотерапия.

Если сравнить учебные планы подготовки специалистов по спортивной медицине в России и за рубежом, то прежде всего необходимо обратить внимание на название специальности. Практически во всех зарубежных странах специальность носит название «спортивная медицина» (исключение составляет Канада, где данная дисциплина обозначена как «спортивная физиотерапия»). В России же в одной специальности объединены по сути дела две: ЛФК и спортивная медицина.

Далее. Обращает на себя внимание различие в количестве дисциплин: в зарубежных планах это число не превышает 10–11 (исключение составляет США – 17), в то время как российский учебный план состоит из 31 дисциплины (табл. 22).

Помимо количественного состава учебных планов, существенные различия наблюдаются также в плане построения и подачи материала: российские программы построены по принципу расширения получаемых знаний, то есть нацелены на фундаментальность образования, зарубежные

Таблица 21

Блок специальных дисциплин для самостоятельного изучения

Дисциплина	Количество часов
1. Оказание первой помощи	69
2. Гериатрическая медицина	69
3. Подростковая медицина	69
4. Лабораторная диагностика	69
5. Медицинская реабилитация	69
Итого	345

Сравнительный анализ содержания учебных планов подготовки спортивных врачей в России и некоторых зарубежных странах (по количеству дисциплин)

№	Россия	США	Канада	Великобритания	Новая Зеландия	Австралия
<i>1. Административно-правовые аспекты спортивной медицины</i>						
1.	Управление в области здравоохранения	Административные правила работы в центрах спортивной медицины	-	-	-	Теория спорта
2.	Организация работы врача, медицинский сервис, ведение медицинской документации, офис врача	Организационные и административные мероприятия в практике спортивной медицины	-	-	-	-
3.	Поведенческие науки, медицинская этика, культурология	-	-	-	-	-
4.	Социальное страхование	-	-	-	-	-
5.	Организация профильной работы, медицинская информация по специальности	-	-	-	-	-

	в спортивную медицину
7.	Особенности обследования физкультурников и спортсменов
8.	Характеристика функционального состояния организма
9.	Функциональная диагностика в спортивной медицине
10.	Особенности врачебного контроля за лицами разного возраста и пола
11.	Врачебные наблюдения в процессе тренировок и соревнований

№	Россия
12.	Медицинское обеспечение соревнований
13.	Медицинские средства восстановления спортивной работоспособности
14.	Применение лекарственных средств в спорте
15.	Спортивный травматизм
16.	Заболевания

тивной щины	спорт медицина
азания для льзования жнений	–
ици кты ических узок	–
–	–
ский спорт	–
–	–

Продолжение табл. 22

ая Зеландия	Австралия
–	–
–	–
–	–
ртивный матизм	Спортивная травматоло- гия
ювье	

19.	–
20.	–
21.	–
22.	–
23.	–
24.	–
25.	Физиологические основы мышечной деятельности
26.	Биохимия мышечной деятельности
27.	Динамическая анатомия

№	Россия
28.	Теория и методика физического воспитания и спортивной тренировки
29.	Гигиена спортивной тренировки
30.	Детская спортивная медицина
31.	Физиотерапия
32.	Клиническая фармакология
33.	Оказание первой помощи
34.	Гериатрическая медицина
35.	Подростковая медицина

–	–
–	Спортивная психология
Спортивная психология	Спортивная диетология
Спортивная физиотерапия	–
Спортивная экономика	–
–	Спортивная фармакология
–	–
–	Клиническая биомеханика
–	–

Окончание табл. 22

Новая Зеландия	Австралия
–	–
–	–
–	–
–	Лечебная физкультура
–	–
–	–
–	–
–	–
–	–

же программы нацелены на углубление изучаемого материала и максимальное приобретение практических навыков в определенной области. Подобное построение учебного плана на примере выборки из учебного плана США представлено в таблице 23.

Таблица 23

**Выборка из учебного плана подготовки спортивных врачей
(на примере США)**

№	Дисциплина	Изменения содержания на протяжении обучения
1.	Введение в спортивную медицину	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные компоненты эффективных спортивно-медицинских программ. 2. Личностные характеристики спортивного терапевта. 3. Медицинская терминология и аббревиатуры.
	Введение в профессию	<ol style="list-style-type: none"> 1. История спортивной медицины. 2. Области профессиональной деятельности, имеющие отношение к спортивной медицине.
2.	Административные правила работы в центрах спортивной медицины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общая документация Центра.
	Организационные и административные мероприятия в практике спортивной медицины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функции и техника работы с различными приспособлениями и оборудованием, использующимися в спортивной медицине (описать и продемонстрировать). 2. Механизмы заражения болезнями, передающимися через кровь. Общие меры предосторожности, обеспечение безопасности и санитарии.
3.	Оказание экстренной помощи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанимационное пособие при нарушениях в кардиопульмонологической деятельности (продемонстрировать). 2. Выполнение различных процедур первой помощи (описать и продемонстрировать). 3. Этапы оказания скорой медицинской помощи спортсменам. 4. Функции оборудования для оказания срочной медицинской помощи спортсменам. 5. Основные методы лечения травм и основы процедур наложения повязок.

№	Дисциплина	Изменения содержания на протяжении обучения
	Дополнительные процедуры, связанные с оказанием срочной помощи спортсменам	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обзор процедур и описание дополнительных способов оказания экстренной медицинской помощи, включая определение признаков жизни. 2. Использование оборудования, предназначенного для оказания экстренной помощи при травмах головы и шейного отдела позвоночника, нарушениях в состоянии здоровья под воздействием факторов окружающей среды.
4.	Специфические спортивные травмы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомические основы, специфические оценочные процедуры и профилактические упражнения, техника выполнения, лечебные комплексы при травмах головы и шейного отдела позвоночника (описать и продемонстрировать) 2. Диагностика травм, специфика наложения повязок применительно к следующим областям: Стопа, лодыжка, голень Колено, бедро Торс (поясница, спина, ребра) Внутренние повреждения (грудная и брюшная полости) Плечо Локоть, запястье, кисть Упражнения для профилактики травм
	Дополнительные процедуры, проводимые при специфических спортивных травмах	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дополнительное углубленное изучение анатомии, характера оценочных тестов, усовершенствование техники наложения повязок применительно к перечисленным областям. 2. Дополнительное изучение профилактических процедур.

Следующим существенным различием является выделение в рамках зарубежных учебных планов узких специализаций, позволяющих работать в качестве:

- спортивных диетологов,
- спортивных психологов,
- спортивных травматологов,
- терапевтов, сопровождающих команду;
- терапевтов, консультирующих команду;
- обучающих специалистов,

– спортивных терапевтов, занимающихся обслуживанием как отдельных спортсменов, так и спортивных команд в целом.

И наконец, огромное различие в количестве часов, отводимых на практику (в отечественных учебных планах количество часов, выделяемых на практику, вообще не указывается).

В зарубежных учебных планах практическая часть обучения является обязательной и замена ее другими видами деятельности полностью исключается, если специалист собирается продолжить свою деятельность в области медицинского обслуживания спортсменов, спортивных команд или других спортивных подразделений.

США. Практикум по спортивной медицине в общем объеме 16 кредитных единиц охватывает наблюдение и ассистирование в следующих областях:

- 1) спортивная подготовка (высшая школа, колледж, клиника);
- 2) физиотерапия;
- 3) медицина (ортопедия, педиатрия, частная практика, офтальмология, оториноларингология, радиология и др. по выбору);
- 4) фитнес (фитнес-центры, оздоровительные центры);
- 5) экстренная медицина (кабинеты скорой помощи, команды скорой помощи);
- 6) анатомия (присутствие на вскрытиях);
- 7) мануальная терапия;
- 8) другие специальности по выбору.

Канада. Особое внимание при обучении по программам, предлагаемым в рамках Общества спортивных физиотерапевтов Канады, также отводится практике. Организация полностью признает важность вовлеченности самого обучаемого в образовательную программу. Вследствие этого, студентам, заинтересованным в углублении своих умений и навыков в области спортивной физиотерапии, предлагается во время обучения работать со спортивной командой или организацией. Для успешного окончания обучения необходимо иметь минимум 200 документально заверенных часов рабо-

ты в качестве спортивного врача (уровень Сертификата) и около 800 часов (уровень Диплома).

Особые требования к условиям прохождения практики выдвигаются для студентов, претендующих на получение Диплома в области спортивной физиотерапии. Отдельно отмечается, что практикант должен обслуживать виды спорта с высокой степенью травматичности. Это позволяет повысить качество уже имеющихся у него навыков экстренной помощи и оценочных технологий. Кроме того, должны соблюдаться следующие условия:

а) в процессе прохождения практики студент обязан быть задействован в 6 видах спорта или спортивной деятельности. В двух из шести видов спорта степень участия студента предусматривает около 2 полных сезонов работы со спортивной командой или клубом (около 75 утвержденных часов по каждому виду). Под полным сезоном подразумеваются предсоревновательные лагерные сборы, регулярные сезонные игры, послесоревновательная оценка и составление рекомендаций для будущей работы;

б) одним из двух видов спорта должен быть командный контактный спорт, такой как хоккей, футбол, лакросс или регби;

в) практикант должен иметь опыт наложения повязок на все части тела, включая лодыжки, колени, суставы и др. Обращается внимание на эффективность и качество наложения повязки;

г) студент должен: 1) уметь разработать и реализовать предсоревновательную программу профилактики травм; 2) выполнить программу медицинского обследования, а также систему регистрации и характеристики травм; 3) иметь опыт индивидуального подбора и заказа защитной экипировки, знать условия ее хранения и обслуживания во время переезда (как минимум для одной игры).

Австралия. Помимо прохождения теоретической программы, студентам необходимо иметь опыт клинической практики по каждой изучаемой дисциплине (не менее 20 часов). В практику входит клиническое ведение пациента, описание истории болезни (не менее 1000 слов).

4.2. Принципы организации службы спортивной медицины в России

Развитие службы медицинского обеспечения спорта в России имеет давние традиции. Организованный характер и поддержку высших инстанций оно получило еще в 20–30-е годы XX столетия, когда при Главном курортном управлении в 1925 г. была создана Комиссия по проведению физической культуры на курортах под председательством профессора В.В. Гориневского, началось издание журнала «Теория и практика физической культуры», вышло в свет и первое руководство по врачебному контролю В.К. Бирзина и В.В. Гориневского. В тот же период активно проводились совещания, на которых разрабатывались теоретические и законодательные основы системы медицинского обеспечения занимающихся физической культурой и спортом.

К особенностям этого периода следует отнести введение обязательного общедоступного врачебного контроля для всех занимающихся и наличие допуска врача к занятиям и соревнованиям, создание кабинетов врачебного контроля, введение профиля врача-специалиста по физической культуре, создание научно-исследовательских институтов физической культуры с отделами (лабораториями) врачебного контроля, кафедр в медицинских и физкультурных заведениях. Также при поликлиниках, в учебных заведениях начали создаваться специализированные медицинские кабинеты.

Таким образом, к началу 1940-х годов в нашей стране имела широкая сеть кабинетов врачебного контроля, отделы и лаборатории врачебного контроля в НИИ физкультуры Москвы, Ленинграда, Харькова и Тбилиси, научные лаборатории и кафедры в ряде учебных институтов. Кроме того, велась организованная подготовка кадров, широко публиковались результаты научных исследований и учебно-методическая литература по медицинским проблемам физической культуры и спорта.

Окончание Великой Отечественной войны ознаменовало начало активного периода восстановления и развития

врачебного контроля и лечебной физкультуры в нашей стране.

В 1946 г. при Всесоюзном комитете по делам физической культуры и спорта при Совете Министров СССР была создана Всесоюзная секция врачебного контроля, объединившая усилия специалистов, работающих в области обслуживания занимающихся физической культурой и спортом. Впоследствии она была преобразована в Федерацию спортивной медицины СССР. В 1952 г. секция вступила в Международную федерацию спортивной медицины (ФИМС).

К концу 1940-х годов врачебный контроль оформился как государственная система медицинского обеспечения физкультуры и спорта. Растущее социальное значение спорта, вовлечение в него все большего числа молодежи, увеличение объема и интенсивности нагрузок и напряжения соревнований, вступление нашей страны в международное олимпийское движение и подготовка к участию наших спортсменов в Олимпийских играх заставили искать новые, более эффективные формы медицинского обеспечения спорта.

Первым учреждением, серьезно изучающим характер и особенности течения болезней у спортсменов, стала «клиника здорового человека», созданная в 1946 г. Центральным научно-исследовательским институтом физической культуры. Вслед за этим, используя приобретенный опыт, в соответствии с приказом Минздрава СССР, по всей стране стали создаваться врачебно-физкультурные диспансеры (ВФД).

Все предпринятые меры позволили поднять на высокий уровень медицинское обслуживание физической культуры и спорта, внедрить в практику основы профилактической медицины, организовывать и проводить постоянные обследования и наблюдения за спортсменами с целью своевременного выявления нарушений, связанных с превышением функциональных возможностей организма, оказывать содействие в планировании и коррекции тренировочного режима.

Создание врачебно-физкультурных диспансеров заложило основу новой системы медицинского обеспечения физи-

ческой культуры и спорта, которая позволила поднять его на более высокий уровень, внедрить в практику основы профилактической медицины, организовать активное наблюдение за действующими спортсменами, спортивным резервом, ветеранами спорта, проводить их комплексные обследования, следить за динамикой здоровья и тренированности, своевременно выявлять нарушения, вызванные неадекватными нагрузками, активно помогать в планировании и коррекции тренировочного процесса.

В 60–70-е годы XX в. российская спортивная медицина переживала период своего расцвета. В лабораториях врачебного контроля были созданы новые подразделения, занимающиеся проблемами фармакологии, допинг-контроля и восстановления спортсменов. К 1980-м годам подобные подразделения были открыты во многих научно-исследовательских институтах СССР, расширены функции отделения спортивной и балетной травмы Центрального НИИ травматологии и ортопедии, которое к тому времени уже получило всеобщее признание (впоследствии – Центра спортивной и балетной травмы).

В начале 70-х годов было создано специальное Научно-практическое объединение для работы с элитными спортсменами, состоявшее из лаборатории медицинских проблем высшего спортивного мастерства ВНИИФК, Московского врачебно-физкультурного диспансера № 2 и штата врачей-тренеров сборных команд страны.

Для руководства спортивно-медицинской службой в Спорткомитете СССР было создано специальное управление. При сборных командах по всем видам спорта были организованы комплексные научные группы (КНГ), основанные на взаимном сотрудничестве тренеров, спортивных врачей и представителей других отраслей спортивной науки. При президиуме Академии медицинских наук создан Научный совет по медицинским проблемам физической культуры и спорта с тремя проблемными комиссиями.

Однако серьезные изменения, произошедшие в нашей стране в конце 80-х – начале 90-х годов, а именно финансово-

экономический кризис, отход союзных республик и целых коллективов специалистов и спортсменов, профессионализация и коммерциализация спорта высших достижений, постепенное прекращение существования из-за финансовой несостоятельности и отсутствия источников финансирования отделов спортивной медицины научно-исследовательских институтов, ликвидация Научного совета по медицинским проблемам при президиуме АМН, ослабление международных связей и утеря наших позиций в медико-спортивных международных организациях, неоднократные попытки реорганизации врачебно-физкультурных диспансеров – привели к тому, что уровень отечественной спортивно-медицинской науки и ее престиж на международном уровне значительно снизились.

Ситуация несколько изменилась в лучшую сторону после Олимпийских игр 2000 года. Начали функционировать Российский федеральный центр по спортивной медицине и лечебной физкультуре, координирующий научно-практическую работу в этой области, и секция в Ученом Совете Минздрава РФ, возобновлено членство Федерации спортивной медицины России в Международной Федерации спортивной медицины. Намечается развитие и укрепление более тесной связи в деятельности общественных организаций.

Однако остается еще очень много проблем организационного, методического, методологического и правового плана. Ряд специалистов считает, что для их решения необходима серьезная реформа отечественной службы спортивной медицины. В частности, Г.А. Макарова предлагает создание многоуровневой службы спортивной медицины:

- врачебно-физкультурные диспансеры – скрининговое звено;
- центры медицинского обеспечения спорта высших достижений при крупных лечебно-диагностических объединениях практического здравоохранения;
- отделы спортивной медицины при Олимпийском комитете России;
- центры судебной спортивной медицины.

Авторы надеются, что представленные в настоящей работе материалы вызовут интерес у специалистов и окажут существенную помощь в организации отечественной службы спортивной медицины, послужат основой для обсуждения как в рамках различных форумов, так и на страницах печати.

Литература

1. *Beverwijk, J., and vander Maat, L.* Introduction the Undergraduate – Graduate Structure: Reforming, Adding, and Renaming. Paper presented at the 21st EAIR Conference, Lund, August 1999.

2. *Dalichow F.* CATS and EUROCATS // Forum. – 1999. – Vol. 1, № 3. – P. 6–9.

3. *Haug, G.*, Trends and Issues in Leading Structures in Higher Education in Europe, Background paper commissioned by the European Commission DG XXII for the Bologna Meeting of 18–19 June 1999.

4. *Hooker, M.* The transformation of higher education.

5. Recognition of Higher Education: Challenges for Next Decade. – Strasbourg, France, 1994. – 129 p.

6. *Алексеева Л.П., Шаблыгина Н.С.* Процесс универсизации вузов России и некоторые подходы к оценке их деятельности // Проблемы зарубежной высшей школы: Аналитические обзоры по основным направлениям развития высшего образования / НИИВО; Вып. 1. – М., 1999. – С. 1–10.

7. *Алешин Н.В., Высицкий А.Ф., Челпанов И.В.* Модульность и качество подготовки специалистов.

8. *Аминова Т.У.* В дипломе будет больше информации // Университетская жизнь. – 2001. – № 3. – С. 5–8.

9. *Бринев Н.С.* Кредитная система оценивания достижений как фактор повышения эффективности образования // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования. Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

10. *Волкова И.В., Иванов С.С.* Терминологические особенности введения системы зачетных единиц // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования. Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

11. Высшее образование в XXI веке: подходы и практические меры / СГУ. – М., 1999. – 36 с.
12. Горбунова Е.И., Шевченко К.К. Отчет «Оценка стратегии стандартизации высшего профессионального образования». – М.: МЭСИ, 2000.
13. Гребнев Л.С. Высшее образование в Болонском измерении: российские особенности и ограничения // Высшее образование в России. – 2004. – № 1. – С. 36–42.
14. Гребнев Л.С. Россия в Болонском процессе: середина большого пути? // Высшее образование в России. – 2004. – № 2.
15. Делор Ж. Образование: сокрытое сокровище. – Изд-во ЮНЕСКО, 1996.
16. Долженко О. Социокультурные предпосылки становления новой парадигмы высшего образования // Alma Mater («Вестник высшей школы»). – 2000. – № 10. – С. 25–52.
17. Дьячко А.Г., Крупин Ю.А., Громов С.В. Расчет кредитных единиц как уровня образования в сопоставлении российской, европейской и американской образовательной системы // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования. Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.
18. Ефремов А.П. «Кредиты» и учебный процесс // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования. Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.
19. Ефремов А.П. Экономика и оптимизация учебного процесса. – М.: Изд. МГУП, 1999. – 197 с.
20. Зобов А.М. Проблемы реализации многоуровневой системы бизнес-образования в высшем учебном заведении.
21. Информационно-справочные и нормативные материалы по международному сотрудничеству в области образования: Ч. 1. Международная деятельность российских образовательных учреждений. – М.: Международное образование, 1998. – 63 с.
22. Карпенко О.М., Бершадская М.Д., Гадрани Л.А., Денисович Л.И. О переводе в кредиты нормативов государственного образовательного стандарта.
23. Конвенция о признании квалификаций, относящихся к высшему образованию в Европейском регионе. – Париж: Издание ЮНЕСКО и Совета Европы, 1997. – 31 с.
24. Лукичев Г.А. Болонский процесс – императив современного развития европейского высшего образования // Высшее образование сегодня. – М., 2002. – № 2. – С. 42–48.

25. *Лукичев Г.А.* Другого шанса для реального сближения с Европой не будет // *Время МГ.* 23 октября 2002 г., № 1040.

26. *Лукичев Г.А.* Развитие образования в государствах–участниках Болонского процесса // *Высшее образование сегодня.* – 2003. – № 8. – С. 34–35.

27. *Марик К.Ван дер Венде.* Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентоспособности высшего образования в Европе.

28. *Митрофанов С.* Плюсы и минусы «болонского процесса» // *Русский журнал.* – 7 апр. 2003.

29. Образовательный стандарт высшей школы: сегодня и завтра. Монография / Под общей редакцией д-ра пед. наук В.И. Байденко и д-ра технич. наук Н.А.Селезневой. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2001. – 206 с.

30. *Пороховский А.А.* Университетское экономическое образование: содержание и методика обучения.

31. Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования. Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

32. Проблемы введения системы зачетных единиц в высшем профессиональном образовании: Материалы к Всероссийскому совещанию 23 апреля 2003, г. Москва / Под ред. В.Н. Чистохвалова. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – 100 с.

33. *Прокопьев В.П.* О некоторых проблемах, возникающих при введении системы зачетных единиц // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования: Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

34. Реформа и развитие высшего образования. Программный документ. – Париж: ЮНЕСКО, 1995. – 49 с. (ООН по вопросам образования, науки и культуры).

35. *Рубин Ю.Б.* Образовательная система как объект стандартизации // Проблемы нормативно-правового обеспечения открытого образования: Материалы конференции, 31 января – 1 февраля 2001 г. – Москва, МЭСИ.

36. *Рубин Ю.Б., Самойлов В.А., Улитина Е.В., Доценко С.Ю.* Опыт работы по введению системы зачетных единиц в МИФР // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования: Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

37. *Ряписов Н.А., Дюкарев И.А.* Опыт применения системы зачетных единиц в НГПУ // Проблемы введения кредитной системы высше-

го профессионального образования: Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

38. *Сенаторова Н.Р., Розанова С.А., Жалнина Н.В.* Нормативно-правовые условия введения зачетных единиц высшей школы России // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования: Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

39. *Севащенко В.* Магистратура: свобода выбора и свобода маневра // Высшее образование в России. – 2000. – № 3. – С. 26–29.

40. *Татур Ю.Г.* Образовательная система России: высшая школа. – М.: ИЦПКПС, 1999. – 278 с.

41. *Телешова И.Г.* Магистратура как новая форма подготовки кадров в области экономики и управления // Вестник МГУ. Сер. 6. Экономика. – 2001. – № 5. – С. 3–11.

42. *Титарев Л.Г.* Новые подходы к образовательным технологиям.

43. *Филиппов В.* Высшая школа России перед вызовами XXI века // Высшее образование в России. – 2001. – № 1. – С. 5–15.

44. *Чистохвалов В.Н.* Проектирование образовательных программ с использованием кредитных единиц // Проблемы введения кредитной системы высшего профессионального образования: Материалы конференции. – М., 25–26 марта 2002 г.

Содержание

Введение	3
Раздел I. Международные тенденции совершенствования системы высшего профессионального образования	4
1. Понятийный аппарат зарубежных образовательных систем на современном этапе развития общества	4
2. Ступени зарубежного высшего образования	19
3. Основные направления реформирования высшей школы в мире и задачи, сформулированные в Болонском соглашении	27
4. Принципы организации высшего медицинского образования за рубежом	40
Раздел II. Организация системы подготовки спортивных врачей за рубежом	44
Раздел III. Организация службы спортивной медицины за рубежом	106
3.1. Организация служб медико-биологического обеспечения спорта за рубежом	106
Раздел IV. Принципы подготовки спортивных врачей и организации службы спортивной медицины в России	126
4.1. Принципы подготовки спортивных врачей в России	126
4.2. Принципы организации службы спортивной медицины в России	142
Литература	147

Научно-популярное издание

**Поляев Б.А., Макарова Г.А.,
Белолипецкая И.А.**

**Зарубежный и отечественный опыт
организации службы спортивной медицины
и подготовки спортивных врачей**

Редактор *А.А. Алексеев*
Художник *Е.А. Ильин*
Художественный редактор *Ю.В. Пахомов*
Технический редактор *Т.Ю. Кольцова*
Корректор
Компьютерная верстка *З.А. Богдановой*

Подписано в печать 20.01.05. Формат 60x90¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 9,5. Уч.-изд. л. 7,3.
Тираж 1000 экз. Изд. № 910. С–3. Заказ

ФГУП «Издательство “Советский спорт”».
105064, Москва, ул. Казакова, 18
Тел. (095) 261-50-32

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ».
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.

