

УДК 614.23:616-053.2-089:371.26:378.1  
DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.2.1>

## ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ У КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ТРЕНДІВ

### Бензар І.М.

доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри дитячої хірургії  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
<https://orcid.org/0000-0001-7637-7769>

### Левицький А.Ф.

доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри дитячої хірургії  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
<https://orcid.org/0000-0002-4440-2090>

*Сучасний підхід у післядипломній підготовці лікаря хірурга дитячого – це впровадження етапного та компетенційного навчання. Для швидкої та якісної зміни тактики післядипломної підготовки спеціалістів важливою є співпраця з визнаними європейськими інституціями. Європейський союз медичних фахівців (ЄСМФ) – це громадська організація, що представляє національні асоціації медичних фахівців європейських країн. Співпраця з ЄСМФ у галузі післядипломної освіти відкриває шлях до європейського підходу у сфері підготовки молодих фахівців, у тому числі дитячих хірургів, а також сприятиме вільному пересуванню медичних фахівців по всій Європі, забезпечуючи при цьому найвищий рівень підготовки.*

*У статті використано офіційні дані за матеріалами EUMS та аналіз програм післядипломної освіти, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Для забезпечення поставленого завдання нами запропоновано модель навчання, яка узгоджується з основними принципами та вимогами ЄСМФ та включає три основні ланки: навчальні вимоги до інтернів, вимоги до підготовки викладачів та вимоги до навчального (лікувального) закладу. Гармонізація освіти з європейською системою можлива за умови, що буде чітко дотримано усіх трьох зазначених пунктів організації навчання. Для забезпечення переходу від традиційної моделі навчання, що ґрунтується на досвіді, необхідно мінімізувати волонтерську частку у забезпеченні післядипломної освіти шляхом удосконалення організації навчання інтернів та оптимізації контролю за його виконанням.*

**Ключові слова:** післядипломна освіта, дитяча хірургія, компетенції, Європейський союз медичних фахівців.

### Вступ

Щоденною боротьбою під час кривавої війни Україна виборює своє право на європейський шлях розвитку. Загальнодержавним надбанням є отримання статусу кандидата до вступу в Європейський Союз, однак кожен із нас повинен долучатися у своїй сфері до європейського рівня, особливого значення у цьому набуває поліпшення якості освіти. Важливою ланкою у сфері медичної освіти є початок співпраці з European Union Of Medical Specialists (EUMS). Європейський союз медичних фахівців (ЄСМФ) – громадська організація, що представляє національні асоціації медичних фахівців європейських країн. Маючи членство в 34 національних асоціаціях та працюючи через 39 спеціалізованих секцій та європейських рад, ЄСМФ прагне сприяти вільному пересуванню медичних фахівців по всій Європі, забезпечуючи при цьому найвищий рівень підготовки, який прокладе шлях до поліпшення якості медичної допомоги на благо всіх європейських громадян. Сфери компетенції ЄСМФ охоплюють безперервну медичну освіту, післядипломну підготовку та гарантію якості.

У 1994 р. ЄСМФ прийняв Статут про післядипломну освіту з метою надання рекомендацій на європейському рівні для хорошої медичної підготовки. Цей статут, що складається із шести глав, заклав основу європейського підходу у сфері післядипломної освіти. Оскільки п'ять розділів є спільними для всіх спеціальностей, цей статут передбачає шостий розділ, відомий як «Розділ б», який кожна секція спеціалістів повинна заповнити відповідно до конкретних потреб своєї дисципліни.

**Мета.** Провести аналіз програми післядипломної освіти в Україні в плані адаптації до основних вимог ЄСМФ.

**Матеріали і методи.** Використано офіційні дані за матеріалами EUMS та аналіз програм післядипломної освіти, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

**Результати та їх обговорення**

Для зарахування атестації та видачі сертифіката хірурга інтерн може претендувати лише тоді, коли він брав активну участь у всіх етапах лікування, поставив або підтвердив діагноз, брав участь у виборі відповідної процедури, виконував або відповідально брав участь у виконанні хірургічних процедур та був відповідальним учасником доопераційної та післяопераційної допомоги. Отже, надзвичайно важливим є виконання лікарем-інтерном усієї програми інтернатури.

Для забезпечення цього завдання нами запропоновано модель навчання, яка узгоджується з основними принципами та вимогами ЄСМФ та включає три основні ланки:

- 1) Навчальні вимоги до інтернів.
- 2) Вимоги до підготовки викладачів.
- 3) Вимоги до навчального (лікувального) закладу.

Вимоги до інтернів включають теоретичні знання та оволодіння практичними навичками. Обсяг теоретичних знань, як і перелік практичних навичок, повинен змінюватися динамічно відповідно до вимог хірургічної практики у даний момент (Cummins et al., 2021).

Хірургічна освіта тривалий час дотримувалася халстедівської моделі навчання, яка переважно базувалася на досвіді. Однак нещодавно відбувся зсув у бік етапного та компетенційного навчання (Sachdeva AK. Et al., 2007). Обмеження робочого часу, зміни в хірургічних техніках і показаннях, а також збільшення як кількості програм навчання з дитячої хірургії, так і здобувачів післядипломної освіти в галузі дитячої хірургії сприяли цим змінам.

Зміна хірургічних показань та методів лікування значно вплинула на післядипломну освіту ординатора дитячої хірургії. Наприклад, кількість випадків хірургічного лікування кістозної лімфатичної мальформації/лімфангіоми значно зменшилася. Тоді як переважним методом лікування кістозних мальформацій залишається повне хірургічне видалення, усе більша кількість відмінних результатів досягається за допомогою склерозуючих агентів (Benzar I. et al., 2020). Аналогічно широке впровадження мініінвазивних технік дало змогу змінити підхід до лікування деформацій грудної клітки до більш безпечних утручань та досягнення більш функціональних результатів (А.Ф. Левицький та співавт., 2021).

Розширення показань до мініінвазивних утручань стало основою сучасних хірургічних практик, і ця зміна знайшла своє відображення у післядипломній освіті з дитячої хірургії. Сучасні публікації демонструють значне збільшення кількості лапароскопічних абдомінальних операцій (В.П. Пригула та співавт., 2020), включаючи лапароскопічну апендектомію та лапароскопічну холецистектомію, а також збільшення кількості торакокопічних резекцій легень та лапароскопічної пластики грижі стравохідного отвору діафрагми (О.Г. Дубровін та співавт., 2015). Однак, незважаючи на переваги сучасних технологій, відкрите хірургічне втручання завжди матиме певне значення, особливо у невідкладній хірургії. Оскільки хірургічні методи продовжують розвиватися, може знадобитися звернути увагу на кількість відкритих хірургічних випадків, необхідних слухачам, щоб підтримувати компетенцію у відкритих хірургічних техніках. Освіта лікаря-інтерна повинна точно відображати поточні вимоги і рекомендації, які вони застосовуватимуть на практиці. Програми навчання повинні досягти ретельного балансу між забезпеченням усебічної, але також репрезентативної освіти.

Для того щоб лікарі хірурги дитячі могли здійснювати практичну діяльність після закінчення інтернатури повною мірою та без нагляду після завершення навчання, сама програма навчання повинна включати достатню кількість пацієнтів та різноманітні процедури різної складності. Інтерни повинні продемонструвати компетентність у низці галузей медицини. Ступінь компетенції визначається викладачем та керується інтерном. Для кожної процедури слід визначити чотири сфери компетенції: 1. Спостерігає. 2. Може обійтися без допомоги. 3. Може майже все, але може знадобитися допомога. 4. Компетентний може обійтися без сторонньої допомоги, включаючи ускладнення. До кінця навчальної програми кандидати повинні досягти відповідного рівня: 2 – для складних процедур, 3 – для середніх процедур і 4 – для легких процедур.

Мінімальну кількість необхідних процедур слід розглядати як рекомендацію; їх слід оцінювати згідно з національною структурою навчальної програми та пов'язувати з реєстрацією ускладнень та результатами (можливо, задокументованих у журналі реєстрації), спрямованими на цей документ більше для якості, ніж для кількості.

**Вимоги до підготовки викладачів**

Викладач – це дитячий хірург, акредитований або на європейському, або на національному рівні з такими додатковими кваліфікаціями: задокументований університетом досвід викладання

та/або досвід досліджень у галузі дитячої хірургії. Викладання також можуть здійснювати викладачі-сумісники, індивідуальна педагогічна компетентність яких у навчальній програмі може бути обмежена однією або кількома визначеними темами.

Керівник навчальної програми та його/її допоміжний навчальний персонал повинні активно практикувати хірургію. Лідерський та педагогічний досвід має бути задокументований.

Окрім того, викладачі регулярно акредитуються як дитячі хірурги на національному рівні, повинні прагнути бути в курсі всіх новинок цієї дисципліни шляхом регулярного відвідування конгресів та курсів, належним чином акредитованих для Безперервної медичної освіти (СМЕ).

Зміст та розклад навчальної програми мають бути детально описані у письмовому документі, представленому викладачам на початку навчального періоду, та оновлюватися щорічно у зв'язку зі зміною освітніх потреб та конкретними потребами навчальної програми відповідно до тенденцій розвитку дисципліни.

#### **Вимоги до навчального (лікувального) закладу**

У міру того, як ми рухаємося до практики навчання, заснованої на компетенції, користь виконання додаткових неіндексних випадків має бути ретельно зважена з перевагами інших освітніх можливостей.

Розподіл дитячих хірургічних стаціонарів має тенденцію до більш густонаселених центрів. Спостерігається зростання централізації медичних послуг, викликане турботою про адекватний догляд за дітьми як під час хірургічного втручання, так і в післяопераційних умовах. Зменшується кількість операційних втручань, які були проведені хірургами загальної практики у дітей, допомога стає більш вузькоспеціалізованою. Відповідні дослідження не опубліковані у вітчизняній медичній літературі, однак такі публікації є у міжнародних журналах дитячої хірургії (Evans C., van Woerden H.C., 2011). Опубліковані дані свідчать про те, що дитяча апендектомія не повинна бути централізованою, оскільки може бути ефективно проведена загальними хірургами; однак особливі втручання дитячого віку, наприклад пілороміотомія, повинні проводитися в дитячих відділеннях відповідно підготовленими хірургами з очікуванню частотою понад чотири випадки на рік (Evans C., van Woerden H.C., 2011). Відповідно до сучасних тенденцій, післядипломне навчання має відбуватися в установі або групі закладів, бажано в університетській лікарні або пов'язаних з університетом медичних закладах, які пропонують інтерну адекватну практику з усього спектру спеціальності, як визначено в навчальній програмі та навчальному плані.

Необхідні вимоги до лікувального закладу, що забезпечуватиме післядипломне навчання:

- регулярні обговорення показань до операції;
- щотижнева програма навчання;
- регулярні обговорення захворюваності та смертності (можливість відвідування аутопсій та клінічних конференцій із розбору летальності);
- приміщення та обладнання для практичного відпрацювання техніки хірургічних маніпуляцій;
- відділення інтенсивної терапії;
- відділення променевої та лабораторної діагностики.

Усі відповідні документи, що стосуються програми, зокрема щодо процедур відбору кандидатів, навчальної програми та остаточних результатів навчання слухачів, мають бути доступними, прозорими та опубліковані на вебсайті.

Інвестування у дітей має велике значення для поліпшення здоров'я та добробуту в будь-якому віці (Završnik J. et al., 2018). Єдині стандарти у сфері післядипломної медичної освіти забезпечують медичних працівників знаннями, навичками та ставленням, необхідними для догляду за дітьми. Стандартизована базова навчальна програма, заснована на компетентностях, є важливим першим кроком для забезпечення виняткової підготовки дитячих хірургів. На сучасному етапі дуже важливою є міждисциплінарна інтеграція. Оскільки тенденції інтегративного догляду та зміни завдань продовжуються, ми повинні подолати структурні бар'єри між різними професіями охорони здоров'я дітей, щоб працювати над новою моделлю післядипломної освіти, яка необхідна для стійкого поліпшення охорони здоров'я дітей (Frenk J. et al., 2010). Залучення суміжних спеціалістів та включення додаткових курсів навчання інтернів можуть покращити спеціальні навички лікаря хірурга дитячого.

Професійна освіта зазвичай не встигає за сучасними викликами здебільшого через фрагментарні, застарілі та статичні навчальні плани. Проблеми системні: невідповідність компетенцій потребам пацієнтів і населення; погана командна робота; стійке гендерне розшарування професійного статусу; вузька технічна спрямованість без ширшого контекстного розуміння; епізодичні зустрічі, а не безперервний системний розвиток; переважна госпітальна спрямованість за рахунок первинної медичної допомоги; кількісні та якісні диспропорції на професійному ринку праці; слабе керівне спрямування пошуковця післядипломної освіти (Frenk J. et al., 2010).

Маємо сподівання, що європейська інтеграція та адаптація навчальних програм і планів сприятиме вирішенню усіх зазначених проблем та вирішить питання якісної післядипломної освіти в галузі дитячої хірургії. Окрім того, в умовах війни фінансування системи освіти та охорони здоров'я прогнозовано буде недостатнім. Співпраця з європейськими інституціями дасть змогу суттєво просунути в адаптації інновацій.

**Заключення.** Гармонізація освіти з європейською системою освіти можлива за умови, що буде чітко дотримано три основні пункти організації навчання: забезпечення вимог до інтернів, до викладачів та до навчальних (лікувальних) закладів, які забезпечують післядипломну безперервну освіту.

Для забезпечення переходу від традиційної моделі навчання, що ґрунтується на досвіді, необхідно мінімізувати волонтерську частку у забезпеченні післядипломної освіти шляхом удосконалення організації навчання інтернів та оптимізації контролю за його виконанням.

### Література

1. Левицький А.Ф., Пилипко В.М., Годік О.С., Бебешко О.В. Еволюція методик хірургічної корекції лійкоподібної деформації грудної клітки в дітей: одноцентровий досвід. *Хірургія дитячого віку*. 2021. № 4(73). С. 38–43. DOI: 10.15574/PS.2021.73.38.
2. Тактичні підходи до лікування кіст селезінки у дітей / В.П. Притула та ін. *Хірургія дитячого віку*. 2020. № 1(66). С. 27–34. DOI: 10.15574/PS.2020.66.27.
3. Дубровін О.Г., Притула В.П., Годік О.С. Малоінвазивне хірургічне лікування ахалазії стравоходу в дітей. *Хірургія дитячого віку*. 2015. № 1–2. С. 52–56. DOI: 10.15574/PS.
4. Benzar I., Levytskyi A., Diehtiarova D. et al. (2020) Vascular anomalies in newborns: clinical presentation, complications, and peculiarities of therapy. *Wiad Lek.*, 73(9 cz. 2):1934–1939. DOI: 10.36740/WLek202009207.
5. Cummins C.B., Bowen-Jallow K.A., Sifrance Tran, Radhakrishnan R.S. (2021) Education of pediatric surgery residents over time: Examining 15 years of case logs. *J Pediatr Surg*, 56(1):85–98. Doi: 10.1016/j.jpedsurg.2020.09.038.
6. Evans C., van Woerden H.C. (2011) The effect of surgical training and hospital characteristics on patient outcomes after pediatric surgery: a systematic review. *J of Bed Surg*, 46 (111):2119–2127. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2011.06.033.
7. Frenk J., Chen I., Bhutta Z.A. et al (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376:1923–1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
8. Sachdeva A.K. (2007) The changing paradigm of residency education in surgery: a perspective from the American College of Surgeons. *Am Surg*, 73(2):120–9. DOI: org/10.1177/000313480707300206.
9. Završnik J., Stiris T., Schrier L., et al. (2018) Basic training requirements for health care professionals who care for children. *Eur J Pediatr*, 177(9):1413–1417. DOI: 10.1007/s00431-018-3150-x.

## PEDIATRIC SURGERY IN THE CONTEXT OF EUROPEAN TRENDS

**Banzar I.M.**

Bogomolets National Medical University

**Levytskyi A.F.**

Bogomolets National Medical University

*The modern approach in postgraduate training of the pediatric surgeons is the introduction of stage and competence training. In order to quickly and qualitatively change the tactics of postgraduate education, cooperation with recognized European institutions is very important. European Union Of Medical Specialists (EUMS) is the public organization representing national associations of medical professionals of European countries. Cooperation with the EUMS in the field of postgraduate education will pave the way for a European approach to postgraduate education, as well as promote the free movement of medical professionals across Europe, while providing the highest level of training. In the article the official data based on EUMS materials and analysis of postgraduate education programs approved by the Ministry of Health of Ukraine were used. To ensure this task, we have proposed a model of training that is consistent with the basic principles and requirements of the ESMF and includes three main links: training requirements for interns, training requirements for trainers and requirements for educational (medical) institution. Harmonization of education with the European system is possible provided that all three points of the organization of education are clearly observed. To ensure the transition from the traditional model of experience-based learning, it is necessary to minimize the volunteer share in providing postgraduate education by improving the organization of internship training and optimizing control over its implementation.*

**Key words:** postgraduate education, pediatric surgery, competencies, European Union of Medical Specialists.