

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ З ХІРУРГІЇ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Колосович І.В.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії № 2

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
<https://orcid.org/0000-0002-2031-4897>

Перебудова медичної галузі в Україні у зв'язку з її євроінтеграцією потребує підготовки якісно нового лікаря, здатного поєднати в собі фундаментальні теоретичні знання, володіння сучасними інноваційними технологіями та медичною практикою. В Україні, як і у світі у цілому, неухильно зменшується кількість медичних працівників, що пов'язано із цілою низкою причин. Ось чому питання післядипломної освіти майбутніх лікарів, зокрема хірургів, у державних закладах охорони здоров'я України набувають першочергового значення.

Метою роботи є аналіз ситуації, що склалася з післядипломною освітою хірургів в Україні, можливих шляхів її вирішення, опираючись на попередній вітчизняний досвід, інституції провідних світових систем підготовки медичних фахівців.

Автором проаналізовано систему післядипломної підготовки з хірургії у пострадянські часи, підкреслено позитивні моменти класичної медичної освіти, яка включала субординатуру, та негативні боки річної інтернатури з хірургії. Дано детальну характеристику трирічній інтернатурі в сучасних умовах, наведено критичний аналіз негативних боків даної форми навчання, основна з яких – низьке залучення в освітній процес високоспеціалізованого потенціалу кафедр хірургії вищих закладів медичної освіти (ВЗМО) (менше 30 % часу від загального терміну навчання в інтернатурі).

Перспективним бачиться перехід саме до європейської моделі післядипломної освіти з хірургії через інтернатуру та резидентуру. Остання законодавчо задекларована в системі післядипломної медичної підготовки в Україні, однак і досі не впроваджена в освітній процес.

Ключові слова: післядипломна медична освіта, хірургія, інтернатура, резидентура.

Вступ

Перебудова медичної галузі в Україні у зв'язку з її євроінтеграцією потребує підготовки якісно нового лікаря, здатного поєднати в собі фундаментальні теоретичні знання, володіння сучасними інноваційними технологіями та медичною практикою (Лінчевський О.В. та співав., 2017). Це особливо стосується такої професії, як хірургія, оскільки фатальна помилка лікаря саме цього фаху може негайно коштувати життя пацієнта. Ось чому питання післядипломної освіти майбутніх лікарів, зокрема хірургів, у державних закладах охорони здоров'я України набувають першочергового значення (Головко Н.Г., Гайдаржи Е.И., 2011). Зокрема, в Україні, як і в більшості сучасних країн, чим день, тим більше зростає потреба у кваліфікованих спеціалістах із високим рівнем освіченості та фахових знань. Так, згідно з прогнозами Ю.В. Вороненка та співавт. (2016), у країнах Євросоюзу в 2020 р. дефіцит професійних кадрів у сфері охорони здоров'я мав перевищувати 1 млн осіб: понад 600 тис медичних сестер, 250 тис лікарів, 150 тис інших категорій професійних працівників. На практиці ці очікування навіть перевершили наведені прогнози. За даними статистичної звітності МОЗ України, станом на 31.12.2019 медичну допомогу в Україні надавали 184 713 лікарів усіх спеціальностей у закладах охорони здоров'я різних форм власності (для порівняння: у 2010 р. працювало 224 876 лікарів, тобто відзначено поступове та неухильне зменшення кількості лікарів в Україні) (Волосовець О.П. та співавт., 2020).

У зв'язку із цим медична спільнота Європейського Союзу та ВООЗ вимушена регулярно приділяти увагу кадровій проблемі у медичній сфері (Банчук М.В. та співавт., 2007, Ільницька О.М. та співавт., 2018). Перелік найбільш знакових резолюцій зазначених інституцій стосовно цього питання включає (Короленко В.В., Юрочко Т.П., 2018):

- 2016 – Кадри і служби охорони здоров'я. Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016–2030 рр. (резолюція WHA 69.38);
- 2012 – Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського охорони здоров'я (прийнятий 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, Резолюція EUR/RC62/ 12 Rev.1);
- 2011 – Укріплення кадрових ресурсів охорони здоров'я (WHA64.6);

- 2010 – Глобальний кодекс практики ВООЗ із міжнародного найму персоналу охорони здоров'я (WHA63.16);
- 2007, 2009 – Стратегії кадрових ресурсів охорони здоров'я в Європейському регіоні (EUR/RC57/R1, EUR/RC59/R4);
- 2006 – Швидке збільшення масштабів підготовки працівників охорони здоров'я (WHA59.23);
- 2005 – Директива з визнання професійних кваліфікацій (Directive 2005/36/EC of the European Parliament);
- 2004 – Міжнародна міграція персоналу охорони здоров'я: проблема для систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються (WHA57.19).

Якщо в країнах Європейської Співдружності питання післядипломної підготовки за фахом «хірургія» у цілому врегульоване законодавчо та на практиці, в Україні на сучасному етапі існує низка викликів, які стосуються даної сфери (Матвійчук Б.О. та співавт., 2008, Никоненко О.С. та співавт., 2011).

Метою роботи є аналіз ситуації, що склалася з післядипломною освітою хірургів в Україні, можливих шляхів її вирішення, опираючись на попередній вітчизняний досвід, інституції провідних світових систем підготовки медичних фахівців.

Післядипломна освіта з хірургії в Україні у пострадянські часи

Система медичної підготовки лікарів-хірургів у перші десятиріччя незалежності України суттєво не відрізнялася від їх підготовки у колишньому СРСР (Березницький Я.С. та співавт., 2006). Після шести років навчання у медичному інституті (університеті), останній з яких включав субординатуру з хірургії, випускники проходили річну інтернатуру з хірургії та отримували відповідну спеціалізацію. Це давало право молодому спеціалісту виконувати свою професійну діяльність, тобто безпосередньо займатися хірургією, оволодіваючи усіма тонкощами вибраної професії. Чи був готовий учорашній випускник до самостійної роботи? Зрозуміло, що не зовсім. Слід пам'ятати, що «велика» хірургія на відміну від більшості інших спеціальностей неможлива без командної роботи. І дуже добре, коли молодому хірургу на його життєвому шляху траплявся досвідчений колега, який хотів навчити його усім тонкошам ремесла, ставав справжнім наставником, а не перетворював учорашнього випускника у свого «вічного» асистента на операціях. Так, після розподілу у сільську місцевість (амбулаторія, лікарня) молодий хірург залишався сам на сам з усіма організаційними та лікувально-діагностичними проблемами (здагується чомусь лікар Поляков – головний герой відомого оповідання Михайла Булгакова «Морфій»). Трохи згодом усі маленькі лікарні як нерентабельні були ліквідовані, у результаті чого хворі на гостру хірургічну патологію після консультації фельдшера ФАПУ вимушені були самотужки добиратися до центральної районної лікарні.

Розподіл до субординатури з хірургії могли отримати тільки відмінники навчання. Високий рівень теоретичної підготовки таких студентів на базових та клінічних кафедрах (анатомія, фізіологія, оперативна хірургія, загальна, факультетська та госпітальна хірургія), великий вплив хворих з ургентною хірургічною патологією давав можливість майбутнім лікарям майже 90% часу перебуваючи на клінічній базі профільної кафедри під час навчання у субординатурі (у програму також входили цикли з суміжних дисциплін), безпосередньо приймати участь в лікувально-діагностичному процесі клініки. Це був укорочений аналог зарубіжної резидентури в університетській клініці, коли студенти долами перебували у стаціонарі, супроводжуючи тематичного хворого від приймального покою через операційну до його виписки зі стаціонару. Надзвичайно цікавими та корисними були лекції провідних фахівців у різних галузях хірургії (академіків О.О. Шалімова, О.П. Ромоданова, професорів В.М. Короткого, Ю.В. Балтайтиса, В.С. Земскова, П.Д. Фоміна та багатьох інших), які на 6-му курсі сприймалися зовсім під іншим кутом із професійного погляду (нагадаю, що сьогодні у студентів-випускників узагалі відсутній будь-який лекційний курс). Студенти-субординатори були бажаною підмогою у будь-якому підрозділі стаціонару, їх із радістю залучали до виконання діагностичних маніпуляцій та оперативних утручань. За асистенції досвідченого викладача (кураторами були тільки професори та доценти кафедри) кожним майбутнім хірургом було виконано десятки невеликих за обсягом операцій і навіть етапи абдомінальних утручань (наприклад, апендектомію). Семінарським заняттям, які завжди перетворювалися на клінічний розбір конкретних клінічних кейсів із демонстрацією даних лабораторних та інструментальних методів дослідження за темою заняття, передувало детальне вивчення та конспектування спеціальної літератури (як правило, монографій), присвяченій вибраній темі. Участь молодих фахівців в ургентних чергуваннях, обходах завідувачів кафедри та відділення, клінічних та патолого-анатомічних конференціях не як статистів, а безпосередніх виконавців (доповідь хворого під час обходу, аналіз історії хвороби, обговорення етапів майбутньої операції з подальшою асистенцією на ній, післяопераційному веденні пацієнта) були невід'ємною частиною підготовки майбутніх хірургів. Однак цілком зрозуміло, що навіть після проходження субординатури з хірургії інтернатури тривалістю в один рік

було недостатньо для повного оволодіння спеціальністю, хоча юридично таке право молодий лікар-хірург отримував. Суттєво покращувала рівень професійної підготовки клінічна ординатура (24 місяці), яку замість інтернатури проходили випускники-відмінники, що паралельно з лікувальною роботою займалися науковими дослідженнями та готувалися до вступу в аспірантуру на клінічну кафедру.

Сьогодення післядипломної освіти з хірургії в Україні

Згідно з п. 6 ст. 47 розділу XV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про вищу освіту» від 1 липня 2014 р. (зі змінами і доповненнями), **інтернатура** проводиться в університетах, академіях, інститутах і є обов'язковою формою первинної спеціалізації осіб за лікарськими та провізорськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста або провізора-спеціаліста (Москалик Г.Ф., 2015). Порівнюючи якість підготовки інтернів-хірургів в Україні сьогодні (відсутність субординатури з хірургії на 6-му курсі, трирічна тривалість навчання) і у згадані вище часи, на жаль, не можна сказати, що збільшення термінів післядипломної освіти хірурга фактично на один рік суттєво підвищило її якість. В інтернатурі лікар-хірург навчається за індивідуальним навчальним планом, опрацьованим на підставі типового навчального плану та програми з інтернатури. Згідно зі згаданим планом, основною метою інтернатури з хірургії є вдосконалення професійних навичок з питань діагностики та лікування основних хірургічних захворювань, оволодіння та засвоєння хірургічних утручань та їх етапів випускниками ВМЗО, підготовлених за програмою лікаря загальної практики і відображених в освітньо-кваліфікаційній характеристиці лікаря-хірурга. В Україні планом підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Хірургія» протягом трирічного (33 місяці) періоду інтернатури передбачено навчання на кафедрі та суміжних кафедрах 12 місяців, або 1872 год, у т. ч. перший рік – 6 місяців (936 год), другий – 4 місяці (624 год), третій – 2 місяці (312 год) і 21 місяць на базах стажування (3276 год): перший рік – 5 місяців (780 год), другий – 7 місяців (1092 год), третій – 9 місяців (1404 год.). На базі стажування інтернам передбачено 36-годинний робочий тиждень для самостійної роботи під керівництвом безпосереднього керівника (лікаря-хірурга першої або вищої кваліфікаційної категорії). Типовим навчальним планом підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Хірургія» передбачено протягом трьох років навчання на кафедрі хірургії та суміжних кафедрах ВМЗО впродовж **12 місяців** і підготовка на базі стажування впродовж 21 місяця.

«Де-юре» структурним підрозділом, який здійснює підготовку інтернів, є кафедра хірургії ВМЗО, а контроль за безпосередньою організацією навчального процесу проводить завідувач кафедри. Загальне навчально-методичне керівництво і контроль належать деканату Інституту післядипломної освіти ВМЗО та його ректору. Основним завданням кафедр хірургії є навчання майбутнього лікаря у вищому медичному закладі освіти не лише основам діагностики та лікування хворих, а й перш за все *мистецтву індивідуального підходу до хворого*, вмінню визначити особливості клінічного перебігу захворювання у конкретного пацієнта, підібрати оптимальну діагностичну та лікувальну тактику, вмінню точно використати набуті знання. Навчитися бачити та аналізувати клінічно важливі прояви захворювання, думати над хворим – це вищий рівень лікарської майстерності, якого можна досягти лише завдяки поєднанню аналітичного, синтетичного та асоціативного мислення. Закінчується навчання в інтернатурі тестовим екзаменом «Крок-3» та усною атестацією перед поважною комісією (завідувачі кафедр хірургії та професори).

Однак така система післядипломної підготовки хірургів має свої суттєві недоліки:

1. «Де-факто» на хірургічній кафедрі лікарі-інтерни перебувають менше року, що є вкрай недостатнім для повноцінної підготовки майбутніх спеціалістів, урахувавши могутній потенціал, бажання та можливості клінічних кафедр у наданні таких послуг.

2. Як правило, часу, який відводиться для «очного» циклу, вистачає лише для поверхневого ознайомлення лікарів-інтернів із роботою кафедри та її клініки, а не для реалізації наведених вище завдань.

3. Постійні «зникнення» інтернів на суміжні цикли, «заочний» цикл розхолоджує навчальний запал молодих фахівців, які в душі все ще залишаються студентами. Ось чому основні свої сили вони спрямовують тільки на базисні принципи оволодіння професією (уміння виконувати стандартні ургентні маніпуляції та втручання тощо). На жаль, не сприяє цьому і спілкування зі звичайними лікарями-хірургами, які нерідко не зацікавлені у навчанні молодих «конкурентів». Важкі умови праці лікаря-хірурга, особливо в умовах невідкладної допомоги, не сприяють системному та регулярному підвищенню його професійно-освітнього рівня (винятком був період проходження передатестаційного циклу, який переважно зводився до формального відвідування лекцій та механічного заучування комп'ютерних тестів). Сьогодні і ця, мабуть, єдина змога повернути хірурга до «парти» нівельована новою бальною системою у вигляді «Особистого освітнього портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку», оскільки отримання балів під час пандемії COVID-19 та воєнного стану стало формалізованим.

Повноцінне навчання на кафедрі дало б змогу повністю усунути усі ці недоліки. Однак сьогодні клінічні кафедри переважно перебувають у «гостях» в закладах охорони здоров'я, які стали комунальними неприбутковими підприємствами. Діяльність між лікарнею та ВМЗО регламентується угодою про співпрацю. Однак навіть за ефективної комунікації завідувача кафедри з керівником лікувального закладу потужності лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) досить різні. Масове скорочення ліжкового фонду хірургічних відділень до 30–40 ліжок не дає змоги розмістити у них десятки інтернів. Виходом із ситуації, що склалася, для ВМЗО є пошук нових площ та підписання угод з кількома лікувальними закладами, які автоматично стають клінічними базами кафедр, що сьогодні є досить складним завданням. Другою проблемою якісного навчання інтернів-хірургів сьогодні у таких ЛПЗ є залежність програми підготовки від кількості підписаних лікарнею з Національною службою здоров'я України пакетів надання медичної гарантії. Виграшними залишаються бази, які здійснюють лікування хворих хірургічного профілю по швидкій допомозі (так, у м. Києві таких лікарень залишилося лише чотири). Саме на ургентних чергуваннях молоді фахівці можуть здобути необхідні знання та навички у діагностиці та лікуванні хворих із гострою хірургічною патологією.

Система післядипломної освіти з хірургії у деяких країнах світу

Ось чому альтернативою такій «заочній» інтернатурі є **резидентура (residency)**. В Україні отримання сертифікату спеціаліста дає право хірургу практикувати. В аналогічній ситуації наші зарубіжні колеги, випускники європейських університетів, тільки готуються до оволодіння майбутньою професією хірурга, оскільки в більшості країн ЄС університетський диплом навіть після проходження річної інтернатури не дає права працювати в практичній медицині (Цехмістер Я.В., 2018). Уважається, що випускник медичного факультету знає не так багато, щоб йому можна було довірити здоров'я та життя пацієнтів, і вже зовсім мало вміє (добре опановувавши теорію, зовсім не займався практикою). На тлі нашої трирічної інтернатури європейська система резидентури здається надзвичайно складною і вимогливою, а її тривалість (4–5 років) викликає скептичну посмішку: навіщо? Хіба європейцям гроші нікуди подіти? В Україні лікарі-інтерни отримують мінімальну заробітну платню або навіть сплачують за навчання (контрактна форма), а в ЄС і США лікар-резидент отримує гідну зарплату.

Згідно з *The free Dictionary by Farlex*, **резидент** – лікар (молодий фахівець), який перебуває в університетській лікарні і лікує госпіталізованих пацієнтів під спостереженням медичного штату лікарні; лікар, що одержує спеціалізоване клінічне навчання в лікарні, як правило, після завершення інтернатури. А згідно з *Webster's Medical Dictionary*, «...отримує навчання в спеціалізованій сфері такій як, наприклад, хірургія, внутрішня медицина тощо. Отримання дозволу на практику в усіх медичних і хірургічних спеціальностях вимагає задовільного завершення програми резидентури».

Україна також готувалася до запровадження резидентури, що було закріплено у п. 7 згаданого вище Закону України «Про вищу освіту»: «Лікарська резидентура проводиться в університетах, академіях, інститутах і є формою спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями виключно на відповідних клінічних кафедрах для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста згідно з переліком лікарських спеціальностей, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Цілком зрозуміло та логічно, що з введенням резидентури кількість спеціальностей (правильніше спеціалізацій) в інтернатурі з 34 може бути скорочена до 12 базисних. Серед хірургічних спеціалізацій залишаються «хірургія» та «дитяча хірургія». Усі інші вузькі спеціалізації (онкохірургія, нейрохірургія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, хірургія серця та магістральних судин, торакальна хірургія, оториноларингологія, офтальмологія, ортопедія і травматологія, комбустіологія) можна буде отримати тільки після закінчення лікарської резидентури. Тривалість навчання становитиме два роки. Аналогом програми резидентури з хірургічних дисциплін може стати згадана вище клінічна ординатура, яка вже виправдала себе під час підготовки тисяч вітчизняних і зарубіжних лікарів. Під час навчання резидент, який **постійно** перебуває на базі кафедри, закріплюється за викладачем, як правило, одним із найдосвідченіших хірургів (в одного викладача може бути кілька резидентів). Згідно з індивідуальним планом підготовки молодий спеціаліст щодня здійснює прийом хворих, бере участь у консультаціях, асистує під час операцій, виконує етапи оперативних утручань, виступає на конференціях, у тому числі й наукових, публікує статті та тези, приймає участь у клінічних розборах, складає заліки з навчальної та практичної роботи тощо. Після закінчення навчання у резидентурі іспит приймає незалежна комісія. Ефективна робота здібних резидентів на кафедрі може сприяти поповненню кадрового потенціалу ВМЗО талановитою молоддю.

На думку автора, майбутня програма підготовки лікаря у резидентурі з хірургічних дисциплін повинна бути диференційованою залежно від профілю спеціалізації. Тривалість такого навчання також повинна залежати від складності «перенавчання» хірурга. Наприклад, для здобуття загальним хірургом

спеціалізації з онкохірургії може бути достатньо 24 місяців резидентури (зараз – три місяці), а для нейрохірурга тривалість повинна бути більшою. Цілком зрозуміло, що майбутньому абдомінальному онкохірургу в процесі подальшої професійної діяльності доведеться стикатися із супутнім онкологічним процесом у грудній порожнині, органах малого тазу, який потребує виконання симультанної операції. Ось чому програма навчання у резидентурі повинна бути ще й гнучкою: онкохірург повинен отримати запитання на майбутні виклики шляхом ротацій на циклах суміжних дисциплін: гінекології, урології, торакальної хірургії тощо. Роль симуляційних форм навчання важлива у контексті підготовки та власне складання спеціалістом фінального іспиту на муляжах у разі дефіциту ліжкового фонду хірургічних відділень, орендних відносин ЛПЗ та ВМЗО, неможливості безпосереднього проведення іспиту «біля ліжка хворого», за операційним столом. Винятком є спеціальна програма підготовки спеціалістів, які працюють у сфері роботохірургії (до програми підготовки навіть входить володіння сучасними високотехнологічними комп'ютерними іграми). Упроваджена в останні роки внаслідок низки об'єктивних причин дистанційної форми навчання у ВМЗО є неприйнятним для резидентури, оскільки при цьому усувається практичний складник навчання. Цю форму навчання можливо використовувати у лекційному курсі.

На жаль, пункт Закону про впровадження резидентури так і не був утілений у практику післядипломної медичної освіти України, оскільки його реалізація обмежена, передусім, невеликою кількістю університетських клінік, а за їх наявності – дефіцитом ліжкового фонду.

Водночас у «Директиві з визнання професійних кваліфікацій (2005/36 ЄС від 7 вересня 2005 р.)» було встановлено навчання в резидентурі тривалістю п'ять років для таких хірургічних спеціальностей:

- пластична хірургія;
- торакальна хірургія;
- дитяча хірургія;
- судинна хірургія;
- загальна хірургія;
- урологія.

Тривалість резидентури з нейрохірургії обмежувалась чотирма роками.

Сьогодні у світі за етапністю існує три системи післядипломної медичної освіти:

- **одноетапна:** після отримання диплому лікаря навчання в інтернатурі чи в резидентурі (3–6 років) (Німеччина, Ізраїль, Румунія, Молдова тощо);
- **двоетапна (дворівнева):** після отримання диплому лікаря навчання в інтернатурі (1 рік), резидентурі (4–6 років) чи на спеціалізації (Швеція, Великобританія тощо). Цей принцип задекларований і в Україні;
- **трьохетапна:** після отримання диплому лікаря стажування чи навчання в інтернатурі, потім у резидентурі, а потім – спеціалізація з вузьких спеціальностей (США, Франція тощо).

Ураховуючи найбільш близькі стосунки серед наших західних сусідів із **Польщею**, хочеться зупинитися на моделі системи післядипломної медичної освіти саме цієї країни (член ЄС). Лікар у Польщі – це спеціаліст, який здобув 6-річну медичну освіту, отримав нострифікацію та склав мовний іспит (якщо йдеться про лікаря-іноземця не з країни ЄС), пройшов післядипломне стажування та склав заключний іспит ЛЕК. Післядипломне стажування триває 12 місяців, також надається місячна відпустка. Програма стажування включає практичні заняття в основних сферах медицини: терапії, хірургії, педіатрії, акушерстві та гінекології, анестезіології та реанімації, психіатрії і т. д. Лікарський заключний іспит (ЛЕК) перший раз складається безоплатно (проводиться двічі на рік). Тестові запитання охоплюють основні медичні дисципліни.

Після закінчення стажування та успішного складання ЛЕК лікар може:

- працювати без спеціалізації (у первинній ланці (POZ) – виконувати функції лікаря загальної практики та сімейної медицини, асистента лікаря-спеціаліста та супроводжувати пацієнтів у машині швидкої допомоги);
- здобути спеціалізацію (після проходження резидентури).

Резидент працює у певній сфері медицини, наприклад хірургії, гінекології, терапії і т. д., на підставі трудового договору, укладеного з лікарнею, яка уповноважена надавати резидентські місця. Фінансування здійснюють МОЗ і Фонд праці. Окрім того, лікарня може доплачувати резидентові, і часто саме так і відбувається, оскільки лікувальна установа зацікавлена, щоб резидент залишився на п'ять років і довше. Кількість резидентських місць, фінансованих Міністерством і Фондом праці, обмежена, і вирішальне значення для вступу до резидентури має результат ЛЕК. Однак у зв'язку з тим, що в Польщі спостерігається істотний дефіцит вузькопрофільних спеціалістів, є можливість вступити до резидентури, фінансованої воєводством, або домовитися про здобуття спеціалізації за рахунок лікарні.

У цьому разі достатньо набрати 56 % правильних відповідей на LEK. Лікар-резидент виконує весь спектр обов'язків лікаря-спеціаліста в даній сфері за місцем резидентури, а також має право вільно практикувати поза місцем резидентури, але як лікар первинної ланки – на швидкій, лікарем загальної практики в амбулаторії або лікарем-асистентом. Лікаря-резидента контролює керівник спеціалізації – кваліфікований спеціаліст у даній сфері. Після закінчення резидентури треба скласти іспит, що включає тестову та усну частини, які проходять у різні дні. Для позитивного результату треба набрати 60 % правильних відповідей.

Вік лікарів, які вступають до резидентури, як правило, старше 30 років, оскільки сьогодні після закінчення університету або нострифікації диплома спеціаліста вважають за краще якийсь час практикувати в первинній ланці. Це дає можливість швидко заробити й набути цінного досвіду роботи з пацієнтом. Потрапити в резидентуру може як лікар після студентської лави, так і зрілий лікар, який довго мріяв здобути хорошу спеціальність, але не мав такої можливості на батьківщині. Головне, що в Польщі резидентура добре оплачується, а право на лікарську практику (PWZ), отримане після закінчення післядипломного стажування та складання LEK, дає лікареві-резидентіві можливість отримання додаткового заробітку в первинній ланці. У кінці спеціалізованого навчання лікар складає PES, формат та критерії оцінювання подібні до LEK. У разі невдачі іспит можна скласти повторно. У Польщі існує дворівнева спеціалізація з хірургії, коли спочатку лікар здобуває спеціалізацію із загальної хірургії, а потім, за бажанням, може здобути спеціалізацію другого рівня, наприклад, з онкохірургії (аналог наведеної вище трьохетапної системи).

В Іспанії випускники шкіл складають іспит, результати якого дуже важливі. Виходячи з кількості отриманих балів можна вибрати ту або іншу професію. Для вступу в медичний університет необхідно отримати максимальну кількість балів – 13 із 14 (для порівняння: щоб навчатися на юридичному, достатньо 10, а на економічному – 9 балів) (Тараненко І.Г., 1996). Навчання триває шість років, після чого первинна спеціалізація з хірургії відбувається через інтернатуру, а повторна (вузька) спеціалізація набувається тільки в резидентурі (п'ять років). Без проходження резидентури лікар не має права самостійно здійснювати оперативні втручання. Щорічно в Іспанії навчається близько 7 тис резидентів. Вони укладають контракт на роботу і, згідно з чинним законодавством, не мають права поєднувати її з будь-якою іншою. Майбутні спеціалісти працюють у медичних установах під керівництвом своїх наставників та отримують за це заробітну платню (близько тисячі євро). Упродовж 4–5 років резидентури з розширенням обов'язків молодого спеціаліста зростає і його дохід.

Аналогічна система післядипломної медичної освіти існує й у **США**. Студентам, які пройшли повний курс навчання в медичному навчальному закладі й успішно склали екзамени, видається сертифікат про закінчення медичної школи і присвоюється звання доктора медицини. Сертифікат не дає права займатися медичною практикою. Для одержання спеціального дозволу (повної ліцензії) на самостійну медичну практику з хірургії всі випускники медичних шкіл зобов'язані пройти подальший курс навчання в інтернатурі й резидентурі. Інтернатура в США – перша фаза в післядипломній медичній освіті, яка йде безпосередньо за завершенням чотирирічної програми навчання у вищій медичній школі. Інтернатура з хірургії включає практичну роботу (стажування зі спеціальності) випускників медичних шкіл у лікарнях та амбулаторіях під керівництвом кваліфікованих лікарів. У США існують два типи інтернатури: пряма і змінна, яка називалася ротаційною, для отримання спеціалізації з хірургії спеціаліст повинен пройти пряму інтернатуру. Означена інтернатура організується на базі лікарень, для яких Комітетом зв'язку по післядипломній медичній освіті затверджено резидентуру з відповідної спеціальності. Навчання триває один рік. У ротаційній інтернатурі здійснюється підготовка з двох або більше клінічних спеціальностей, однак з обов'язковою підготовкою протягом чотирьох місяців у галузі внутрішніх хвороб. Мета цієї інтернатури – дати різнобічну клінічну підготовку до подальшої самостійної медичної практики як сімейного або загальнопрактикуючого лікаря. Після закінчення інтернатури інтерни зобов'язані скласти кваліфікаційний екзамен, що засвідчує їхню професійну компетенцію в галузі загальної практики, після чого вони одержують повну ліцензію на право самостійної лікарської практики. Федеральним органом із видачі ліцензій на лікарську практику для більшості штатів (за винятком штатів Делавер, Флорида і Техас) є Національна колегія медичних екзаменаторів. І лише у згаданих трьох штатах видачею ліцензій і прийомом екзаменів продовжують займатися екзаменаційні комісії медичних відділів штатів (Medical Education in the USA). Резидентура є другою фазою післядипломної медичної освіти, мета якої – підготовка кваліфікованих лікарів – спеціалістів із певної медичної спеціальності. Резидентура організується в університетських навчальних медичних центрах і на базі лікарень, зв'язаних із медичними школами. Строк навчання – від трьох до п'яти років – залежить від вибраної спеціальності. Наприклад, мінімальна тривалість резидентури (не враховуючи року інтернатури) з анестезіології, внутрішніх хвороб, акушерства та гінекології, урології,

дерматовенерології, медичної радіології – три роки, з нейрохірургії, оториноларингології – чотири роки, загальної хірургії – п'ять років.

Як бачимо, що у розвинених країнах світу післядипломна медична підготовка лікарів-хірургів здійснюється через навчання спочатку в інтернатурі, а потім у резидентурі. В Україні, незважаючи на законодавчо закріплену форму навчання у резидентурі, лікарі-хірурги отримують спеціалізацію після проходження трирічного навчання в інтернатурі (Морозова О.М. та співавт., 2016). Рівень підготовки молодих спеціалістів не завжди виправдовує очікування ЛПЗ, оскільки проходження «очного» циклу на хірургічних кафедрах ВМЗО, який становить менше 30% від усього терміну навчання в інтернатурі, є недостатнім для повноцінного оволодіння професією.

Отже, якнайшвидше впровадження у систему післядипломної медичної освіти після закінчення базисної інтернатури з хірургії резидентури з вузьких хірургічних спеціалізацій дасть змогу суттєво поліпшити якість підготовки лікарів зазначено фаху. Слід пам'ятати, що резидентура не є кінцевою формою післядипломної підготовки хірурга. Згідно з концепцією безперервного професійного розвитку лікарів України, хірургу дозволяється додатково отримувати нову хірургічну спеціалізацію на курсах спеціалізації (впродовж 3–9 місяців) при ВМЗО, якщо цього потребує ЛПЗ (бюджетна форма навчання), або на контрактній основі.

Висновки

1. Існуюча в Україні система післядипломної освіти лікарів-хірургів, яка включає трирічну інтернатуру, не може забезпечити ефективну підготовку спеціалістів даного фаху.

2. Основна причина недостатньої професійної післядипломної підготовки хірургів полягає у низькому залученні у навчання високоспеціалізованого потенціалу кафедр хірургії ВМЗО (менше 30% часу від загального терміну навчання в інтернатурі).

3. Отримання вузької спеціалізації для клініцистів, які вже мають лікарську категорію з хірургії, як правило, полягає у проходженні комерційних 3–5-місячних курсів, що не може вважатися достатньо ефективним.

4. Ураховуючи підтримку Європарламентом надання Україні статусу кандидата в Європейську Співдружність, перспективним бачиться перехід саме до європейської моделі післядипломної освіти з хірургії через інтернатуру та резидентуру. Остання законодавчо задекларована в системі післядипломної медичної підготовки в Україні, однак і дотепер не впроваджена в освітній процес.

Література

1. Лінчевський О.В., Черненко В.М., П'ятиницький Ю.С., Булах І.Є. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку)*: матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ, м. Тернопіль, 18–19 травня 2017 р.: у 2-х т. / Терноп. держ. мед. ун-т імені І.Я. Горбачевського. Тернопіль, 2017. С. 3–6.
2. Головка Н.Г., Гайдаржи Е.И. Задачи и перспективы развития последипломного образования на кафедрах хирургического профиля. *Запорожский медицинский журнал*. 2011. № 13 (5). С. 149–151.
3. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П., Палагін О.В. Післядипломна медична освіта – нові горизонти й перспективи. *Медична освіта*. 2016. № 3. С. 12–16.
4. Волосовець О.П., Заболотько В.М., Волосовець А.О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. Т. 12. № 1 (84). С. 2026.
5. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук та ін. *Медична освіта*. 2017. № 2. С. 5–13.
6. Ільницька О.М., Катеринюк В.Ю., Катеринюк О.Г., Хороб Н.Д. Актуальність післядипломної освіти медичних працівників у державних закладах охорони здоров'я України (1 повідомлення). *Медична освіта*. 2018. № 1. С. 26–29.
7. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.
8. Методичні рекомендації для керівників баз стажування з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Хірургія» / Б.О. Матвійчук та ін. Київ; Львів, 2008. 57 с.
9. Никоненко О.С., Шаповал С.Д., Дмитрієва С.М. Організаційні питання викладання хірургії в післядипломній освіті. *Український журнал хірургії*. 2011. № 6 (15). С. 180–182.
10. Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних навчальних закладів, медичних факультетів університетів зі спеціальності «Хірургія» / Я.С. Березницький та ін. Київ, 2006. 44 с.
11. Москалик Г.Ф. Безперервна освіта та сучасний інформаційний простір. *European cooperation*. 2015. № 5. С. 24–34.

12. Цехмістер Я.В. (2018) Медична освіта в системі вищої освіти розвинутих країн світу. *Сучасна вища школа: психолого-педагогічний аспект*. Київ, 2018. С. 147–175.
13. Тараненко І.Г. Основні напрямки освіти в Іспанії. Київ, 1996.
14. Морозова О.М., Батюк Л.В., Кнігавко В.Г. Пошук стандартів вищої медичної освіти для вдосконалення системи охорони здоров'я. *Актуальні питання якості медичної освіти* : матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку), м. Тернопіль, 12–13 травня 2016 р. Тернопіль, 2016. Т. 1. С. 109–110.

FEATURES OF POSTGRADUATE EDUCATION IN SURGERY IN UKRAINE AND THE WORLD IN MODERN CONDITIONS

Kolosovych I.V.

Bogomolets National Medical University

The restructuring of the medical industry in Ukraine in connection with its European integration requires the training of a qualitatively new doctor who is able to combine fundamental theoretical knowledge, mastery of modern innovative technologies and medical practice. In Ukraine, as in the world as a whole, the number of medical workers is steadily declining, for a number of reasons. That is why the issues of postgraduate education of future doctors, in particular surgeons, in the state health care institutions of Ukraine are of paramount importance. This is especially true of the surgeon's profession.

The purpose of this work is to analyze the situation with postgraduate education of surgeons in Ukraine, possible ways to solve it, based on previous domestic experience, the institutions of the world's leading training systems for medical professionals.

The author analyzes the system of postgraduate training in surgery in post-soviet times, emphasizes the positive aspects of classical medical education, which included subordination, and the negative aspects of the annual internship in surgery. A detailed description of the three-year internship in modern conditions is given, a critical analysis of the negative aspects of this form of education is given, the main of which is the low involvement in training of highly specialized potential of Department of Surgery of Medical Universities (less than 30% of the total internship period).

The transition to the European model of postgraduate education in surgery through internship and residency is promising. The latter is legally declared in the system of postgraduate medical training in Ukraine, but has not yet been implemented in the educational process.

Key words: *postgraduate medical education, surgery, internship, residency.*