

УДК 616-051:316.356.2

## До 25-річчя утворення



# Київська міська клінічна лікарня № 8 як база підготовки зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» на додипломному етапі державною та англійською мовами

**А.М. Пілецький<sup>1</sup>, О.М. Гіріна<sup>2</sup>, І.В. Гаврисюк<sup>1</sup>, С.В. Плахотнік<sup>1</sup>, Т.В.Кольцова<sup>1</sup>, В.М. Рудіченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Київська міська клінічна лікарня № 8

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ



**Лікарський колектив КМКЛ № 8.**

**Зліва направо: стоять – Г.О. Власова, Н.В. Снігир, М.Ю. Бутмерчук, І.В. Гаврисюк, Л.Г. Подрез, В.М. Рудіченко, В.О. Кривець, О.А. Білан, В.Д. Донська, М.Г. Маслій; сидять – А.М. Пілецький, С.В. Плахотнік, Т.В. Кольцова**

Стаття містить узагальнений аналітичний та організаційний матеріал стосовно оптимізації підготовки зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» на додипломному етапі державною та англійською мовами в умовах клінічної багатопрофільної лікарні. Загальна практика–сімейна медицина є академічною і науковою дисципліною з власним змістом освіти, науково-дослідною базою і клінічною діяльністю, орієнтованою на первинну медико-санітарну допомогу. Викладання її потребує залучення достатньої клінічної бази з досить широкою багатопрофільною нозологією та досвідченими медичними працівниками. Уважаємо, що проведення іншомовних (зокрема англійських) практичних занять доречно базувати на паралельних методичних розробках заняття, тобто: актуальність теми, навчальні цілі заняття (з відповідним рівнем засвоєння, що планується), виховні цілі, міждисциплінарна інтеграція, зміст заняття, що передається сукупністю доступних педагогічних засобів з відповідним планом та організаційною структурою заняття (підготовчий етап, основний, заключний). Результатом роботи викладача є

підготовка матеріалів методичного забезпечення заняття, а також літератури, причому аналіз англійських джерел може наводитися під час заняття державною мовою і навпаки.

**Ключові слова:** загальна практика–сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога, науково-педагогічна діяльність, багатопрофільна клінічна лікарня, практичне заняття.

Доведено, що основну частку відповідальності за можливі зменшення захворюваності та зміцнення здоров'я населення несе первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), побудована на засадах загальної практики–сімейної медицини (ЗП–СМ) [2, 3]. Тому саме вона повинна бути основою перетворень у медичній галузі, а викладання зі спеціальності має залучати щонайбільше можливих клінічних ситуацій та їхніх варіантів, з якими може стикнутися лікар первинного контакту, в найширшому контексті. Багатопрофільна потужна лікарня при наявності загальнотерапевтичних відділень повністю виправдала сподівання на забезпечення комплексності та цілісності підготовки державною та англійською мовами зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» на додипломному етапі.

Склалося так, що серед пацієнтів існує помилкова думка про те, що «по-справжньому» лікуватися можна тільки в стаціонарі, а «вузький» фахівець з суперсучасною апаратурою завжди кращий за лікаря загальної практики. Ринок медичних послуг активно підтримує і розвиває такий попит. Нові спеціальності продовжують створюватися, і відчувається потреба в спеціалізації у ще вузьких сферах надання медичної допомоги. Ніхто не заперечує переваг, які така спеціалізація несе із собою. Більше того, лікар первинної ланки повинен мати певний досвід контакту з багатограними аспектами роботи «вузького» фахівця на етапі стаціонару для забезпечення адекватної наступності та безперервності комплексної медичної допомоги. Але поряд з цим існує загроза для системи охорони здоров'я, з якою вже зіткнулася більшість із розвинутих країн. Вона полягає в тому, що така «надспеціалізація» порушує цілісність охорони здоров'я. Без відповідної координації зусилля вузьких спеціалістів піддаються небезпеці фрагментації та дезінтеграції. Крім того, дублювання функцій знижує ефективність витрат. Значне і неконтрольоване підвищення витрат на медицину стало зараз головною проблемою національних

систем охорони здоров'я більшості країн. Відповідно, якщо держава через податки чи страхові збори не в змозі покривати витрати на медицину, це лягає тягарем на самих пацієнтів, що одразу ж впливає на доступність такої допомоги.

З досвіду розвинених країн відомо, що більше 80% проблем здоров'я людини можна вирішувати на первинному рівні охорони здоров'я. Відомо також, що реальна профілактика захворювань і пропагування здорового способу життя за невеликих витрат дозволяє економити значні суми на лікування. При цьому слід зазначити принципову відмінність між первинною і вторинною ланками мережі охорони здоров'я. Вторинна ланка отримує фінансування залежно від кількості пролікованих пацієнтів. Тобто, чим більше люди хворіють, тим більше фінансування отримує вторинний рівень. Існує «зацікавленість» у зростанні захворюваності. Звідси і вислови на зразок: «Немає здорових людей, є недообстежені». І в процесі підготовки майбутніх лікарів ЗП–СМ такі аспекти взаємодії різних рівнів та етапів лікарської допомоги повинно комплексно опанувати та усвідомлювати. Фінансування первинної ланки в різних країнах світу намагаються організувати таким чином, щоб заклади отримували кошти за прикріплене населення (подушне фінансування), і чим більше буде хворих, тим більше коштів цей заклад втратить (кошти слідує за пацієнтом в стаціонар). Це дозволяє економити кошти в системі охорони здоров'я і створювати мотивацію для впровадження реальної профілактики і здорового способу життя [2]. Саме тому розвиток первинної ПМСД став для багатьох країн виходом із кризової ситуації. Такий підхід був підтриманий і ВООЗ, яка в головному стратегічному документі «Здоров'я для всіх у XXI столітті» визначила розвиток ПМСД на принципах сімейної медицини одним із важливих завдань для європейських країн.

Системи ПМСД в різних країнах Європи різні залежно від історичних умов розвитку, однак більшість із них базується на принципах ЗП–СМ, на підставі чого побудоване і відповідне викладання на додипломному етапі. Треба зауважити, що під час практичних занять відповідно до тематичного плану після проведення клінічного розбору хворих та аналізу клініко-морфологічних паралелей ми застосовуємо розроблений нами перелік в якості опорних пунктів очних та заочних видів перевірки засвоєння знань при підготовці лікарів ЗП–СМ на базі загальнотерапевтичних відділень Київської міської клінічної лікарні (КМКЛ) № 8. Практичні заняття проводять державною та англійською мовами [1, 9]. Уважаємо, що проведення іншомовних (зокрема англомовних) практичних занять доречно базувати на паралельних методичних розробленнях заняття, тобто: актуальність теми, навчальні цілі заняття (з відповідним рівнем засвоєння, що планується), виховні цілі, міждисциплінарна інтеграція, зміст заняття, що передається сукупністю доступних педагогічних засобів з відповідним планом та організаційною структурою заняття (підготовчий етап, основний, заключний). Результатом роботи викладача є підготовка матеріалів методичного забезпечення заняття, а також літератури, причому аналіз англомовних джерел може бути наведений під час заняття державною мовою і навпаки.

Набутий досвід розвинених країн дозволив таким впливовим організаціям, як ВООЗ і WONCA (Міжнародна організація загальної практики–сімейної медицини) визначити головні принципи і сформулювати загальну концепцію сімейної медицини, що, безумовно, впливає на особливості відповідного викладання. При опануванні теми ми спираємось на офіційні документи наведених вище організацій – «Структура професійного і адміністративного розвитку ЗП–СМ у Європі» (ВООЗ, 1998) та «Європейське визначення ЗП–СМ» (WONCA EUROPE, 2002).

Визнано, що саме ЗП–СМ може забезпечити:

- 1) доступні і прийнятні послуги для пацієнтів;
- 2) справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я;

3) інтегроване і координоване з лікарями усіх спеціальностей надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг, а також зміцнення здоров'я;

4) раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я; п'яте – рентабельність ПМСД. Загальна практика може внести головний вклад в ефективні і низьковитратні послуги ПМСД високої якості, що дозволить позитивно вплинути на навантаження і якість спеціалізованої і госпітальної допомоги [3].

ВООЗ визначила характеристики ЗП–СМ, які притаманні для системи охорони здоров'я різних країн (це ми спеціально розглядаємо під час лекцій та практичних занять):

- Загальність медичної допомоги, яку забезпечує ЗП–СМ, передбачає вирішення проблем зі здоров'ям усього населення, незалежно від віку, статі, релігії, соціального стану. Вона повинна бути легкодоступною, з мінімальною втратою часу. Доступ не повинен обмежуватися географічними, культурними, адміністративними або фінансовими бар'єрами.

- Безперервність і тривалість свідчать, що допомога орієнтована на хворого, а не на хворобу, що взаємодія лікаря і пацієнта не обмежується окремим епізодом захворювання, а заснована на довгострокових персональних стосунках.

- Комплексність послуг сімейного лікаря часто сприймається і пацієнтами, і лікарями як сума послуг «вузьких» фахівців, що є помилковим. Ставлення сімейного лікаря до пацієнта зовсім інше – він використовує так званий холістичний (цілісний) підхід, де враховується все: фізичний і психологічний стан, соціальне оточення, умови життя і праці, ставлення людини до свого здоров'я, її переконання тощо. З фізичних, психологічних та соціальних перспектив загальна практика забезпечує інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку. Сімейний лікар працює в ситуаціях, коли не визначена межа між станом і захворюванням, і в прийнятті рішень він поєднує гуманістичні та етичні аспекти взаємовідносин лікар–пацієнт із клінічними аспектами. І для опанування студентами багатоплановості цих аспектів ми використовуємо потужні можливості практично всіх відділень КМКЛ № 8.

- Координація передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником в системі охорони здоров'я (ринку медичних послуг). ЗП–СМ як первинна ланка має справу з різноманітними проблемами здоров'я, що виникають у пацієнтів. За необхідності лікар загальної практики повинен гарантувати своєчасне направлення пацієнта до відповідного спеціаліста. Щодо інших надавачів соціальної і медичної допомоги – сімейний лікар виступає в якості своєрідного менеджера, який координує їхню діяльність. Тому до викладацького поцесу широко залучається практичний досвід спеціалістів всіх підрозділів КМКЛ № 8.

- Співробітництво – одна із найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі повинні бути готові співпрацювати з іншими працівниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, делегуючи їм за необхідності піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших дисциплін. Вони можуть зробити важливий внесок і взяти активну участь в добре функціонуючій міждисциплінарній команді і повинні бути готовими брати на себе керівництво її роботою. Клінічною базою опанування такої важливої навички практичного лікаря слугує саме багатопрофільна КМКЛ № 8.

- Орієнтація на сім'ю підкреслює важливість впливу близького оточення пацієнта на його здоров'я. Сімейна медицина вирішує проблеми індивідів у контексті їхніх сімейних обставин, соціальної і культурної мережі, а також умов, у яких вони живуть і працюють.

- Орієнтація на громаду передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я. Проблеми

пацієнта повинні розглядатися крізь призму його/її життя в спільноті. Сімейний лікар повинен усвідомлювати потреби здоров'я населення даної громади і співпрацювати з іншими професіоналами та представниками суспільних потреб, а також групами самопомогі та громадськими організаціями, щоб ініціювати позитивні зміни у здоров'ї населення.

Таким чином, ЗП–СМ є академічною і науковою дисципліною з власним змістом освіти, науково-дослідною базою і клінічною діяльністю, орієнтованою на ПМСД. Викладання її потребує залучення достатньої клінічної бази з досить широкою багатопрофільною нозологією та досвідченими медичними працівниками.

4 лютого 2014 року виповнилося 25 років з дня відкриття Київської міської клінічної лікарні № 8. Лікарню-тисячник було відкрито 4 лютого 1989 року. Це стало подією для столиці і України: з нагоди відкриття лікарні зібрався мітинг за участі Міністра охорони здоров'я України О.Ю. Романенка, представників міськкому та міськвиконкому, секретарів райкомів та голів райвиконкомів, будівельників, а також трудових колективів восьми районів м. Києва, які брали участь у будівництві та освоєнні новобудови.

При відкритті лікарня мала назву Центральна районна клінічна лікарня Мінського району м. Києва. У 1992 році їй було присвоєно №30. Центральну районну клінічну лікарню № 30 у 1998 році було реорганізовано в Клінічну лікарню № 8 – базу Територіального медичного об'єднання (ТМО) Мінського району м. Києва. При реорганізації ТМО Мінського району м. Києва була створена Київська міська клінічна лікарня № 8, яка з 01.01.1999 р. до сьогодні має статус юридичної особи міського підпорядкування. І всі останні роки лікарня безперервно була клінічною базою підготовки зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» на додипломному етапі.

Лікарню з дня відкриття очолює Анатолій Михайлович Пілецький – заслужений лікар України, д-р мед. наук, професор, академік Української Академії наук, Лауреат Національної медичної премії України.

7 лютого 1989 року стаціонар прийняв перших пацієнтів, сьогодні кількість госпіталізованих сягає 28 тис. на рік. Лікарня залишається найпотужнішим закладом столиці і розрахована на одночасне перебування 940 хворих.

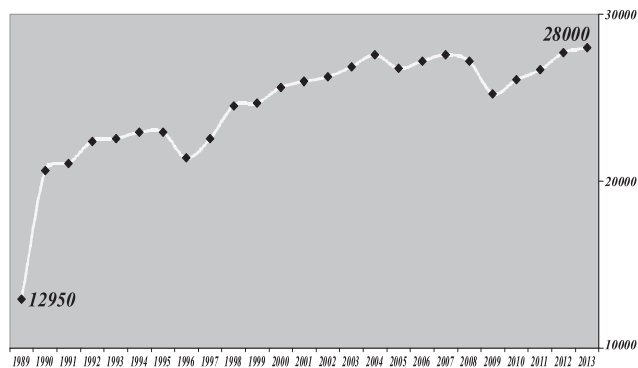
Уперше в охороні здоров'я м. Києва в структурі лікарні були відкриті відділення психосоматичних розладів, денний хірургічний стаціонар, відділення спелеотерапії.

Лікарня має ліцензію на право проведення медичної практики з 32 лікарських спеціальностей.

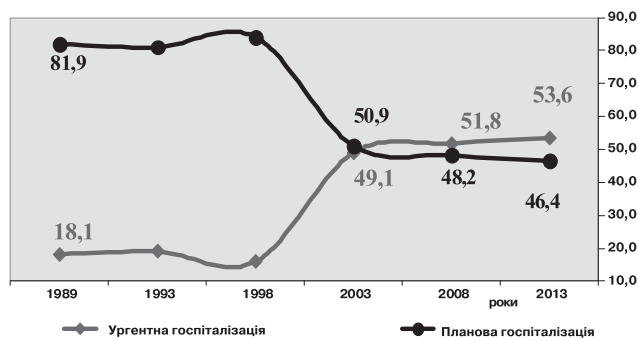
Стаціонарна медична допомога надається у 17 клінічних відділеннях: 7 – терапевтичного профілю загальною потужністю 430 ліжок, 5 – хірургічного профілю, загальною потужністю 250 ліжок та 5 – відділеннях спеціалізованого профілю загальною потужністю 260 ліжок.

Лікарня забезпечує надання не тільки загальнотерапевтичної, а також і висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної допомоги дорослому населенню за багатьма профілями і має у своєму складі ліжка: терапевтичні, кардіологічні, гастроентерологічні, алергологічні, психосоматичні, хірургічні, малоінвазивної хірургії, гнійної хірургії, травматологічні, ортопедичні, неврологічні, нейрореабілітаційні, офтальмологічні, отоларингологічні. Переважна кількість відділень розрахована на 60 ліжок. Реанімаційна допомога хворим забезпечується у відділенні анестезіології і інтенсивної терапії на 12 ліжок. Широкий спектр забезпечуваної стаціонарної допомоги зумовлює можливість всеосяжної підготовки лікарів ЗП–СМ з урахуванням наукових розробок, здійснених на базі лікарні [4–8].

Допоміжні та діагностичні структури представлені відділеннями: приймальним, фізіотерапевтичним, рентгенологічним, трансфузіології, кабінетами ультразвукової діаг-



Мал. 1. Проліковано хворих (абс. кількість)



Мал. 2. Структура госпіталізації до КМКЛ № 8, %

ностики, ендоскопії, функціональної діагностики, клінічною та імунологічною лабораторіями, патологоанатомічним відділенням.

Амбулаторний прийом хворих здійснюють консультативно-діагностичне алергологічне відділення, відділення спелеотерапії, травмункт.

Лікарня має у своєму складі Київський міський алергологічний центр та Київський міський гастроентерологічний центр.

Праця колективу спрямована на постійне удосконалення організації та надання медичної допомоги мешканцям столиці та України. КМКЛ № 8 забезпечує планову та ургентну госпіталізацію хворих Оболонського району м. Києва з усіх профілів, госпіталізацію хворих інших районів м. Києва у встановленому порядку, ургентну госпіталізацію по місту тричі на тиждень.

Щорічно в лікарні надається медична допомога близько 55 тис. хворих. За час існування лікарні вражаюче зріс потік хворих, що звертаються за медичною допомогою (мал. 1).

У стаціонарних відділеннях отримують щорічно медичну допомогу в середньому 28 тис. хворих, з яких до 50% – ургентних. Загалом за 25 років в лікарні отримали стаціонарну допомогу більше ніж 600 тис. пацієнтів. Кожен з них пройшов через приймальне відділення. На сьогоднішній день приймальне відділення обслуговує більше 30 тис. пацієнтів на рік. Прийняти таку кількість хворих, половина з яких надходить в ургентному порядку, забезпечити їхнє оперативне та якісне клініко-діагностичне обстеження, своєчасно визначити профільність госпіталізації, при необхідності надати невідкладну медичну допомогу можливо лише за умови чіткої організації системи прийому хворих. Ці завдання відповідально та ефективно вирішує завідувач приймальним відділенням, лікар вищої категорії С.В. Пожарський. В останні роки була проведена реконструкція та капітальний ремонт приймального відділення. Сьогодні воно має сучасне облаштування, укомплектоване досвідченим медперсоналом, що дозволяє забезпечити оптимальні терміни прийому хворих.



Соціально-економічні умови життя та демографічні процеси постаріння населення відбилися на складі госпіталізованих хворих в бік збільшення складної, запущеної, нелікованої патології. За минулі роки принципово змінилися шляхи госпіталізації хворих, половина з яких надходить в стаціонар з приводу надання ургентної допомоги (мал. 2).

Це нескінченний потік болю, скарг, переживань та хвилювань, які потребують мобілізації сил та знань для своєчасної діагностики, прийняття правильного тактичного рішення та призначення виваженого лікування. У той самий час при адекватній участі в клінічній роботі разом з викладачем студенти набувають важливий досвід для майбутньої діяльності в якості лікаря первинної ланки. Безперебійне цілодобове надання своєчасної та якісної медичної допомоги можливо за наявності дієвої системи організації та управління лікувально-діагностичним процесом, координації роботи лікарів різних спеціальностей лікарні, залучення зовнішніх консультантів, що професійно забезпечує заступник головного лікаря з медичної частини, канд. мед. наук С.В. Плахотнік.

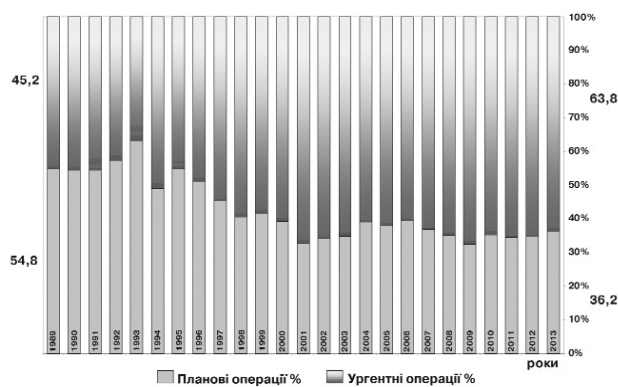
Протягом останніх 10 років більшість відділень лікарні працюють в режимі ургентної допомоги. Це стосується у першу чергу загальнотерапевтичних відділень, в яких лікується до 80% ургентних хворих переважно непрацездатного віку, із за давненою хронічною патологією, ускладненою супутніми захворюваннями, що постійно забезпечують тематичними хворими при проведенні практичних занять зі студентами та інтернами. Саме на цей час припадає тісне співробітництво кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. О.М. Гіріна). На базі терапевтичного відділення № 1 (завідувачка І.В. Гаврисюк, лікар вищої категорії) проводить заняття канд. мед. наук, доц. В.М. Рудіченко державною та англійською мовами; на базі терапевтичного відділення № 2 (завідувач М.Ю. Бутмерчук, лікар вищої категорії) проводить заняття канд. мед. наук, доц. Н.В. Снігир.

Стабільно високою є госпіталізація в кардіологічне відділення переважно ургентних хворих з коронарною патологією серця. Щороку зростає питома вага ургентних хворих з неврологічною патологією, зокрема з гострими порушеннями мозкового кровообігу. Складна ургентна патологія потребує застосування інтенсивних методів діагностики та лікування, у тому числі і супутніх та поєднаних станів, – в практику роботи впроваджені сучасні технології діагностики та лікування, зокрема при лікуванні пневмоній, ХОЗЛ, бронхіальної астми, ІХС тощо. Докорінно змінилися підходи у лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу. Упроваджена науково обґрунтована система поетапного лікування та ранньої реабілітації хворих з інсультами. Великим попитом користуються відновлювальні методики лікування у відділенні нейрореабілітації.

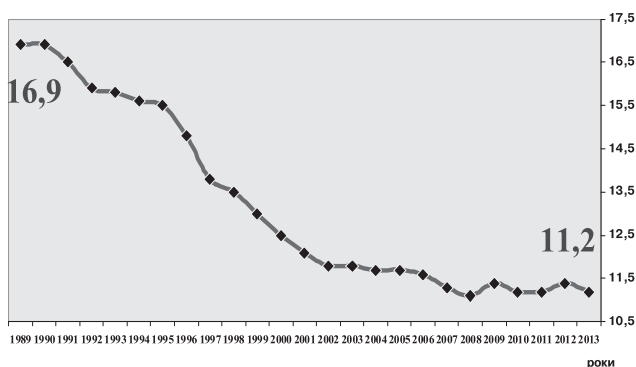
Аналогічні процеси відбувалися у складі хворих з хірургічною патологією, 90% яких надходять у лікарню в ургентному порядку. Кожного наступного року збільшувалась питома вага ургентних операцій, яка сьогодні сягає 70% (мал. 3).

За 25 років в лікарні виконано 140 тис. операцій, з них 57 тис. планових та 83 тис. ургентних. Хірургічна активність в хірургічних відділеннях підтримувалася на рівні 70%. Лікарями-хірургами врятовано життя 53 тис. хворих при наданні оперативної ургентної хірургічної допомоги, з них біля 20 тис. – за рахунок своєчасно та кваліфіковано проведених оперативних втручань під час термінової хірургічної допомоги.

Лікарня стабільно посідає провідні рейтингові місця за показниками надання хірургічної допомоги. Значний внесок у рівень та якість хірургічної допомоги, а також у наставницьку діяльність та професійну підготовку лікарів-хірургів належить В.І. Бучневу – провідному лікарю-хірургу лікарні,



Мал. 3. Структура операцій стаціонару, %



Мал. 4. Середня тривалість лікування, день

канд. мед. наук, завідувач хірургічним відділенням. Під керівництвом заступника головного лікаря з хірургії В.Г. Сіряченка хірургічна служба лікарні інтенсивно розвивалась. Уперше в світі виконано операційне лікування гострого холециститу з малоінвазивного доступу, а також упроваджені планова та невідкладна мікроскопічна хірургія, холодне зварювання м'яких тканин, застосування пункційних методів під контролем УЗД, лікування ентеральної недостатності під час комплексної терапії гострих панкреатитів, виконання атипичних ампутацій на стопах та використання металостеосинтезу у хворих з синдромом діабетичної стопи, запроваджені склерооблітерувальні засоби при лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок, невротомії, способи термопластики при лікуванні хронічної венозної недостатності, ускладненої трофічними виразками, та ін.

Величезним попитом у пацієнтів протягом 25 років користується ортопедичне відділення. В ортопедичному та травматологічному відділеннях упроваджена методика тотального ендопротезування кульшового та колінного суглобів, артроскопія колінного суглоба, розроблена методика усунення компресії судинно-нервового комплексу при захворюваннях шийного відділу хребта – це далеко не повний перелік новаций.

Системно удосконалюється лікувально-діагностичний процес в офтальмологічному відділенні. На сьогодні відділення дооснащено сучасною діагностичною апаратурою (комп'ютерний периметр, авторефрактометр, офтальмоскоп паноптик). Упроваджено в практику роботи сучасний метод хірургії катаракти – факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ, малий безшовний отвір та сучасну операцію при набрякових формах макулодистрофії – інтравітреальне введення лущентису.

Відповідає попиту населення обсяг надання стаціонарної оториноларингологічної допомоги, якість якої забезпечена відповідно до затверджених профільних протоколів.

Діяльність лікарні неможливо уявити без відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Високопрофесійний колектив відділення надає інтенсивну допомогу більш ніж 2 тис. хворих щороку. Біля 60% оперативних втручань проводять з анестезіологічним забезпеченням. Лікарі-анестезіологи володіють усіма сучасними методами знеболювання. Робота медичного персоналу організована таким чином, що інтенсивна допомога може бути надана невідкладно будь-якому пацієнту стаціонару.

Завдяки невтомній праці співробітників відділення трансфузіології відпрацьоване безперебійне забезпечення пацієнтів лікарні компонентами крові.

Особливим відділенням лікарні є відділення психосоматичних розладів – єдине в м. Києві, яке протягом 25 років очолює завідувачка відділенням, лікар вищої категорії Н.А. Ковальова. Її професіоналізм та людські якості здобули високу оцінку колег та визнання пацієнтів. За звичною зовнішністю пацієнтів цього відділення – надмірне хвилювання, виснажливе душевне напруження, людська розгубленість. Психосоматична патологія – це складнощі і драми взаємодії психіки і організму, душі і тіла. Лікуючими лікарями у відділенні працюють психіатри. Пацієнти відділення отримують лікування, яке поєднує вплив на тонкі й складні процеси в головному мозку, тілесні розлади, що супроводжують тривожні і депресивні стани, оптимальну терапію раніше сформованих хронічних захворювань. Лікарі відділення володіють глибокими знаннями душевної патології, розуміють людські страждання так, щоб їхнє співчуття підтримувало, а впевненість у можливості вилікування – укріплювало терпіння і сили пацієнтів відділення. Цьому сприяє цілюща емоційна атмосфера взаємовідносин медичного персоналу відділення між собою та з пацієнтами. Найкраща нагорода для лікарів – посмішка пацієнтів, які пройшли нелегкий шлях одужання – від відчаю і розгубленості до ясності та здатності радіти життю.

Одним із досягнень лікарні є Київський міський алергологічний центр (КМАЦ), який було засновано в структурі КМКЛ № 8 у 1989 році. КМАЦ є єдиним у м. Києві та Україні функціональним об'єднанням консультативно-діагностичної, стаціонарної та реабілітаційної алергологічної допомоги в структурі багатoproфільної лікарні, в якому забезпечують замкнутий цикл надання високоспеціалізованої алергологічної допомоги хворим. До його складу входять консультативно-діагностичне відділення, 2 стаціонарних алергологічних відділення на 120 ліжок, відділення спелеотерапії та реабілітації, імунологічна лабораторія. Очолює КМАЦ Л.І. Романюк – завідувачка алергологічним відділенням № 1, заслужений лікар України, д-р мед. наук, головний позаштатний алерголог Департаменту охорони здоров'я м. Києва. За ініціативи та участі Л.І. Романюк алергологічна служба м. Києва набула розвитку та лідерства в Україні. КМАЦ разом із алергологічними кабінетами амбулаторно-поліклінічних закладів забезпечують етапність надання усіх видів спеціалізованої алергологічної допомоги: амбулаторної, консультативно-діагностичної, стаціонарної та реабілітаційної на рівні, який відповідає сучасним світовим стандартам. Лікарі-алергологи КМАЦ співпрацюють з Європейською академією алергології та імунології, Американською академією астми, алергії та імунології. Багато з них є членами цих міжнародних інституцій.

Гастроентерологічне відділення першим відкрилося у КМКЛ № 8. За короткий час воно стало провідним гастроентерологічним відділенням міста. У 2007 році на базі відділення гастроентерології створено Київський міський гастроентерологічний центр, який очолює І.М. Червак – головний позаштатний гастроентеролог Департаменту охорони здоров'я м. Києва. Завдяки сучасним діагностичним та лікувальним упровадженням досягнуті хороші результати у лікуванні захворювань печінки (цирозів, гепатитів, у тому числі вірусного гепатиту С), виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, хеліко-

бактерної інфекції, хронічних запальних захворювань кишечника (неспецифічного виразкового коліту, хвороби Крона).

У тісному зв'язку з лікувально-діагностичними відділеннями працює фізіотерапевтичне відділення, в якому протягом 25 років забезпечено лікування 260 тис. хворих.

Ефективність лікувального процесу визначається своєчасною та якісною діагностикою. Цим вимогам відповідають можливості діагностичних структур лікарні: рентгенологічної, ультразвукової, ендоскопічної, функціональної, ЕКГ, лабораторної. На підвищення якості клінічної діагностики і лікування хворих, кваліфікації лікарів великою мірою впливають патоморфологічні дані, які аналізують висококваліфіковані лікарі-патологоанатоми (завідувач відділенням лікар-патологоанатом вищої категорії О.І. Баренфельд). Сприяє одужанню хворих лікувальне харчування, яке забезпечує творчий колектив харчоблоку.

Систематичне удосконалення організації та управління структурними підрозділами лікарні, підвищення професійної підготовки, дотримання затверджених стандартів надання медичної допомоги, упровадження новітніх методів діагностики та лікування дозволили ефективно вплинути на інтенсивність лікування хворих. Це підтверджує вражаюче зменшення середнього терміну лікування хворого (мал. 4).

Протягом 25 років лікарня утримує провідні рейтингові місця за показниками основної діяльності серед міських клінічних лікарень.

Колектив лікарні завдячує і поділяє свої професійні досягнення зі співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, для яких лікарня протягом 25 років є клінічною базою: гастроентерології, дієтотерапії та ендоскопії (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф., член-кор. НАМН України Н.В. Харченко); ортопедії і травматології № 1 (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. Г.І. Герцен); хірургії та судинної хірургії (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. В.І. Паламарчук); клінічної, лабораторної імунології та алергології (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. Л.В. Кузнецова); медичної реабілітації, фізіотерапії та спортивної медицини, цикл ЛФК (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. О.А. Владимиров); пластичної хірургії та комбустіології (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. Г.П. Козинець), а також кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (зав. кафедрою д-р мед. наук, проф. О.М. Гиріна). Значним є внесок кафедр у професійну підготовку лікарів. За ці роки співробітниками лікарні отримано 2 наукових ступеня доктора медичних наук та 12 наукових ступенів кандидата медичних наук. Усі новітні методи діагностики та лікування хворих упроваджені в практичну роботу відділень під науковим супроводженням кафедр. Співробітниками лікарні і кафедр видані збірники наукових праць, монографії, численна кількість статей у періодичних медичних виданнях.

Державну статистику основної діяльності лікарні формує колектив інформаційно-аналітичної служби медичної статистики – кваліфіковані, творчі та переконані у важливості статистичної інформації працівники. Служба поступово розвивалася в бік комп'ютеризації і сьогодні відповідає потребам апарату управління і медичного персоналу лікарні в обробленні всебічної, достовірної та якісної інформації, необхідної для здійснення управлінської та лікувально-профілактичної діяльності.

Роботу медичних працівників лікарні професійно супроводжують інженерно-технічна та господарча, планово-економічна та бухгалтерська служби, відділ кадрів тощо.

Колектив лікарні вдячний працівникам аптеки № 115 КП «Фармація» за багаторічну плідну співпрацю, надійні відносини, сприяння у професійній діяльності щодо своєчасного та якісного медикаментозного забезпечення хворих.

Досягнуті певні позитивні показники 25-річної діяльності – результат плідної праці високопрофесійного колективу лікарні під керівництвом головного лікаря. А.М. Пілецький працює в Оболонському районі м. Києва понад 33 роки. Розпочавши трудову діяльність у 1980 році на посаді цехового лікаря-терапевта поліклініки № 3 Мінського райздороввідділу, вже у 1983 році був призначений завідувачем Мінського райздороввідділу м. Києва. Очолював районну систему охорони здоров'я протягом наступних 15 років. За безпосередньої участі А.М. Пілецького відбувалися проектування, будівництво та ввід в експлуатацію у 1989 році лікарні для дорослих, яку він очолив з дня відкриття і якою вивчено керує уже протягом 25 років. Його великий досвід з управління охороною здоров'я, організаторські здібності, професійність, стиль керування дозволили сформувати колектив однодумців, об'єднаних служінням в ім'я здоров'я людини. Створивши умови для професійного росту та налагодженої роботи працівників, він продовжував удосконалювати власний професіоналізм. За ці роки на підставі проведених оригінальних наукових досліджень [6, 7] захистив кандидатську та докторську дисертації, здобув науковий ступінь доктора медичних наук, вчене звання професора, став лауреатом Національної медичної премії України. Керівник за покликанням, яскрава особистість, відверта та доброзичлива людина А.М. Пілецький є авторитетом для співробітників лікарні та навчальних кафедр.

Усі 25 років поряд з головним лікарем працює команда висококваліфікованих заступників, які професійно втілюють завдання головного лікаря в практику за напрямками, забезпечують роботу та розвиток служб, якими вони керують, відповідно до встановлених вимог, мотивують співробітників на досягнення поставлених завдань.

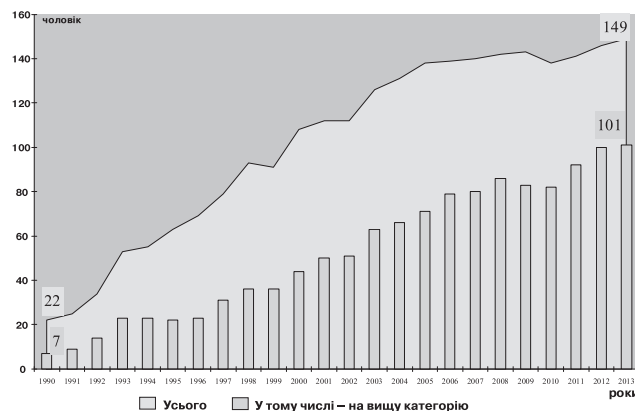
Високопрофесійний колектив завідувачів відділеннями завжди сприяє викладацькій діяльності на базі клінічної лікарні. Більшість з них працює в лікарні 25 років. Саме завідувачі безпосередньо організують і забезпечують надання медичної допомоги за профілем, і саме завдяки їхньому професіоналізму досягнутий високий рівень якості діагностичної і лікувальної допомоги, за яким лікарня має вищу акредитаційну категорію. Нашим студентам та інтернам є чому навчатися у досвідчених спеціалістів.

У лікарні працюють 1108 співробітників, з них надання медичної допомоги забезпечують 176 лікарів та 459 середніх медпрацівників. За 25 років значно підвищилася професійна кваліфікація медичного персоналу. Переважна кількість лікарів та середнього медперсоналу мають вищу кваліфікаційну категорію (мал. 5, 6).

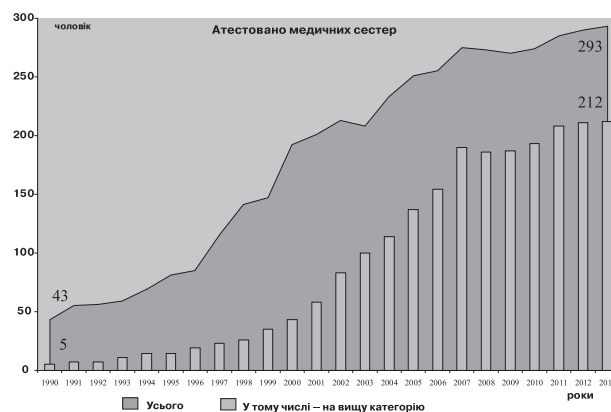
Сьогодні серед співробітників лікарні працюють 2 доктори медичних наук та 11 кандидатів медичних наук, 5 заслужених лікарів України.

Душею та гордістю лікарні є колектив середніх медичних працівників. Їхні любов, турбота і милосердя загоюють тілесні недуги, які лікують лікарі. Злагожену, кропітку, невтомну працю середніх медичних працівників організовує головна медична сестра лікарні Т.В. Романова. КМКЛ № 8 має власний логотип, прапор і гімн. Професіоналізм та єдність колективу лікарні визнані колегами столичних закладів охорони здоров'я та пацієнтами. З нагоди 25-річного ювілею лікарні головний лікар А.М. Пілецький та працівники лікарні відзначені Почесними грамотами Департаменту охорони здоров'я м. Києва, голови Київської міської державної адміністрації та Оболонської районної у м. Києві державної адміністрації, голови Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я, відзнаками Української православної церкви.

Які саме перші ознаки можуть свідчити про результативність нашої викладацької діяльності на базі потужної ба-



Мал. 5. Кількість атестованих лікарів



Мал. 6. Кількість атестованих медичних сестер

гатопрфільної бази та розвиток нової спеціальності? ВООЗ визнає, що першими кроками на шляху затвердження такої медичної спеціальності стає створення професійних організацій, які складаються із реально працюючих сімейних лікарів. Ці організації, виконуючи адміністративні і політичні у сфері охорони здоров'я функції, сприяють зміцненню позицій сімейних лікарів, просуванню змісту і якості професійної підготовки.

Важливою стадією у процесі становлення нової спеціальності є завоювання підтримки і співробітництва інших медичних професій, адміністраторів і органів управління охорони здоров'я. Це один із найкритичніших етапів, з окремими поточними аспектами якого зустрічаються студенти в процесі навчання вже на додипломному рівні. Таке визнання дозволяє створити підґрунтя широкого сприйняття населенням особливої ролі ЗП–СМ шляхом поширення інформації і правильної освіти.

Загальна лікарська практика є зоною першого контакту між особою і системою охорони здоров'я. У вирішенні проблем пацієнта в контексті загальної лікарської практики сімейний лікар оперує трьома методологічними типами діагнозів: фізикальний аналіз, психологічний статус, соціальний статус. Вони є основою для розроблення лікарем первинної ланки індивідуальної програми втручання («маршрута пацієнта»). Маршрут пацієнта включає програми: сімейного виховання, сімейної профілактики, індивідуальні, особистісно-орієнтовані програми немедикаментозного і медикаментозного лікування, психологічну і соціальну підтримку. При цьому показник якості життя пацієнта і рівень його співпраці з медичним персоналом – основні критерії ефективності втручання лікаря загальної практики, що в кінцевому підсумку і оцінює наш викладацький процес.

**Киевская городская клиническая больница № 8 как база подготовки по специальности «Общая практика – семейная медицина» на додипломном этапе на государственном и английском языках**  
**А.М. Пилецкий, О.Н. Гирина, И.В. Гаврисяк, С.В. Плахотник, Т.В. Кольцова, В.М. Рудиченко**

**Kiev city clinical hospital № 8 as a basis for the education in speciality «General practice-family medicine» at prediploma level in state and English languages**  
**A.M. Piletskii, O.M. Girina, I.V. Gavrysyuk, S.V. Plakhotnik, T.V. Kolcova, V.M. Rudichenko**

Статья содержит обобщенный аналитический и организационный материал относительно оптимизации подготовки по специальности «общая практика–семейная медицина» на додипломном этапе на государственном и английском языках в условиях клинической многопрофильной больницы. Общая практика–семейная медицина является академической и научной дисциплиной с собственным образовательным содержанием, научно-исследовательской базой и клинической деятельностью, ориентированной на первичную медико-санитарную помощь. Преподавание ее требует привлечения достаточной клинической базы с достаточно широкой многопрофильной нозологией и опытными медицинскими работниками. Считаем, что проведение иноязычных (в частности англоязычных) практических занятий целесообразно базировать на параллельных методических разработках занятия, то есть: актуальность темы, учебные цели занятия (с соответствующим планируемым уровнем усвоения), образовательные цели, междисциплинарная интеграция, содержание занятия, которое передается совокупностью доступных педагогических способов с соответствующим планом и организационной структурой занятия (подготовительный этап, основной, заключительный). Результатом работы преподавателя является подготовка материалов методического обеспечения занятия, а также литературы, причем анализ англоязычных источников может приводиться во время занятия на государственном языке и наоборот.

**Ключевые слова:** *общая практика – семейная медицина, первичная медико-санитарная помощь, научно-педагогическая деятельность, многопрофильная клиническая больница, практическое занятие.*

Article contains summarized analytical and organizational material concerning optimization of the education in speciality «general practice-family medicine» at prediploma level in state and English languages at clinical multispecialized hospital. General practice-family medicine is academic and scientific discipline with its own educational content, scientific-research basis and clinical activity, which are oriented on primary care. Such an education requires adequate clinical basis with wide and diversified nosology and presence of experienced medical workers. We consider, that education in other languages (particularly, in English language) should be based on parallel methodological approach, i.e. actuality of the topic, educational aims (with corresponding level to achieve), interdisciplinary integration, the content of the practical class, which is transmitted with all means of possible pedagogical instruments with adequate plan and organizational structure (preliminary stage, main, final). The result of tutor work is the preparation of materials for the methodological support of the class, as well the literature, and analysis of English sources can be made at state language class, and vice versa.

**Key words:** *general practice-family medicine, primary care, scientific-pedagogical activity, multispecialized clinical hospital, practical class.*

#### Сведения об авторах

**Пилецкий Анатолий Михайлович** – Киевская городская клиническая больница № 8, 04021, г. Киев, ул. Кондратюка, 8  
**Гирина Ольга Николаевна** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, кафедра общей практики (семейной медицины), 04053, г. Киев, ул. Пимоненко, 10  
**Гаврисяк Ирина Васильевна** – Киевская городская клиническая больница № 8, 04021, г. Киев, ул. Кондратюка, 8  
**Плахотник Светлана Владимировна** – Киевская городская клиническая больница № 8, 04021, г. Киев, ул. Кондратюка, 8  
**Кольцова Татьяна Викторовна** – Киевская городская клиническая больница № 8, 04021, г. Киев, ул. Кондратюка, 8  
**Рудиченко Виталий Михайлович** – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 04053, г. Киев, ул. Пимоненко, 10. E-mail: rudichenko-vm@ukr.net

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гаврисяк І.В., Плахотнік С.В., Рудіченко В.М., Червак А.І. Псоріаз і супутні розлади: актуальність у діяльності лікаря загальної практики–сімейної медицини (огляд літератури, власні клінічні спостереження та досвід викладання державною та англійською мовами) // Сімейна медицина. – 2012. – № 4. – С. 96–101.  
 2. Гиріна О.М. Використання інформаційних технологій в медичній профілактиці при підготовці сімейного лікаря // Сімейна медицина. – 2011. – № 3, спецвипуск. – С. 14–15.  
 3. Гиріна О.М. Оцінка поширеності факторів ризику в розвитку основних

хронічних неінфекційних захворювань // Сімейна медицина. – 2011. – № 3, спецвипуск. – С. 85–86.  
 4. Гиріна О.М., Пилецкий А.М., Рудіченко В.М. Синдром хронічної втомленості: актуальні аспекти в діяльності лікаря загальної практики–сімейної медицини – етіологія, патогенез (повідомлення 1) // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 107–111.  
 5. Гиріна О.М., Пилецкий А.М., Рудіченко В.М. Синдром хронічної втомленості: актуальні аспекти в діяльності лікаря загальної практики–сімейної медицини: критерії, діагностика, клінічне ведення (повідом-

лення 2) // Сімейна медицина. – 2010. – № 2. – С. 107–111.  
 6. Пилецкий А.М. Методика лікувальної фізкультури в реабілітації хворих на бронхіальну астму із синдромом хронічної втоми // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2009. – № 3. – С. 46–48.  
 7. Пилецкий А.М. Вплив поліоксидонію на показники системного імунітету у хворих на бронхіальну астму із синдромом хронічної втоми // Буковинський медичний часопис. – 2010. – № 53. – С. 74–77.  
 8. Плахотнік С.В., Харченко Н.В., Осипова Л.С. Характеристика імунного статусу хворих на хронічний гепа-

тит різної етіології та його динаміка під впливом лікування сучасними гепатопротекторами // Фармакологічний вісник. – 1997. – № 4. – С. 41–43.  
 9. Рудіченко В.М. Досвід викладання англійською мовою та застосування інформаційно-комунікативних засобів телемедицини на додипломному етапі підготовки лікарів загальної практики–сімейної медицини // «Актуальні питання внутрішньої медицини». Матеріали науково-практичної конференції до 100-річчя з дня народження професора І.І.Крижанівської, 15–16.05.2013, м. Дніпропетровськ. – «Герда», 2013. – С. 50–51.

Статья поступила в редакцию 17.03.2014