

Пилипенко М.М.<sup>1</sup>, Рибінкіна І.<sup>2</sup>, Шлапак І.П.<sup>1</sup>

## ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ БРИТАНСЬКОГО ВАРІАНТА ЕКЗАМЕНУ ЗА СИСТЕМОЮ OSCE НАПРИКІНЦІ ДВОРІЧНОЇ ІНТЕРНАТУРИ

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ;

<sup>2</sup> Університетські лікарні Брайтона та Сассексу, Велика Британія

Протягом багатьох десятиліть у Великій Британії розроблялася та вдосконалювалася система післядипломної підготовки з анестезіології та інтенсивної терапії, яка б відповідала швидкому розвитку однієї з найбільш технологічних спеціальностей у медицині. З 2004 р. післядипломну підготовку розподілено на 2-річну базову підготовку, після якої резидент має скласти первинний іспит (FRCA Primary), та 5-річний спеціалізований тренінг. Контроль і перевірка знань, зокрема шляхом проведення всебічних іспитів, є важливою складовою цієї системи. Ми спробували впровадити спрощений варіант об'єктивного структурованого клінічного екзамену (OSCE), який є ключовим у структурі первинного іспиту, для перевірки знань випускників нашої 2-річної інтернатури. Для цього були підготовлені 8 клінічних та теоретичних станцій, на кожній з яких інтернів екзаменували 2 викладачі за заздалегідь підготовленими запитаннями та еталонами правильних відповідей. За результатами складання іспиту виявлено клінічні станції, на яких інтерни продемонстрували добрі знання, а також теми, за якими їх відповіді часто не збігалися з еталонними. Середній бал за весь іспит становив 49,9%. Це свідчить про те, що більшість інтернів не могли б скласти такий іспит з першого разу. За кордоном до цього іспиту резиденти проходять спеціальну підготовку, а наші інтерни не мали подібного досвіду. Після отримання сертифікатів спеціаліста більшість інтернів позитивно оцінили іспит і тренінги, які відбувалися до екзамену та паралельно з ним. Таким чином, ми можемо стверджувати, що впровадження британської методології проведення екзамену було корисним і дало новий досвід як випускникам інтернатури, так і викладачам кафедри, у майбутньому це може суттєво підняти рівень післядипломної підготовки за нашою спеціальністю.

**Ключові слова:** анестезіологія та інтенсивна терапія, післядипломна підготовка, структурований клінічний екзамен.

Щорічно в анестезіології та інтенсивній терапії впроваджуються новітні засоби діагностики та лікування, палати та операційні оснащуються новітньою апаратурою. Це потребує від лікаря засвоєння великого обсягу теоретичних знань, опанування новими практичними навичками, прийняття відповідальних рішень. Тому тривалість резидентури за спеціальністю «анестезіологія та інтенсивна терапія» у більшості розвинених країн подовжено до 5–7 років.

Велика Британія є одним з визнаних світових лідерів з післядипломної освіти за спеціальністю «анестезіологія та інтенсивна терапія». Під час проведення щорічних британсько-українських симпозіумів (БУС) з анестезіології та інтенсив-

ної терапії ми мали змогу неодноразово переконатися у цьому. У рамках кожного симпозіуму ми намагалися проводити сесію, на якій з доповідями з післядипломної освіти виступали як визнані британські науковці, такі як Енді Грюнді, Леслі Брюмлі, Джейн Локкі та ін., так і молоді лікарі, які проходять у Великій Британії різні етапи підготовки з анестезіології. На цих форумах ми ознайомилися з деталями проходження резидентури з анестезіології у Великій Британії, яка складається з двох етапів: 1) 2-річна базова резидентура, 2) 5-річний спеціалізований тренінг (ординатура) у різних субспеціальностях анестезіології та інтенсивної терапії. Така тривалість резидентури потребує не лише високих матеріальних затрат з боку

системи охорони здоров'я країни, а і колосальних зусиль та наполегливості від лікарів, які освоюють спеціальність. Для того щоб переконатися, що ці витрати та зусилля виправдані, а також, щоб мотивувати резидентів до ефективного навчання у розвинених країнах протягом десятиліть розробляли, впроваджували та вдосконалювали систему оцінювання знань. Ця система – складна та комплексна, але було доведено її ефективність та неупередженість щодо визначення рівня знань не лише у Великій Британії, а і у світі. Вона здобула всебічну підтримку як серед викладачів, так і серед абітурієнтів.

Британська система оцінювання знань передбачає тестування теоретичних знань, оцінку практичних навичок, комунікаційних здібностей та психологічної готовності до прийняття рішень в умовах дефіциту часу. Одним з найскладніших іспитів, які лікарі складають протягом резидентури, є первинний (FRCA Primary). Цей іспит складають через 1,5 року базової резидентури. У разі успішного результату лікаря допускають до п'ятирічного (іноді – шестирічного) спеціалізованого тренінгу. Починаючи з 2004 р., після реформування медичної післядипломної освіти за державною програмою «Модернізація медичної кар'єри» (Modernising Medical Careers (MMC)) у системі отримання диплому Королівського коледжу анестезіологів (FRCA) відбулися зміни. Однією з головних змін було введення об'єктивного структурованого клінічного іспиту (Objective Structured Clinical Exam (OSCE)). За новою схемою цей іспит включає:

- 1) 400 багатоваріантних тестів (MCQs);
- 2) об'єктивний структурований клінічний екзамен (OSCE);
- 3) задачу усного іспиту (Structured Oral Examination (SOE)), який складається з двох 30-хвилинних інтерв'ю. Перше них передбачає 3 запитання з фармакології і 3 – з фізіології та біохімії. Друге інтерв'ю перед

бачає 3 запитання з фізики, обладнання та безпеки, а також 3 запитання з клінічної медицини та критичних випадків.

Іспити OSCE та SOE приймають по 2 екзаменатори.

Найяскравішим прикладом цієї системи є етап екзамену OSCE, який складається із 17 так званих станцій, на яких резидент повинен продемонструвати різні сторони своєї підготовки (рис. 1). На проходженні кожної станції виділяється 5 хв, протягом 1 хв резиденти переходять до іншої станції, тобто загалом екзамен триває близько 2 год. На кожній станції екзамен приймають 2 викладача. На більшості станцій іспит приймають з використанням сучасних манекенів та справжнього обладнання для анестезії (дихальні контури, трубки, ларингеальні маски), а також добровольців (часто – професійних акторів, які грають ролі хворих на певні захворювання), в яких необхідно зібрати анамнез чи пояснити їм характер медичних втручань, які заплановані. Одна із станцій є пілотною, і отримані на ній бали не враховують у загальній сумі при складанні іспиту. Цікаво, що ні абітурієнти, ні викладачі, які приймають іспити, не знають, яка саме із 17 станцій є пілотною.

## МЕТА

Апробувати проведення структурованого клінічного іспиту за методологією OSCE та оцінити знання випускників 2-річної інтернатури Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика за британською системою.

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Особливістю методології екзамену OSCE є не стільки практична спрямованість, скільки те, що правильні відповіді на кожне екзаменаційне завдання визначено заздалегідь. Резидент за пройденою станцією отримує бали тільки тоді, коли його відповіді збігаються із роздрукованими

**Background**

The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) has been extensively used in undergraduate medical assessments and their use in postgraduate medicine in the UK was pioneered by the Royal College of Anaesthetists.

# Primary FRCA OSCE

**Questions**

OSCE questions are developed by specialist sub-groups of examiners and reviewed carefully before every exam. New questions go through at least two trial runs to demonstrate satisfactory performance before being adopted into the question bank.



**Рис. 1.** Ілюстрована схема проведення іспиту OSCE. Зображено 17 станцій (починаючи з верхньої лівої): 1) технічні навички 1; 2) інтерактивна ресусцитація; 3) анатомія 1; 4) комунікація; 5) небезпеки в анестезіології; 6) фізикальне обстеження; 7) обладнання для моніторингу; 8) історія хвороби 1; 9) навички у ресусцитації; 10) рентгенограма 1; 11) рентгенограма 2; 12) симуляція критичного стану; 13) технічні навички 2; 14) вимірювальне обладнання; 15) історія хвороби 2; 16) анатомія 2; 17) анестезіологічне обладнання. Всі станції абітурієнти проходять по колу

еталонами відповідей, які має екзаменатор. Таким чином, елемент упередженості екзаменатора зведено до мінімуму.

Протягом 2 тижнів до проведення нашого пілотного іспиту лікарем з Великої Британії були підготовленні запитання та очікувані відповіді, а потім перекладені з англійської мови та адаптовані до наших реалій українськими лікарями. Деякі запитання, на думку викладачів кафедри, були занадто складними, тому були дещо спрощені або відхилені.

Для проведення іспиту були підготовленні 8 екзаменаційних станцій (рис. 2–7), які кожен з інтернів мав обійти по колу, витрачаючи на кожну з них 5 хв і 1 хв – на перехід до іншої станції:

1. Клінічна ситуація – критичні стани в анестезіологічній практиці.

2. Серцево-легенева реанімація (відпрацювання різних варіантів на манекені Simman 2).
3. Доопераційна оцінка пацієнта.
4. Демонстрація клінічних навичок на манекенах (епідуральна анестезія, встановлення ларингеальної маски, конікотомія голкою).
5. Анестезіологічне обладнання (ларингоскопи, щипці Меджила, інтубаційні трубки) чи пульсоксиметрія.
6. Огляд пацієнта з травмою (на манекені) чи оцінка стану за шкалою ком Глазго.
7. Письмовий опис рентгенограми чи ЕКГ.
8. Письмовий опис анатомічних структур шиї чи нервових трактів.

За 2 тижні та за один день до проведення іспиту інтернам були проведені два 5-годинні тренінги з надання невідкладної лікарської допомоги за міжнародною системою ALS



**Рис. 2.** Станція «клінічна ситуація» – критичні стани в анестезіологічній практиці. Один викладач зачитує інтерну симптоми інтраопераційної анафілактичної реакції, інший оцінює здатність интерна встановити діагноз та запропонувати невідкладне лікування. Екзамен проводиться біля погруддя засновника спеціальності «анестезіологія» та кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО ім. П.Л.Шупика А.І.Трищинського. На пілотному іспиті були присутні також викладачі інших кафедр НМАПО (ас. кафедри дитячої анестезіології І.В. Кісельова)



**Рис. 3.** Станція «огляд пацієнта з травмою». Интерн провела оцінку хворого за алгоритмом ABC, надала первинну допомогу і визначається з діагнозом.

(Advanced Live Support) та з надання невідкладної допомоги при травмі за системою ATLS (Advanced Trauma Live Support) на сучасних манекенах Simman 2, які були надані кафедрою медицини катастроф НМАПО імені П.Л.Шупика, за участю спеціалістів цієї кафедри і тренера з Великої Британії. Метою цих тренінгів було не лише відпрацювання практичних навичок, а й ознайомлення інтернів з манекенами, на яких вони повинні були здавати пілотний іспит.

За годину до проведення іспиту всім викладачам кафедри ще раз було детально пояснено методологію його прийому і роздано запитання та еталони правильних відповідей. Було наголошено, що один викладач зачитує



**Рис. 4.** Станція «анестезіологічне обладнання». Интерни демонструють знання засобів забезпечення прохідності дихальних шляхів.





**Рис. 5.** Станція «серцево-легенева реанімація». Викладач кафедри медицини катастроф І.В.Кузьмінський з допомогою комп'ютера моделює різні варіанти критичних станів на манекені Simman 2. Інтерн готується розпочати аускультацию. Завідувач кафедри проф. І.П.Шлапак перевіряє виконання інтерном практичних навичок.



**Рис. 6.** Станція «серцево-легенева реанімація». При відпрацюванні різних варіантів критичних станів на манекені Simman 2 інтерн (по центру) демонструє навички лідера реанімаційної команди. Викладач (праворуч) та клінічний ординатор грають ролі помічників.



**Рис. 7.** Після проведення екзамену свої практичні навички відпрацьовують клінічні ординатори. Тренер з Великої Британії Ірина Рибінкіна (по центру) контролює правильність виконання маніпуляцій.

запитання і, за потреби, пояснює їх, а інший проводить формалізовану оцінку відповідей інтерна.

Інтернів розподілили на групи по 8 осіб. Доки одна група здавала іспит, інші групи відпрацьовували практичні навички катетеризації центральних і периферичних вен, а також проведення спінальної та епідуральної анестезії в аудиторії, розташованій далеко від екзаменаційних аудиторій. На кожній станції запитання змінювались, що унеможливило прецедент, коли б інтерн заздалегідь знав запитання.

З огляду на різні навчальні програми, значний дефіцит або навіть відсутність значної кількості обладнання і витратних матеріалів, які згадуються в екзаменаційних завданнях, а також відсутність досвіду проведення подібних іспитів ми досягли консенсусу в тому, що 50% правильних відповідей слід було б зарахувати як успішне складання іспиту. Складання цього експериментального екзамену жодним чином не впливало на результати стандартного трьохступінчастого екзамену, який інтерни складають наприкінці свого навчання на кафедрі.

## РЕЗУЛЬТАТИ

Незважаючи на відсутність досвіду, екзамен було успішно проведено. Ані з боку інтернів, ані з боку викладачів

під час проведення іспиту не виникло суттєвих нарікань на його методологію. Іноді інтерни плуталися між станціями і проходили їх непослідовно.

З 29 інтернів, які склали іспит, 20 набрали більш ніж половину від можливої кількості балів, решта – менше. Середній бал становив лише 49,9%, що свідчить про те, що більшість інтернів, яких ми вважали такими, що успішно склали цей екзамен, ледь перевищили показник у 50%. У Великій Британії прохідний бал на кожен станцію визначається за системою Ангоф (Angoff). У середньому він становить близько 70%. За такими критеріями у нас іспит могли б успішно скласти лише 2 інтерни, які набрали 65 і 67% відповідно.

Найвищі оцінки наші інтерни отримали за доопераційну оцінку хворих, яким були призначені операції пневмонектомії та ампутації нижньої кінцівки (79,7 та 75,6% відповідно), а також за демонстрування реанімаційних навичок на манекені при вентрикулярній тахікардії та електромеханічній дисоціації (76,3 та 62,7% відповідно). Найнижчі оцінки інтерни отримали за письмові відповіді з анатомії гортані (20,8%), анатомії ший (20,6%) та анатомії спінальних трактів (18,1%). Низькі оцінки вони отримали також за практичну навичку з встановлення ларингеальної маски (36,1%) та розбір клінічних ситуацій (інтраопераційних ускладнень) – анафілаксії (39,1%)

і тахіаритмії (40,1%). На решті клінічних станцій середня оцінка становила близько 50%.

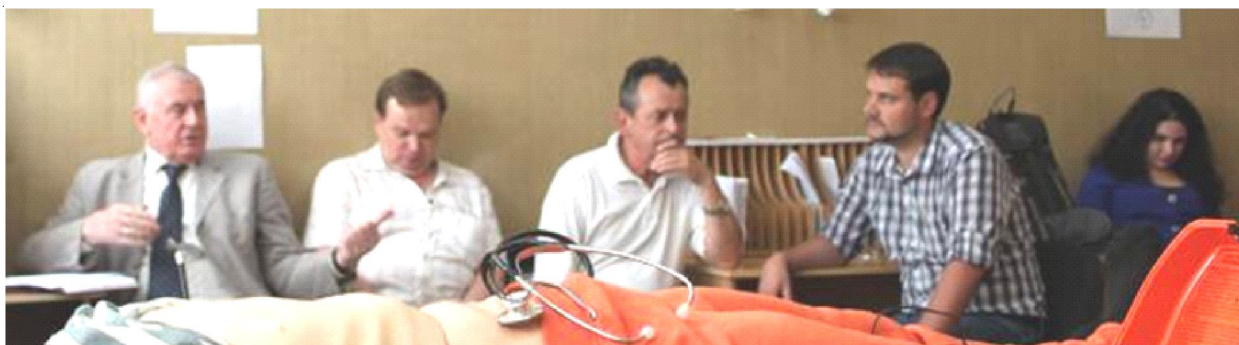
Відразу після екзамену було проведено кафедральне засідання, на якому більшість викладачів позитивно оцінили перший досвід проведення структурованого клінічного екзамену (рис. 8).

Опитування інтернів було проведено після отримання ними сертифікатів спеціаліста, коли вони вже не могли відчувати тиску з боку викладачів тощо. Більшість інтернів позитивно оцінили як тренінги, так і іспит. На думку багатьох з них, за 3 дні, присвячені підготовці та складанню іспиту, вони отримали таку кількість нових знань та навичок, яка порівнянна з тижнями рутинного навчання. Було висловлено побажання відводити на проведення практичних тренінгів більше навчального часу, а подібні іспити складати якомога раніше, можливо, вже у перший рік навчання.

## ОБГОВОРЕННЯ

Насамперед хотілося б зазначити певні методологічні недоліки та можливий елемент упередженості при проведенні нашого експерименту, які могли вплинути на результати іспиту та їх аналіз.

По-перше, екзамен OSCE є лише третиною комплексного підходу до оцінки



**Рис. 8.** Завідувач кафедри проф. І.П. Шлапак проводить кафедральне засідання після проведення пілотного екзамену OSCE, на якому обговорюють його результати.

знань та кваліфікації резидентів. Ми ж проводили його окремо, без урахування результатів традиційного триступінчастого екзамену (комп'ютерне тестування зі спеціальності, письмова задача практичних навичок та усний іспит) і складання іспиту «Крок 3». Порівняльний аналіз результатів складання іспиту за традиційними методиками і структурованого клінічного екзамену міг би дати цікавішу та кориснішу інформацію для поліпшення післядипломної освіти за спеціальністю.

По-друге, з огляду на обмежений кількісний склад викладачів кафедри та необхідність на кожній станції залучати двох викладачів, ми обмежилися 8 станціями, тоді як в оригіналі резиденти проходять 17 станцій. Ми не включили станції, де перевіряються знання наркозно-дихальної апаратури, техніки безпеки, спілкування з акторами, які грають роль хворих з певними нозологіями і в яких збирають анамнез чи яким проводять «психологічні бесіди» та клінічне/фізикальне обстеження тощо. Таке обмеження, ймовірно, не дало нам змоги всебічно оцінити знання інтернів.

По-третє, всі ситуації/запитання складав один спеціаліст, тоді як у Великій Британії це робить велика група досвідчених експертів. Після цього всі екзаменаційні завдання перевіряє та рецензує інша група спеціалістів, і якщо вони не дійдуть консенсусу, то запитання доопрацьовуються або відхиляються. Така кропітка робота проводиться Королівським коледжем анестезіологів (Royal College of Anaesthetists), який не є частиною Національного трасту охорони здоров'я (NHS), а фінансується за кошти тих, хто складає екзамен. Екзаменаторів обирають серед найдосвідченіших лікарів і це вважається за честь для будь-якого лікаря. На період роботи під егідою Королівського коледжу їм не дозволяють викладати на передекзменаційних курсах і з

ким-небудь обговорювати цей іспит. Запитання для іспиту відбирають з великої бази даних і це дає можливість щороку змінювати більшість запитань для іспиту, і тим самим уникати ситуацій, коли лікарі вивчають окремі завдання замість комплексного вивчення спеціальності.

По-четверте, до складання цього іспиту у Великій Британії готуються протягом усього періоду проходження анестезіологічного тренінгу, але за півроку до складання іспиту резиденти готуються дуже наполегливо та інтенсивно. Вартість первинного іспиту (FRCA Primary) становить 895 фунтів стерлінгів (зокрема Багатоваріантні тести MCQs 315 фунтів та OSCE/SOE 580 фунтів). Слід додати ще вартість підручників, розроблених для полегшення складання первинного іспиту (Primary FRCA), а також короткотривалих курсів/тренінгів для збільшення шансів на успішне складання іспиту, які резиденти оплачують самостійно. Як зазначив на Першому британсько-українському симпозиумі (2008) один з основників системи навчання в резиден-турі у Великій Британії і протягом тривалого часу керівник відділу резидентури Лондонського університетського коледжу Енді Грюнді, частота успішного складання OSCE становить близько 60%, а всього первинного іспиту – рідко перевищує 40%. Якщо ж резидент не складає цей іспит з першого разу, то він повинен знову витратити кошти на оплату іспиту, підручників, тренінги. Крім того, кількість спроб успішно скласти іспит є обмеженою, потім резидент має залишити спеціальність. Така мотивація, безумовно, є вагомою рушійною силою до інтенсивної підготовки резидента.

Однак, навіть незважаючи на всі зазначені обмеження та недоліки в методології підготовки та проведення пілотного структурованого клінічного іспиту, ми твердо переконані, що наш перший досвід є позитивним. Як під час





**Рис. 9.** Група інтернів, які вже склали іспит або чекають на нього відпрацьовують практичні навички катетеризації яремної вени.

проведення самого іспиту, так і після попереднього аналізу його результатів ми отримали цінну інформацію про знання інтернів, а ще важливіше – про наявність прогалин у цих знаннях. Стандартизована методика іспиту дозволила нам проекзаменувати молодих спеціалістів з тих розділів спеціальності, яким зазвичай не приділяли достатньої уваги.

Проте головним досягненням ми вважаємо не екзаменаційну, а освітню складову цього новітнього проекту. Той факт, що до проходження тренінгів відпрацювання практичних навичок на манекенах було слабкою стороною підготовки наших інтернів, а після тренінгів на клінічних станціях вони отримали чи не найвищі результати, свідчить сам за себе (рис. 9). Незважаючи на стрес, пов'язаний з іспитом, інтерни сприймали його позитивно і бажали розширити таку практику. Це свідчить про високий навчальний характер подібних форм перевірки знань.

Чи можна повною мірою впровадити цей досвід у систему післядипломної освіти? Чи можна замінити нашу іспитів на британську, яка успішно пройшла апробацію? Незважаючи на наш позитивний досвід, ми не можемо однозначно дати ствердну відповідь.

По-перше, іспити у Великій Британії є лише частиною складної системи оцінки знань під час проходження 6–7-річної резидентури. У Великій Британії це називається оцінкою, яка ґрунтується на компетенції та роботі (Competency-based and work-based assessment).

По-друге, на відміну від Великої Британії, когорта лікарів, які проходять інтернатуру в Україні, є дуже неоднорідною як за рівнем знань, підготовки та практичних навичок, так і в плані мотивації. Достатньо лише порівняти лікаря-інтерна бюджетника, який отримує в лікувальному закладі заробітну плату, і лікаря-інтерна контрактника, який вже 8-й рік самостійно оплачує своє навчання. Крім того, у Великій Британії 40% успішного складання цього екзамену і незначна затримка з переходом від етапу базового анестезіологічного тренінгу (Core anaesthesia training) до етапу спеціалізованого тренінгу (Speciality anaesthesia training) є цілком прийнятними, і, окрім фінансового тягаря, мало впливають на долю молодого анестезіолога. В Україні ж затримка з переведенням інтерна в лікарі може мати суттєві наслідки як для самого лікаря, так і, наприклад, районної лікарні, де існує нагальна потреба в лікарях-анестезіологах.

По-третє, якщо у Великій Британії така трудомістка система підготовки і проведення іспиту вже давно впроваджена і відпрацьована, фінансується переважно за кошти тих, хто складає іспит. В Україні офіційна плата за складання іспиту досі



належним чином не сприймається суспільством. До того ж величезна робота з впровадження нової системи може здійснюватися лише зусиллями аматорів і волонтерів, а тому напевно не може замінити традиційну систему екзаменування. Час, який був виділений ініціативною групою на підготовку і проведення зазначених тренінгів та іспитів, був суттєво більшим, ніж це може собі уявити людина без подібного досвіду, і більшим, ніж це собі уявляли на початку ініціатори цього експерименту. До того ж запитання, клінічні завдання та випадки невідкладних станів, які ми розбирали цього року, не можуть бути використані наступного року, оскільки певна кількість інтернів може бути знайома з тими, хто вже склав іспит і це дало б їм суттєві переваги.

Однак, незважаючи на тимчасові фінансові складнощі, так само, як неминучим є поступ на шляху розвитку спеціальності «анестезіологія та інтенсивна терапія», неминучим має бути і поступ на шляху підвищення кваліфікації лікарів-анестезіологів. Тому слід впроваджувати позитивний зарубіжний досвід та напрацювання у системі підготовки лікарів-анестезіологів та оцінки якості цієї підготовки якомога швидше, не очікуючи глобальних позитивних змін у країні чи в системі охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. Семирічна система післядипломної освіти з анестезіології та ІТ у Великій Британії є складною та комплексною, проте її ефективність визнано у світі. Контроль та перевірка знань, зокрема шляхом проведення всебічних іспитів, є важливою складовою цієї системи.
2. Об'єктивний структурований клінічний екзамен (OSCE), на нашу думку, є найбільш цікавим та динамічним і дозволяє оцінювати не лише теоретичні знання, а й практичні навички.
3. Ми отримали перший досвід з впровадження OSCE і, незважаючи на складність і трудомісткість його підготовки та проведення, ми розцінюємо його як позитивний.
4. Попередній аналіз результатів пілотного екзамену, який складала інтерни, продемонстрував відмінності в програмі навчання в Україні та Великій Британії і суттєві складнощі, з якими зустрілися наші випускники 2-річної інтернатури під час його складання. Це спонукає нас до внесення коректив у навчальний процес і у підході до перевірки та контролю знань інтернів.

## Подяки

Професору Г.Г. Рошину та співробітникам кафедри медицини катастроф НМАПО ім. П.Л.Шупика д.м.н. В.О.Крилюку та к.м.н. І.В.Кузьмінському за надання манекенів та допомогу в проведенні тренінгів та іспиту.

І.А.Кучинській та А.В.Пантась за допомогу в перекладі тестів та у проведенні тренінгів та іспиту.

Усім співробітникам кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика за активну позицію і зусилля в підготовці та проведенні пілотного іспиту.

Роману Греху за регулярне запрошення британських лекторів-спеціалістів з післядипломної підготовки на британсько-українські симпозиуми.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. <http://www.rcoa.ac.uk/examinations>
2. Cross P. (2004) *How to pass the FRCA, BMJ Careers.*
3. McIndoe A. (2013) *High stakes simulation in anaesthesia, Cont. Educ. Anaesth. Critical Care Pain.*
4. *CCT in Anaesthetics: Competency Based Basic Level (ST years 1 and 2) Training and Assessment. Royal College of Anaesthetists.*
5. Pell G, Fuller R, Horner M, Roberts T. (2010) *How to measure the quality of the OSCE: a review of metrics. AMEE guide No. 49 Med Teach; 32:802-11.*

**Пилипенко М.Н.<sup>1</sup>, Рыбинкина И.<sup>2</sup>, Шлапак И.П.<sup>1</sup>**

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БРИТАНСКОГО ВАРИАНТА ЭКЗАМЕНА ПО СИСТЕМЕ OSCE В КОНЦЕ ДВУХЛЕТНЕЙ ИНТЕРНАТУРЫ**

<sup>1</sup> *Національна медичинська академія последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев;* <sup>2</sup> *Университетские больницы Брайтона и Сассекса, Великая Британия*

На протяжении многих десятилетий в Великой Британии разрабатывалась и совершенствовалась система последипломной подготовки по анестезиологии и интенсивной терапии, которая бы отвечала быстрому развитию одной из наиболее технологичных специальностей в медицине. С 2004 г. последипломная подготовка разделена на 2-летнюю базовую подготовку, после которой резидент должен сдать первичный экзамен (FRCA Primary), и 5-летний специализированный тренинг. Контроль и проверка знаний, в том числе путем проведения всесторонних экзаменов, является важной составляющей этой системы. Поэтому мы попытались внедрить упрощенный вариант объективного структурированного клинического экзамена (OSCE), который является ключевым в структуре первичного экзамена, для проверки знаний выпускников нашей двухгодичной интернатуры. Для этого были подготовлены 8 клинических и теоретических станций, на каждой из которых интернов экзаменовали 2 преподавателя по предварительно подготовленным вопросам и эталонам правильных ответов. По результатам сдачи экзамена были выявлены клинические станции, на которых интерны продемонстрировали хорошие знания, а также темы, по которым их ответы часто не совпадали с эталонными вариантами. Средний балл за весь экзамен составил 49,9%. Это свидетельствует о том, что большинство интернов не смогли бы сдать подобный экзамен с первого раза. За рубежом резиденты проходят специальную подготовку перед экзаменом, в то время как наши интерны такого опыта не имели. После получения сертификатов специалиста большая часть интернов положительно оценили экзамен и тренингам, которые проходили как перед экзаменом, так и параллельно с ним. Таким образом, мы можем утверждать, что внедрение британской методологии проведения экзамена было полезным и дало новый опыт, как выпускникам интернатуры, так и преподавателям кафедры, в будущем это может существенно поднять уровень последипломной подготовки по нашей специальности.

**Ключевые слова:** *анестезиология и интенсивная терапия, последипломная подготовка, структурированный клинический экзамен.*

Postgraduate training in anaesthesia and intensive care has been shaping up throughout many years to become, perhaps, the most demanding and complex training programme in medicine. In 2004 thanks to the Modernising Medical Careers move to uncouple training programmes – postgraduate training in anaesthesia and intensive care split into 2 years of Core Training and 5-6 year Specialist Training. In order to apply for Specialist Training you have to pass FRCA Primary exam and reach all the competencies set by the Royal College of Anaesthetists. FRCA Primary exam consists of written MCQ/SBA exam and SOE/OSCE. It proved to be a fair and unbiased way of examining the level of knowledge and practical skills trainees gain during the first 2 years of their training. We decided to run a pilot OSCE exam, which was modified to meet Ukrainian residents programme in order to trial a new examining technique at the end of their 2 year training. A lighter version of OSCE exam was trialled – 8 clinical stations in comparison with 17 original stations. The format of exam was representative of the original – 2 examiners for each station, who were only able to ask preset questions and give marks for the model answers to reduce bias of the exam. Results showed that British and Ukrainian teaching programmes vary. Despite the average mark of 49.9% we identified the areas, where our residents showed good level of knowledge and lacking such. Majority of the residents would have failed the exam during this first attempt. It is important to note that Ukrainian residents had no preparation prior to the exam when the British residents would spend 6 months to a year studying for this exam. We asked for a feedback only after all the residents got their Certificates of Training and were pleasantly surprised to receive high praise for the exam and the training they received prior to it. We can conclude that the pilot project was a positive and educational experience for both groups – residents and examiners. It is our aim to improve the level of postgraduate training in anaesthesia and intensive care and by introducing new innovative techniques we are able to get one step closer towards reaching our goal.