УДК 616.22-072.1 616-001.8 616-008.7

ПИЛИПЕНКО М.М.[1], РИБІНКІНА І.[2], БОНДАР М.В.[1], ШЛАПАК І.П.[1]
[1]НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ
[2]Госпіталь Брайтона, East Sussex, Великобританія

СТРУКТУРОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ІСПИТ З АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ У ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ: ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Резюме. *Протягом багатьох десятиліть у Великобританії 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. післядипломна підготовка розділена на 2-річну базову підготовку, після якої резидент має здавати первинний іспит (FRCA Primary), та 5-річний спеціалізований тренінг. Контроль та перевірка знань, у тому числі шляхом проведення всебічних та скрупульозних іспитів, є вкрай важливою частиною цієї системи. Тому ми спробували впровадити спрощений варіант об'єктивного структурованого клінічного екзамену (OSCE), який і є ключовим у структурі первинного іспиту випускників нашої 2-річної інтернатури. Для цього були підготовлені 8 клінічних та теоретичних станцій, на кожній із яких інтернів екзаменували 2 викладачі за завчасно підготовленими запитаннями й еталонами правильних відповідей. За результатами екзамену виявлені клінічні станції та теми, на яких інтерни продемонстрували добрі знання, а також теми, на яких їх відповіді часто не збігалися з еталонними. Слід підкреслити, що за кордоном до цього іспиту резиденти проходять спеціальну підготовку, а наші інтерни не мали подібного досвіду. Вже після отримання сертифікатів спеціаліста переважна більшість інтернів дали позитивну оцінку самому екзамену і тренінгам, які проходили до екзамену та паралельно з ним.*

Ключові слова: *структурований клінічний іспит з анестезіології, післядипломна підготовка.*

Вступ

Розвиток медицини вимагає від лікаря вивчення та засвоєння все більшого об'єму теоретичних знань, осягнення все нових і нових практичних навичок, а також диктує необхідність більш частого прийняття відповідальних рішень. Всі ці фактори призвели до того, що тривалість резидентури, тобто освоєння спеціальності «анестезіологія та інтенсивна терапія» (ІТ), у більшості розвинених країн підвищилась до 5–7 років.

Для впровадження передового зарубіжного досвіду під час проведення щорічних британсько-українських симпозіумів з анестезіології та інтенсивної терапії (БУС) ми намагались проводити окрему сесію з післядипломної освіти, на яку запрошували визнаних британських лідерів цього напрямку. Великобританія є одним із визнаних світових лідерів післядипломної освіти в анестезіології та ІТ, а такі спеціалісти, як Енді Грюнді, Леслі Брюмлі, Джейн Локкі та ін., тривалий час визначали напрямки її розвитку. На цих освітніх сесіях ми ознайомилися з деталями проходження резидентури з анестезіології у Великобританії, що складається з 2 етапів [1–4]: 1) двохрічна базова резидентура; 2) п'ятирічний спеціалізований тренінг (ординатура) у різних субспеціальностях анестезіології та інтенсивної терапії. Тривала резидентура, безумовно, потребує не тільки високих матеріальних затрат із боку системи охорони здоров'я цієї країни, але і колосальних зусиль та терпіння з боку самих лікарів, які освоюють спеціальність. Щоб переконатися, що ці затрати та зусилля не витрачаються марно і дають очікуваний результат, а також щоб мотивувати резидентів до ефективного навчання, у розвинених країнах протягом десятиліть розроблялась, впроваджувалась та вдосконалювалась комплексна система оцінювання знань. Ця система довела ефективність та неупередженість визначення рівня знань не тільки у Великобританії, а й у світі та здобула всебічну підтримку із боку як викладачів, так і абітурієнтів.

Система оцінювання знань у Великобританії включає різнопланове тестування теоретичних знань, оцінку практичних навичок, комунікаційних здібностей та психологічної готовності до прийняття рішень абітурієнтів в умовах дефіциту часу. Одним із найбільш складних екзаменів, який складають лікарі протягом резидентури, є первинний іспит (FRCA Primary) — після 2 років базової резидентури. Успішне проходження цього екзамену дозволяє вступити до п'ятирічного (а іноді і шестирічного) спеціалізованого тренінгу. Починаючи з 2004 р. після реформування

© Пилипенко М.М., Рибінкіна І., Бондар М.В., Шлапак І.П., 2015
© «Медицина невідкладних станів», 2015
© Заславський О.Ю., 2015

медичної післядипломної освіти за державною програмою «Модернізації медичної кар'єри» (MMC — Modernising Medical Careers) у системі отримання диплому Королівського коледжу анестезіологів (FRCA) цей іспит включає:

1) багатоваріантні тести (MCQs);

2) об'єктивний структурований клінічний екзамен (Objective Structured Clinical Exam — OSCE);

3) складання усного іспиту (SOE — Structured Oral Examination), який, у свою чергу, складається з двох 30-хвилинних інтерв'ю. Перше інтерв'ю складається з 3 питань із фармакології та 3 питань із фізіології та біохімії; друге інтерв'ю складається з 4 питань із фізики, обладнання та безпеки, а також 3 питань із клінічної медицини та критичних інцидентів.

На кожному з етапів, або так званих станцій, екзаменів OSCE та SOE іспит одночасно приймають 2 екзаменатори. Вдалим та найбільш яскравим прикладом цієї системи є етап екзамену OSCE, який, у свою чергу, складається з 17 станцій, на яких резидент повинен продемонструвати найрізноманітніші сторони своєї підготовки (рис. 1). На проходження кожної станції виділяється 5 хв, і протягом 1 хв резиденти переходять до іншої станції, тобто загалом екзамен триває близько 2 годин. Більшу частину станцій цього екзамену приймають на сучасних манекенах та реальному обладнанні для анестезії (дихальні контури, трубки, ларингеальні маски), а також добровольцях (часто професійних акторах), які грають ролі хворих на певні захворювання і у яких треба зібрати анамнез чи пояснювати їм характер медичних втручань, що плануються. Одна зі станцій є пілотною, і набрані на ній бали не входять у підрахунок при складанні іспиту. Цікаво, що ні абітурієнти, ні самі викладачі, які приймають екзамени, не знають, яка саме з 17 станцій є пілотною.

Як продовження освітньої програми, яку ми проводимо в рамках БУС, ми вирішили поглибити співпрацю з британськими колегами і в період між симпозіумами та спробували залучати їх до післядипломної підготовки на циклах інтернатури та передатестаційних циклах.

Першими, хто погодився прилетіти до Києва поза межами конференції, були україно- та російськомовні британські лектори Ірина Рибінкіна та Леонід Крівський. Ірина Рибінкіна в середині травня 2014 р. проводила 2-денний тренінг на манекенах для інтернів 2-го року, а в середині червня якраз і брала активну участь в організації та проведенні іспиту OSCE.

Мета: апробувати проведення структурованого клінічного іспиту за методологією OSCE та оцінити знання наших випускників 2-річної інтернатури за британською системою.

Матеріал і методи

Ключовою особливістю методології екзамену OSCE є не стільки практична спрямованість екзамену, скільки те, що правильні відповіді на кожну екзаменаційну задачу визначені завчасно. За пройдену станцію резидент отримує бали тільки тоді, коли його відповіді збігаються із завчасно роздрукованими ета-

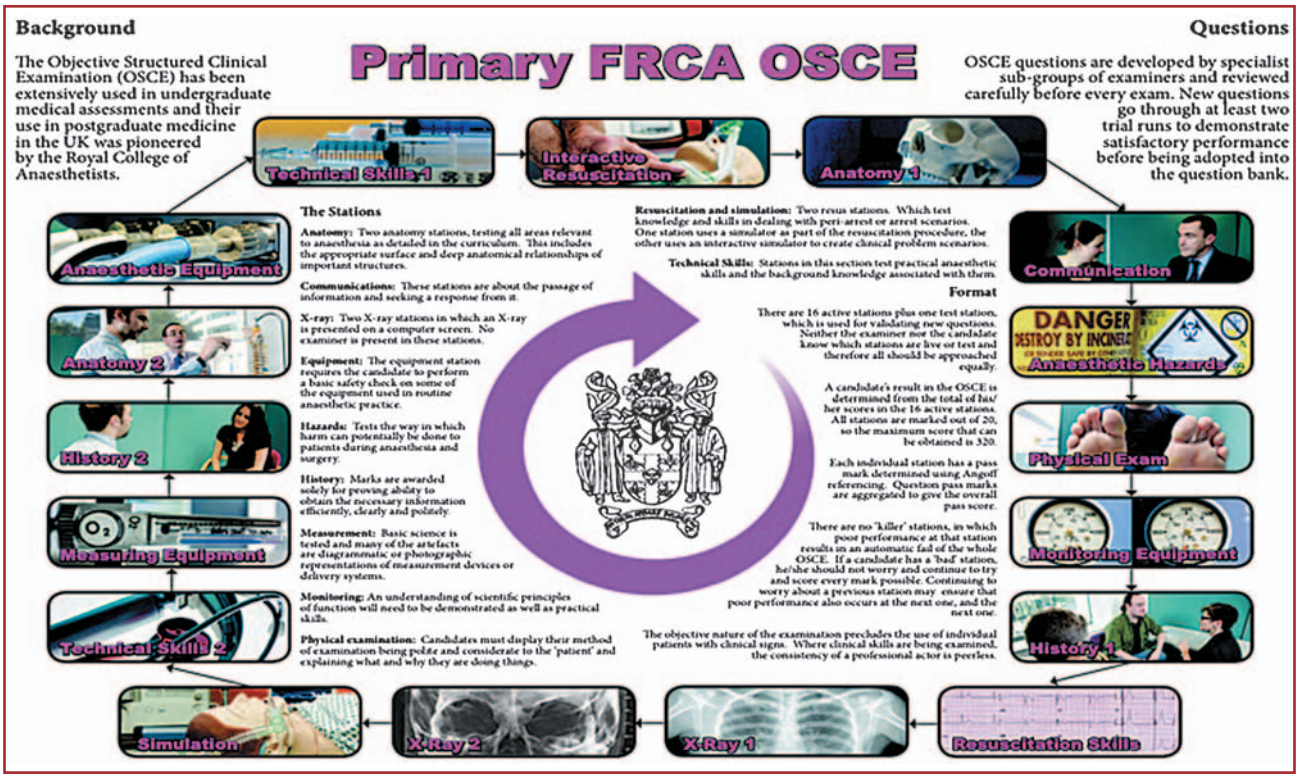

Рисунок 1. Ілюстрована схема проведення екзамену OSCE. На рисунку зображено 17 станцій (починаючи з верхньої лівої): 1) технічні навички 1; 2) інтерактивна ресусцитація; 3) анатомія 1; 4) комунікація; 5) небезпека в анестезіології; 6) фізикальне обстеження; 7) обладнання для моніторингу; 8) історія хвороби 1; 9) навички 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 ці станції абітурієнти проходять по колу

лонами відповідей, які тримає в руках екзаменатор. Таким чином, елемент упередженості екзаменатора зводиться до мінімуму.

Протягом двох тижнів до проведення нашого пілотного іспиту лікарем із Великобританії були підготовлені запитання та очікувані відповіді, а потім перекладені з англійської мови та адаптовані до наших реалій українськими лікарями. На думку викладачів кафедри, ряд запитань були занадто складними, тому деякі з них були дещо спрощеними або відхиленими.

Для проведення іспиту були підготовленні 8 екзаменаційних станцій, які кожен з інтернів мав обійти по колу, витрачаючи на кожну з них 5 хв і 1 хв — на перехід між станціями:

1. Клінічна ситуація — критичні стани в анестезіологічній практиці.
2. Серцево-легенева реанімація (відпрацювання різних варіантів на манекені Simman 2).
3. Передопераційна оцінка пацієнта.
4. Практичне виконання клінічних навичок на манекенах (епідуральна анестезія, встановлення ларингеальної маски, конікотомія голкою).
5. Анестезілогічне обладнання (ларингоскопи, щипці Меджила, інтубаційні трубки) чи пульсоксиметрія.
6. Огляд пацієнта з травмою (на манекені) чи оцінка за шкалою коми Глазго.
7. Письмове описання рентгенограми чи ЕКГ.
8. Письмове описання анатомічних структур шиї чи нервових трактів.

За 2 тижні та за 1 день до проведення іспиту інтернам були проведені два 5-годинні тренінги з надання невідкладної лікарської допомоги за міжнародною системою ALS (Advanced Live Support) та з надання невідкладної допомоги при травмі за системою ATLS (Advanced Trauma Live Support). Тренінги проведено на сучасних манекенах Simman 2, що були надані нам кафедрою медицини катастроф НМАПО імені Шупика, за участю спеціалістів цієї кафедри та тренера з Великобританії. Метою цих тренінгів було не тільки відпрацювання практичних навичок, а й ознайомлення інтернів із манекенами, на яких вони повинні були складати пілотний екзамен.

За годину до проведення екзамену всім викладачам кафедри ще раз було детально пояснено методологію його прийому та роздані запитання та еталони правильних відповідей. Було наголошено, що один викладач зачитує запитання і за необхідності пояснює їх, а інший проводить формалізовану оцінку відповідей інтерна. Всі інтерни були розділені на групи по 8 осіб. Поки одна група складала екзамен, інші групи відпрацьовували практичні навички катетеризації центральних та периферичних вен, а також проведення спінальної та епідуральної анестезії в аудиторії, що розташована віддалено від екзаменаційних аудиторій. На кожній станції питання змінювались, що унеможливило прецедент, при якому б інтерн заздалегідь знав питання, які будуть йому поставлені.

З урахуванням розбіжностей у навчальних програмах, значного дефіциту або навіть відсутності значної кількості обладнання та витратних матеріалів, що входять в екзаменаційні запитання, та відсутності досвіду подібних іспитів ми дійшли консенсусної думки про те, що 50 % правильних відповідей було б зараховано як успішне складання. Разом із тим складання цього експериментального екзамену насправді жодним чином не впливало на результати стандартного триступінчатого екзамену, який інтерни традиційно здавали під кінець свого навчання на кафедрі.

Рисунок 2. Станція «клінічна ситуація» — критичні стани в анестезіологічній практиці. Один викладач зачитує інтерну симптоми інтраопераційної анафілактичної реакції, інший оцінює здатність інтерна поставити діагноз та запропонувати невідкладне лікування. Екзамен проводиться біля погруддя засновника кафедри та спеціальності «анестезіологія» А.І. Тріщинського. На пілотному екзамені присутні і викладачі інших кафедр НМАПО

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

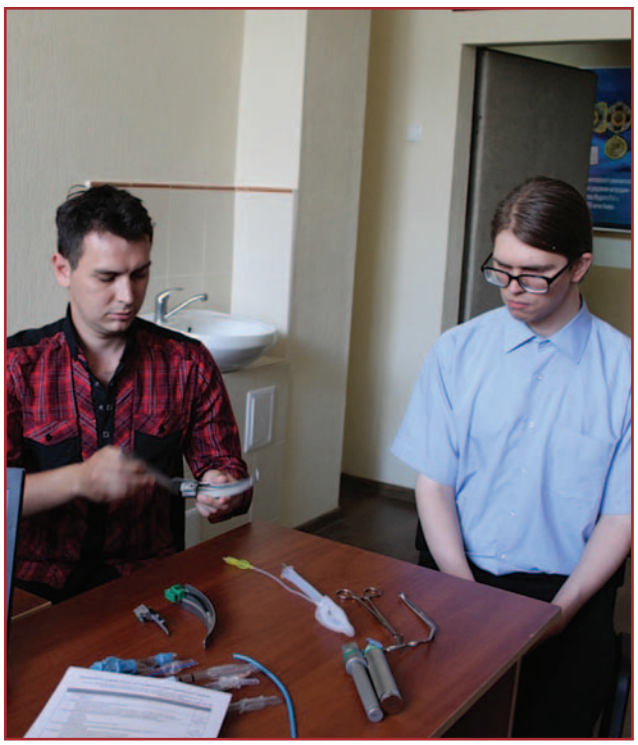

Рисунок 4. Станція «анестезілогічне обладнання». Інтерни демонструють знання засобів забезпечення прохідності дихальних шляхів

Результати

Незважаючи на відсутність попереднього досвіду, екзамен було успішно проведено. Ані з боку інтернів, ані з боку викладачів під час проведення екзамену не виникало суттєвих нарікань на його методологію. Іноді інтерни плутались між станціями і проходили їх непослідовно.

У результаті з 29 інтернів, які складали екзамен, 20 набрали > 50 % від можливої кількості балів, а решта — менше. Разом із тим середній бал становив лише 49,9 %, що свідчить про те, що переважна більшість інтернів, кого ми вважали такими, що успішно склали цей екзамен, ледь перевищили показник у 50 %. У Великобританії прохідний бал на кожну станцію визначається за системою Angoff. У середньому він становить близько 70 %, тому за такими критеріями у нас екзамен могли б успішно скласти лише 2 інтерни, які набрали 65 і 67 % відповідно.

Найвищі оцінки наші інтерни отримали за передопераційну оцінку хворих, яким була призначена опе-

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

Рисунок 6. Станція «серцево-легенева реанімація». При відпрацюванні різних варіантів критичних станів на манекені Simman 2 інтерн (у центрі) демонструє навички лідера реанімаційної команди. Викладач (справа) та клінічний ординатор виконують роль помічників

Рисунок 7. Після проведення екзамену свої практичні навички відпрацьовують і клінічні ординатори. Тренер із Великобританії Ірина Рибінкіна (у центрі) контролює правильність виконання маніпуляцій

рація пневмонектомії та ампутації нижньої кінцівки (79,7 та 75,6 % відповідно), а також відпрацювання 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 шиї (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 %) та тахіаритмії (40,1 %). На решті клінічних станцій середня оцінка становила близько 50 %.

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

Опитування інтернів було проведено вже після отримання ними сертифікатів спеціаліста, тобто коли вони вже не могли відчувати тиску з боку викладачів тощо. Тим не менше абсолютна більшість інтернів дала позитивну оцінку як тренінгам, так і самому екзамену. Багато з інтернів заявили, що за ці 3 дні, які вони провели в підготовці та проведенні іспиту разом із нашою британською колегою, вони отримали таку кількість нових знань та навичок, яку можна порівняти з тижнями свого рутинного навчання. Як побажання вони наголошували, що на проведення подібних практичних тренінгів слід відводити більше навчального часу, а подібні екзамени бажано проводити якомога раніше, можливо вже на першому році навчання.

Дискусія

Передусім хотілося б зазначити певні методологічні недоліки та можливий елемент упередженості при проведенні нашого експерименту, які могли би вплинути на отримання результатів і подальший їх аналіз.

По-перше, екзамен OSCE є лише третиною комплексного підходу до оцінки знань та кваліфікації резидентів. Ми ж проводили його окремо, без урахування попередніх результатів нашого традиційного триступінчатого екзамену (комп'ютерного тестування зі спеціальності, письмового складання практичних навичок та усного екзамену), а також складання іспиту «Крок-3». Тому в майбутньому порівняльний аналіз результатів складання іспиту за традиційними методиками й результатів структурованого клінічного екзамену міг би дати найбільш цікаву та корисну інформацію для поліпшення післядипломної освіти зі спеціальності.

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

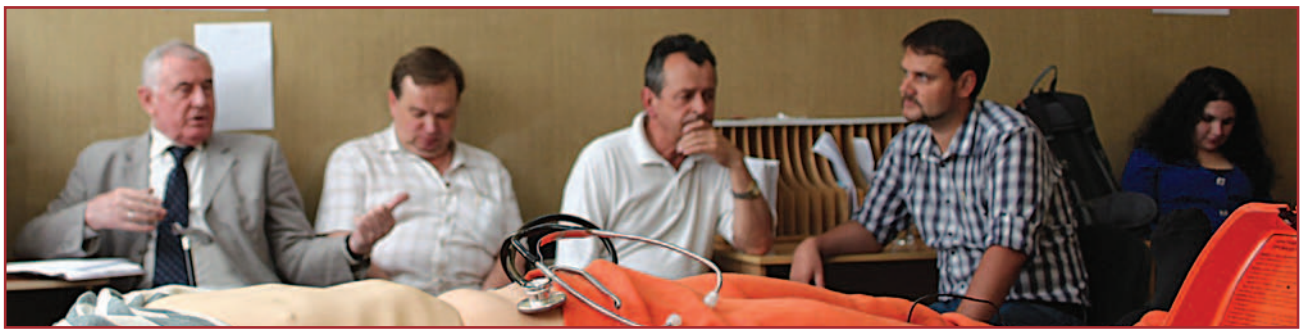

Рисунок 8. Після проведення пілотного екзамену OSCE завідувач кафедри проф. І.П. Шлапак проводить кафедральне засідання, на якому обговорюють його результати

По-третє, всі ситуації/запитання підбирав чи складав один спеціаліст, тоді як у Великобританії їх складає велика група досвідчених експертів. Після цього всі ці екзаменаційні завдання перевіряє та рецензує інша група спеціалістів, і якщо вони не знаходять консенсусу, то вказані запитання доопрацьовуються або відхиляються. Слід підкреслити, що така клопітка робота належним чином фінансується Національною службою охорони здоров'я (NHS), зокрема Королівським коледжем анестезіологів (Royal College of Anaesthetists). Це дає можливість щороку повністю змінювати запитання для іспиту і тим самим уникати ситуацій, коли лікарі вивчають окремі завдання, радше ніж готуються до комплексного вивчення спеціальності.

Четверте, і напевне головне: до складання подібного іспиту у Великобританії безперервно готуються протягом усього періоду проходження анестезіологічного тренінгу. Але за півроку до екзамену резиденти готуються безпосередньо й дуже наполегливо та інтенсивно. Слід підкреслити, що вартість первинного іспиту становить 895 фунтів стерлінгів (зокрема, багатоваріантні тести MCQs — 315 фунтів та OSCE/SOE — 580 фунтів). Сюди слід додати ще вартість спеціальних підручників, які розроблені саме для полегшення складання первинного екзамену, а також короткотривалих курсів/тренінгів, які резиденти оплачують собі самостійно, для підвищення шансів на успішне складання. Як зазначав ще на Першому британсько-українському симпозіумі один із батьків системи навчання в резидентурі у Великобританії, який протягом тривалого часу керував відділом резидентури Лондонського університетського коледжу, Енді Грюнді (2008), частота успішного складання OSCE становить близько 60 %, а загалом первинного екзамену — рідко перевищує 40 %. Якщо ж резидент не складає цей іспит із першого разу, то він повинен нести усі перераховані фінансові трати повторно. Крім того, у резидента є обмежена кількість спроб успішно скласти екзамен, а в іншому випадку він має залишити спеціальність. Така мотивація, безумовно, є вагомою рушійною силою до інтенсивної та ефективної самопідготовки резидента.

Разом із тим, навіть незважаючи на всі зазначені обмеження та недоліки в методології підготовки та проведення пілотного структурованого клінічного екзамену, ми твердо переконані, що наш перший досвід є позитивним. Як під час проведення самого екзамену, так і після проведення попереднього аналізу його результатів ми отримали цінну інформацію про знання інтернів, а ще важливіше — про наявність прогалин у цих знаннях. Цінність полягає в тому, що стандартизована методика екзамену дозволила нам проекзаменувати молодих спеціалістів із тих розділів нашої спеціальності, які зазвичай виходили за межі нашого поля зору.

Проте головним досягненням ми все ж таки вважаємо не екзаменаційну, а освітню складову цього новітнього проекту. Той факт, що до проходження тренінгів відпрацювання практичних навичок на манекенах було слабкою стороною, а після тренувань на цих клінічних станціях інтерни отримали чи не найвищі результати, говорить сам за себе. Крім того, на увагу заслуговує і те, що, незважаючи на стреси, які несуть у собі екзамени, інтерни сприймали його позитивно і бажали розширити таку практику, що теж підтверджує високе навчальне значення подібних форм перевірки знань.

Чи можна повною мірою впровадити цей досвід у систему післядипломної освіти? Чи можна навіть замінити нашу систему екзаменів на британську, яка так успішно пройшла апробацію? Незважаючи на наш позитивний досвід, ми все ж таки не можемо однозначно дати стверджувальну відповідь.

По-перше, згадані екзамени у Великобританії є лише частиною складної системи оцінки знань під час проходження 6–7-річної резидентури, яка отримала назву оцінки, що базується на компетенції й роботі (Competency-based and work-based assessment). По друге, на відміну від Великобританії когорта лікарів, які проходять інтернатуру в Україні, дуже неоднорідна як у плані рівня знань, підготовки та практичних навичок, так і в плані мотивації. Достатньо лише порівняти лікаря-інтерна бюджетника, який уже отримує в певному лікувальному закладі заробітну плату, і лікаря-інтерна контрактника, який уже 8-й рік самостійно платить за своє навчання. Крім того, у Великобританії 40 % успішного складання цього екзамену і незначна затримка з переходом з етапу базового анестезіологічного тренінгу (Core anaesthesia training) до етапу спеціалізованого тренінгу (Speciality anaesthesia training) цілком прийнятна і, окрім фінансового тягаря, мало впливає на долю молодого анестезіолога. В Україні ж затримка з переведенням інтерна в лікарі може мати більш суттєві наслідки як для самого лікаря, так і для, скажімо, районної лікарні, де існує нагальний дефіцит у лікарях нашої спеціальності.

По-третє, якщо у Великобританії така трудомістка система підготовки і складання екзамену вже давно впроваджена й отримує достатнє та стабільне фінансування, то в Україні це може триматися лише на зусиллях аматорів та волонтерів. Слід підкреслити, що час, який був виділений ініціативною групою на підготовку та проведення зазначених тренінгів та іспитів, був суттєво більшим, ніж це може собі уявити людина без подібного досвіду і ніж це собі уявляли на початку ініціатори цього експерименту. До того ж запитання, клінічні задачі та випадки невідкладних станів, які ми розбирали цього року, аж ніяк не можуть бути використані наступного року, так як певна кількість інтернів може бути знайома зі своїми попередниками, хто вже виконував ці завдання, і це б дало їм суттєві переваги...

Разом із тим, як, незважаючи на будь-яку тимчасову фінансову скруту, неминучим є поступ на шляху розвитку спеціальності «анестезіологія та ІТ», так неминучим повинен бути і поступ на шляху підвищення кваліфікації лікарів-анестезіологів. Тому і впровадження позитивного закордонного досвіду та напрацювань у системі підготовки лікарів-анестезіологів та оцінки якості цієї підготовки повинно здійснюватись якомога раніше, не чекаючи глобаль-

них позитивних змін у державі чи в системі охорони здоров'я.

Висновки

1. Семирічна система післядипломної освіти в анестезіології та ІТ у Великобританії є складною та комплексною, проте її ефективність визнана у всьому світі. Контроль та перевірка знань, у тому числі шляхом проведення всебічних та скрупульозних іспитів, є вкрай важливою частиною цієї системи.

2. Об'єктивний структурований клінічний екзамен, на нашу думку, є найбільш цікавим та динамічним і дозволяє оцінювати не тільки теоретичні знання, а й практичні навички.

3. Ми отримали перший досвід запровадження структурованого клінічного екзамену, і, незважаючи на всю складність та трудомісткість його підготовки та проведення, ми розцінюємо його як позитивний.

4. Попередній аналіз результатів пілотного екзамену, який складали інтерни, продемонстрував відмінності у програмі навчання в Україні та Великобританії та суттєві труднощі, з якими стикнулися інші випускники 2-річної інтернатури під час його складання. Це спонукає нас до внесення коректив до навчального процесу і до підходів щодо перевірки та контролю знань інтернів.

Подяки:

Професору Г.Г. Рощину та співробітникам його кафедри д.м.н. В.О. Крилюку та к.м.н. І.В. Кузьмінському за надання манекенів та допомоги у проведенні тренінгів та іспиту.

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

Всім співробітникам кафедри анестезіології та ІТ за активну позицію й зусилля в підготовці та проведенні цього пілотного екзамену.

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

Список літератури

1. Royal College of Anaesthetists [Електронний ресурс]. — Режим доступу до ресурсу: http://www.rcoa.ac.uk/examinations

2. How to pass the FRCA / S. Dosani, P. Cross // BMJ Careers. — 2004. — 328. — 218.

3. McIndoe A. High stakes simulation in anaesthesia / A. McIndoe // Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain. — 2012. — № 12. — P. 268-273.

4. How to measure the quality of the OSCE: a review of metrics — AMEE guide no. 49 / G. Pell, R. Fuller, M. Horner, T. Roberts // Med. Teach. — 2010. — № 32. — P. 802-811.

Отримано 27.12.14

Пилипенко М.М.[1], Рыбинкина И.[2], Бондарь М.В.[1], Шлапак И.П.[1]
[1]НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев
[2]Госпиталь Брайтона, East Sussex, Великобритания

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭКЗАМЕН ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ: ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В УКРАИНЕ

Резюме. В течение многих десятилетий в Великобритании разрабатывалась и совершенствовалась система последипломной подготовки по анестезиологии и интенсивной терапии, которая бы соответствовала быстрому развитию одной из наиболее технологических специальностей в медицине. С 2004 г. последипломная подготовка разделена на 2-годичную базовую подготовку, после которой резидент должен сдавать первичный экзамен (FRCA Primary), и 5-летний специализированный тренинг. Контроль и проверка знаний, в том числе путем проведения всесторонних и скрупулезных экзаменов, является очень важной частью этой системы. Поэтому мы попробовали внедрить упрощенный вариант объективного структурированного клинического экзамена (OSCE), который и является ключевым в структуре первичного экзамена выпускников нашей 2-летней интернатуры. Для этого были подготовлены 8 клинических и теоретических станций, на каждой из которых интернов экзаменовали 2 преподавателя по заранее подготовленным вопросам и эталонам правильных ответов. По результатам экзамена выявлены клинические станции и темы, на которых интерны продемонстрировали хорошие знания, а также темы, на которых их ответы часто не совпадали с эталонными. Следует подчеркнуть, что за границей перед этим экзаменом резиденты проходят специальную подготовку, а наши интерны не имеют подобного опыта. Уже после получения сертификатов специалиста большинство интернов дало положительную оценку самому экзамену и тренингам, которые проходили до экзамена и параллельно с ним.

Ключевые слова: структурированный клинический экзамен по анестезиологии, последипломная подготовка.

Pylypenko M.M.[1], Rybinkina I.[2], Bondar M.V.[1], Shlapak I.P.[1]
[1]National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine
[2]Brighton Hospital, East Sussex, Great Britain

STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION IN ANESTHESIOLOGY IN GREAT BRITAIN: THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION IN UKRAINE

Summary. For decades in Great Britain there was developed and improved the system of postgraduate training in anesthesiology and intensive care, which would meet the rapid development of one of the most technological professions in medicine. Since 2004, postgraduate training is divided into 2-year basic training, after which the resident must take primary exam (FRCA Primary) and 5-year specialized training. Control and monitoring of knowledge, including through a comprehensive and rigorous examinations, are very important parts of this system. So we tried to implement a simplified version of Objective structured clinical examinations (OSCE), which is the key one in the structure of primary exam for graduates of our 2-year internship. In this regard, we have prepared 8 clinical and theoretical stations, at each of which interns were examined by 2 teachers for questions prepared in advance and benchmarks of correct answers. According to the results of examination, we have revealed clinical stations and topics, in which interns have demonstrated good knowledge, as well as topics, in which their answers often do not coincide with the reference ones. It should be emphasized that abroad for this exam residents are specially trained, and our interns hadn't such experience. Already after receiving certificate, most interns gave a positive evaluation of the exam and trainings, which took part before the exam and in parallel with it.

Key words: structured clinical examination in anesthesiology, postgraduate training.