
Универсальная и специализированная подготовка врача-радиолога

Л.Д. Линденбратен

В последнее время в Европе, России, США состоялся ряд конференций и была опубликована серия работ, посвященных модернизации системы радиологического образования*. Повышенное внимание к подготовке кадрового состава не случайно. Оно обусловлено стремительным — по экспоненте — развитием медицинской радиологии, в основе которого небывалый прогресс лучевых технологий.

“Технологическая революция” в медицинской радиологии привела к знаменательным успехам медицинской диагностики, но одновременно и к значительному увеличению расходов на новое оборудование и к росту числа лучевых диагностических исследований. С другой стороны, она повлекла за собой изменение характера деятельности лучевых специалистов всех профилей — врачей, лучевых технологов, персонала, обеспечивающего оптимальное использование аппаратуры и осуществляющего его техническое обслуживание (физиков, инженеров, техников). При этом *резко расширился объем знаний и арсенал исследовательских приемов, необходимых врачу-радиологу для эффективной диагностической деятельности.*

Несостоятельность действующей системы подготовки лучевых специалистов

В нашей стране благодаря ряду постановлений Правительства по проблемам образования и более чем вековому коллективному опыту передовых деятелей рентгенологии и радиологии сложилась достаточно стройная система преддипломной и постдипломной подготовки лучевых специалистов. Но события последних десятилетий радикально изменили ситуацию.

* В статье использованы документы Европейской ассоциации радиологов, опубликованные в журнале *Euror. Radiol.*, и статьи, опубликованные в журнале “Радиология — Практика” в 2000–2002 годах.

И сегодня приходится признать, что действующая в настоящее время система образования в области медицинской радиологии не отвечает требованиям отечественного здравоохранения. В стране до сих пор не ликвидирована порочная практика подготовки врачей — лучевых диагностов и рентгенолаборантов на краткосрочных курсах и даже на рабочих местах. Введение интернатуры по рентгенологии на шестом курсе обучения в медицинском вузе не оправдало себя. Принятая повсеместно двухлетняя клиническая ординатура не обеспечивает должной подготовки квалифицированного специалиста, в известной мере компетентного во всех разделах общей лучевой диагностики. К тому же, для интернов и клинических ординаторов, как правило, не проводятся полноценные курсы лекций и практических занятий. К сожалению, значительная часть преподавателей не вполне подготовлена к изложению курса новых лучевых технологий.

Положение усугубляется слабой технической оснащенностью многих учебно-производственных баз и изношенностью оборудования. По мнению В.В. Яковца (2002), в России “примерно половина рентгенограмм и флюорограмм настолько низкого качества, что они трудно или почти совсем нечитабельны”. В.В. Яковец ссылается также на данные Н.Н. Блинова (2001) о том, что брак при рентгенографии в России примерно в пять раз больше, чем в странах Европы. Между тем, по материалам ВОЗ, в небольших лечебных учреждениях на долю рентгенографии приходится до 90% всех лучевых исследований.

До последнего времени у властных структур не хватало ресурсов для перестройки системы подготовки радиологических кадров и не находилось времени для отклика на тревожные запросы медицинской общественности. Нелишне здесь вспомнить доклад “Нация в опасности” Национального комитета США по усовершенствованию образования (1983 г.), в котором, в частности, говорилось: “Если бы посредственная образовательная система, существующая сегодня в Америке, была навязана

на некоей враждебной иностранной державой, мы могли бы расценивать это как ведение войны” (цит. по Д. Тиффин, Л. Раджасингам. Что такое виртуальное обучение. М., 1999).

Поэтому важно отметить выход в свет утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации методического пособия Л.М. Портного, И.Е. Тюрина, А.С. Юрьева “Лучевая диагностика в Российской Федерации (современное состояние и перспективы развития)”. Авторы справедливо указывают на полную терминологическую, организационную и профессиональную путаницу в связи с появлением новых методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) и выдвигают ряд разумных предложений по реорганизации подготовки кадров лучевых диагностов.

Лейтмотивом обсуждения должны быть сроки и стандартизация подготовки лучевых специалистов. В США прохождение резидентуры занимает четыре года, в Японии – пять лет. В странах Европейского союза, в который мы стремимся войти, узаконен пятилетний срок обучения, причем предполагается введение экзамена, проводимого специальной комиссией, и ставится вопрос об *общеевропейском экзамене*.

Номенклатура кадрового состава в диагностической радиологии

Примерно 40 лет назад на заседании Президиума Всесоюзного научного общества рентгенологов и радиологов я предложил называть лучевого диагноста не рентгенологом, а радиологом исходя из двух соображений: 1) в связи с вступлением Всесоюзного научного общества рентгенологов и радиологов в Международную ассоциацию радиологов целесообразно использовать единую терминологию; 2) уже тогда в практической деятельности я применял не только рентгенологический, но и радионуклидный методы исследования. Намечалось также использование термографии. Среди присутствующих на заседании помню Г.А. Зедгендзе, С.А. Рейнберга, Ю.Н. Соколова. Не имея принципиальных возражений, они все же не решились на реформу ввиду того, что термин “рентгенолог” в СССР прочно вошел в обиход.

Шли годы, появились новые лучевые методы, и врача, работающего на магнитно-резонансном томографе или ультразвуковой установке, было уже странно и нелогично назы-

вать рентгенологом. Приказом МЗ РСФСР № 132 от 1991 г. было введено понятие “лучевая диагностика”. Но термин “лучевой диагноз” не охватывает все участвующего участия радиолога в интервенционных вмешательствах. И он вновь не соответствует принятым международным обозначениям профиля лучевого специалиста. За рубежом выделяют две категории радиологов: “General radiologist” и “Specialist radiologist” (например, “Paediatric radiologist”).

Я предлагаю различать следующие *профили лучевых специалистов*:

- врач-радиолог общей практики (лучевой диагноз);
- врач-радиолог специалист (в области нейро-радиологии, торакальной радиологии, интервенционной радиологии, урорадиологии и т.д., т.е. упор делается не на методическую оснащенность, а на органно-системную ориентацию);
- медицинский физик;
- инженер по монтажу, ремонту и эксплуатации радиологической аппаратуры;
- лучевой технолог (вместо устаревшего “рентгенолаборант”);
- техник по монтажу и ремонту радиологической аппаратуры;
- специалист по компьютерной технике (“Computer scientist”);
- техник-специалист по радиационному контролю;
- медицинская сестра кабинета ультразвуковой диагностики;
- медицинская сестра радиоизотопной лаборатории;
- операционная сестра кабинета интервенционной радиологии.

Говоря о трудностях изменения действующей номенклатуры, обычно ссылаются на льготы для некоторых категорий лучевых специалистов, связанные, в частности, с работой в сфере действия ионизирующих излучений. Выражу свое личное мнение: эти льготы нужны для соблюдения законоположений и строгих нормативов, установленных в России для ограничения доз профессионального облучения. Но помимо этих льгот **необходимо решительное и значительное повышение заработной платы лучевым диагностам, работающим в системе бесплатной медицинской помощи**, что заодно улучшит нравственную атмосферу в лечебно-профилактических учреждениях.

В данной статье рассматриваются только формы *постдипломной подготовки врача-ра-*

диолога. Таких форм три: 1) подготовка врача-радиолога общей практики (специализация); 2) подготовка врача-радиолога специалиста (субспециализация); 3) подготовка в системе непрерывного (продолженного) медицинского образования (“Continuing medical education” – “СМЕ”).

Но прежде чем рассмотреть содержание этих трех форм подготовки, следует определить объем знаний и умений, которыми должен владеть врач – лучевой диагност. “Если мы хотим написать общую программу, которая помогает нам достичь цели, мы прежде всего должны четко изложить эти цели” (Р. Мейджер).

База знаний, необходимых для деятельности врача-радиолога

Врач-радиолог (лучевой диагност) является специалистом клинической медицины, принимающим участие в распознавании повреждений и заболеваний человека с помощью ионизирующих и неионизирующих излучений и акустических волн. Он должен быть теоретически и практически подготовлен в следующих областях:

1) общественное здоровье и здравоохранение. Основы законодательства в области здравоохранения;

2) спектр современных методов лучевого исследования органов и систем человека;

3) основы научной информатики, радиационной физики, электротехники, радиологической медицинской техники в пределах диагностического применения лучевых методов исследования (методы традиционной рентгенодиагностики, ультразвуковой диагностики, КТ, МРТ, ядерной медицины);

4) основы радиационной биологии и радиационной защиты; использование постоянных и передвижных средств защиты для обеспечения уровня доз, не превышающих установленные нормативы;

5) основы нормальной анатомии, физиологии, биохимии. Лучевая анатомия и лучевая физиология органов и систем организма;

6) этиология, патогенез, патологическая анатомия, патологическая физиология и симптоматология повреждений и заболеваний, в диагностике которых применяют лучевые методы. Основы пропедевтики и знание диагностической роли лабораторных и инструментальных методов клинического исследования при этих заболеваниях (радиолог должен быть компетентным партнером клиници-

ста при обсуждении тактики обследования и лечения больного);

7) выполнение общих процедур в области интервенционной диагностики и интервенционных методов терапии (нацеленные пункции и биопсии, дренирование полостей и т.п.);

8) принципы анализа лучевых медицинских изображений и протоколирования результатов исследований в бумажной и компьютерной форме, понятной для клинициста**;

9) основы радиохимии и радиофармакологии в целях использования фармакологических препаратов, контрастных веществ и радиофармпрепаратов в лучевой диагностике;

10) основные правила и практические навыки оказания первой медицинской помощи при электротравме и при осложнениях, возникающих при диагностических лучевых процедурах и интервенционных радиологических вмешательствах;

11) основы профессиональной этики и деонтологии. Основы судебной радиологии, в том числе обеспечение конфиденциальности данных о пациенте, что особенно важно в системах передачи и хранения медицинских изображений и при телерадиологических консультациях;

12) действующие приказы, директивные документы и нормативные акты, определяющие деятельность медицинской радиологической службы в России; официальные документы и инструкции по технике безопасности и охране труда при работе с ионизирующими излучениями;

13) основные показатели деятельности службы лучевой диагностики, нормы приема больных, расчет времени на лучевые исследования, стоимость лучевых исследований. Административные функции руководителя радиологических подразделений;

14) регулярное самообразование, участие в системе непрерывного медицинского образования, участие в клинических, патолого-анатомических и других научных конференциях и в работе научного радиологического общества; участие в просветительской деятельности;

15) знание ведущих международных и отечественных научных сообществ и организаций

** “Surgeons, cardiologists, orthopedists and internist cannot handle medical imaging without a major loss of quality” (P.A. Rinck). “Хирурги, кардиологи, ортопеды и интернисты не могут трактовать медицинские изображения без значительной потери качества” (П.А. Ринк, 2002).

в области медицинской радиологии, отечественных и ведущих зарубежных радиологических журналов, реферативных изданий и принципов поиска в Интернете радиологической информации;

16) знание иностранного языка в пределах требований профессиональной деятельности.

Подготовка врача-радиолога общей практики (специализация)

Специализация – это послевузовское профессиональное образование по избранной специальности. Специализация завершается получением сертификата. *Специализация должна быть единственной формой подготовки врача-радиолога общей практики и осуществляться в клинической ординатуре.* В ординатуру принимаются врачи в возрасте до 30 лет со стажем работы в клинических учреждениях не менее 1 года или после прохождения интернатуры по терапии, хирургии или акушерству и гинекологии.

Учебный план клинической ординатуры должен включать *теоретические и практические занятия (лекции, семинары, практикумы, клинические разборы).* Лекции проводятся в учебных аудиториях и сопровождаются показом больных, демонстрацией кино- и видеofilмов, анатомических и патолого-анатомических препаратов. На практических занятиях закрепляются сведения, получаемые на лекциях и в процессе самоподготовки, а также в результате самостоятельного выполнения заданий по планированию лучевых исследований больных, по изучению историй болезни, по работе с компьютерными обучающими программами и в сети Интернет. Задачей практической работы является усвоение необходимых практических навыков комплексного лучевого обследования больных и совершенствование в дифференциальной диагностике болезней. В программу обучения входит участие в патолого-радиологических и клинико-анатомических конференциях, обходах больных в клинических отделениях, дежурствах по неотложной лучевой помощи. Поощряется участие клинических ординаторов в научных исследованиях, выполняемых на базах проведения ординатуры, а также в санитарно-просветительной работе. В целом обучение в ординатуре должно представлять собой совокупность профессиональной подготовки, интеллектуального, трудового и нравственного воспитания врача.

В Европейском союзе в основном придерживаются программы специализации, изложенной I. Isherwood, J.P. Tessier в Eur. Radiol. (1995). Согласно этой программе, первый год обучения посвящен главным образом лучевым методам исследования. На изучение рентгенологического метода выделяется 18 нед, ультразвукового метода – 8 нед, компьютерной томографии – 9 нед, магнитно-резонансной томографии – 9 нед. Уточним, что обучение проводится в течение 46 нед при продолжительности работы 40 ч в неделю.

На втором-четвертом годах специализации выделяется следующее число недель для изучения диагностики в конкретных областях: мышечно-скелетная система – 17, торакальная радиология – 17, гастроинтестинальная радиология и паренхиматозные органы – 17, центральная нервная система – 17, урогенитальная система – 14, кардиоваскулярная радиология – 12, педиатрическая радиология – 12, общая интервенционная техника – 8, неотложная радиология – 8, органы головы и шеи – 6, молочная железа – 6, челюстно-лицевая область и дентальная радиология – 4. Пятый год обучения авторы предлагали использовать для изучения общей радиологии или – при необходимости – для субспециализации.

Несколько позднее в рекомендациях Европейской радиологической ассоциации (H. Petterson, 1997) было предложено увеличить время изучения интервенционной радиологии до 12 нед и дентальной радиологии – до 10 нед. В этих же рекомендациях указывалось, что за период специализации обучающийся должен лично участвовать в выполнении не менее 1500 КТ-исследований (головы, позвоночника и других органов и частей тела), 1500 ультразвуковых, включая 400 абдоминальных исследований и 200 исследований таза и генитальных органов, 750 МРТ-исследований, в том числе 150 исследований головного мозга, 100 – позвоночника и спинного мозга, 150 – периферических костей и суставов. Кроме того, указано на необходимость изложения проблем ядерной медицины и остеоденситометрии. Обучающиеся должны представить исчерпывающий список патологических состояний, изученных ими за годы специализации. Согласно материалам Accreditation Council for Graduate Medical Education, в США резиденты должны за 4 года накопить опыт лучевого обследования по крайней мере 1000 больных.

Главное различие между отечественной клинической ординатурой и международными программами заключается в продолжительности специализации (два года против четырех-пяти лет). Авторы цитированного выше методического пособия, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, полагают, что в течение 5–7 лет (?) у нас могут быть разработаны программы четырехгодичной специализации. Это означает, что я их не увижу при жизни, так как “закон Блэккета” гласит: “Реализация любого проекта требует в 3,14 больше времени, чем это предполагалось вначале”.

Мы понимаем, что перестройка системы специализации не может быть осуществлена в одночасье. Она связана с определенными финансовыми и экономическими трудностями и нашим еще не преодоленным консерватизмом. Невольно вспоминаются слова П.Л. Капицы: “То, что в Англии решается телефонным звонком, здесь требует сотни бумаг”. Кстати говоря, срок обучения отнюдь не является препятствием, так как продолжительность ординатуры в нашей стране давно определена законодательно в 2–5 лет. Более серьезным препятствием является отсутствие на большинстве кафедр лучевой диагностики преподавателей с полноценной универсальной радиологической подготовкой, в особенности в области высоких технологий.

Я удручен тем, что мое предложение о создании *факультета подготовки лучевых специалистов* (Радиология – Практика. Октябрь, 2000) не вызвало никаких откликов. Между тем, зачислив на такой факультет по конкурсу 20–30 достаточно подготовленных врачей-радиологов, мы через два года будем иметь нужные кадры преподавателей и руководителей отделов лучевой диагностики для существенного изменения ситуации. Подготовка на факультете может быть поначалу осуществлена в Москве и частично в зарубежных центрах при содействии Европейской ассоциации радиологов. О роли Российской ассоциации радиологов будет сказано ниже. Упомянутая программа была вполне реальна уже и в 2000 г. “Но если действовать не будешь, ни к чему ума палата” (Шота Руставели).

Подготовка радиолога-специалиста (субспециализация)

Субспециализация в последние годы приобрела особое значение. Это объясняется про-

грессом всех основных медицинских дисциплин и возросшими требованиями *междисциплинарного подхода*. Яркими примерами служат успехи нейрорадиологии, кардиоваскулярной радиологии, мышечно-скелетной радиологии.

Но программы субспециализации пока еще не унифицированы. В разных странах действуют различные программы. В Австрии и Италии особое внимание уделено подготовке врачей педиатрической радиологии, нейрорадиологии и интервенционной радиологии. Во Франции и Германии один год субспециализации непосредственно координирован с клинической подготовкой специалиста. Так, радиолог, предполагающий работать в области мышечно-скелетной радиологии, в течение года проходит практику в ревматологическом стационаре. В России субспециализация чаще всего подменяется одномесячными циклами “тематического усовершенствования”, на которых преобладает не органно-системный принцип подготовки, а знакомство с одной из новых лучевых технологий (КТ, МРТ или УЗИ).

В рекомендациях Европейской ассоциации радиологов предусмотрена *двухгодичная субспециализация* по следующим направлениям: кардиоваскулярная радиология, гастроинтестинальная и абдоминальная радиология, радиология органов головы и шеи, мышечно-скелетная радиология, нейрорадиология, педиатрическая радиология, урогенитальная радиология, торакальная радиология, интервенционная радиология (по каждому разделу намечено определенное число лекций). Субспециализация по радиологии молочной железы рассчитана на один год (40 ч лекций, просмотр 500 “диагностических” маммограмм и 3000 маммограмм при скрининге).

Для каждого направления субспециализации должны быть определены учебные центры и подробные программы обучения. По мнению президента комитета по образованию Европейской ассоциации радиологов Pierre Schnyder, программа должна быть обязательной в течение 5–10 лет. При составлении программы естественно учитывать особенности региона и уровень контингента обучающихся.

Система непрерывного медицинского образования радиологов

В современном обществе образование не временное занятие, а *непрерывный процесс, образ существования людей, сочетающих работу с*

учебой. Это система развития личности, в которой наиболее полно проявляется достоинство и истинное отношение человека к его профессии. В Постановлении Правительства Российской Федерации № 610 от 26.06.95 г. было сказано: “Повышение квалификации проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет в течение всей трудовой деятельности работников”. Но лучевая диагностика столь быстро развивается, обогащается новыми технологиями, предъявляет врачам, инженерам, медицинским физикам, техникам все новые интеллектуальные и производственные требования. Никакие курсы один раз в пять лет уже не выручают нас, и мы остаемся на обочине, с грустью глядя вслед уходящему поезду. Как мне кажется, ситуация образно выражена в стихотворении узбекского поэта А. Архипова “Золотая рыбка”.

Едва от рожденья — попала она
в тот грязный заиленный хауз
и крошки ловила и илом со дна
играла, и в нем задыхалась.
И все, что на свете ей видеть пришлось, —
лишь хауз, да палые листья
разросшихся талов, да небо,
насквозь прошитое веткою лысой.
Лишь хауз заброшенный с грязной водой,
с листвой полусгнившей да илом...
И горько, что рыбке моей золотой
вот это —
и кажется миром.

Врач-радиолог включается в систему непрерывного образования непосредственно после окончания специализации и получения сертификата. В Московском объединении медицинских радиологов было разработано “Положение о непрерывном образовании лучевых специалистов”. Проект Положения и шкалы оценок различных форм непрерывного образования были опубликованы в журнале “Радиология — Практика” (Октябрь, 2000). В журнале Euror. Radiology (2001. № 11) были опубликованы подробные требования к организации системы продленного образования. Трехлетняя апробация системы в нашей научной ассоциации прошла весьма успешно. Вместе с тем, стало ясно, что ее подлинное развитие требует содружественного действия управленческих структур и Российской ассоциации радиологов и прежде всего юридического оформления государственной системы непрерывного образования, неизбежно связанной с **перестройкой системы аттестации и сертификации врачей-радиологов.**

Необходимость союза администрации и научной ассоциации

Роль и возможности научных радиологических объединений в развитии службы лучевой диагностики, на наш взгляд, используются формально и далеко недостаточно. Даже в упомянутом методическом пособии Л.М. Портного, И.Е. Тюрина и А.С. Юрьева в намечаемый Координационный совет по лучевой диагностике при Министерстве здравоохранения **не включены (!)** руководители Российской радиологической ассоциации, Российской ассоциации ультразвуковых специалистов, Российского общества ядерной медицины, Ассоциации медицинских физиков России.

Необходимость союза администрации и научных ассоциаций очевидна на примере практики аттестации и сертификации врачей. Приходится признать, что сертификат врача-радиолога в его сегодняшнем виде — малосодержательный документ, основанный на чисто формальных данных (например, для его получения достаточно иметь свидетельство об окончании краткосрочных курсов специализации по рентгенологии). С нашей точки зрения, вся кампания сертификации пока еще представляет собой расточительную и малоосмысленную трату времени и денег. Сертификат лучевого специалиста будет иметь ценность лишь при трех условиях: 1) он должен сопровождаться **лицензией на определенные виды профессиональной деятельности**; 2) лицензию должно выдавать **научное радиологическое общество** на основании анализа предшествующей профессиональной деятельности врача; 3) сертификат и лицензия на определенные виды деятельности выдаются на основании экзамена, проведенного **независимой экзаменационной комиссией.**

Серьезная проблема — **организация проверки знаний и умений лучевых специалистов на экзаменах.** Квалификационный экзамен основан преимущественно на тестовых заданиях, не включающих ситуационные задачи и требующих от аттестуемых лишь знакомства (1-й уровень обучения) или запоминания (2-й уровень обучения) профессиональных данных. Между тем, основу компьютеризированного или устного экзамена должны составлять задания, демонстрирующие умение аттестуемых практически применить свои знания. “Со знанием должно быть обязательно связано умение... Печальное явление, когда голова ученика заполнена большим или меньшим количеством знаний, но он не научился их применять, так

что о нем приходится сказать, что хотя он кое-что знает, но ничего не умеет” (А. Дистерверг). Красочно отразил это древний китайский мудрец Чжуанцзы: “Если ты дашь человеку рыбу, он насытится один раз. Если ты научишь его удить, он будет сыт всю жизнь”.

Впрочем, взгляды на характер предлагаемых экзаменационных задач варьируют. База Европейского архива лучевых изображений (Eurorad, www.eurorad.org) к концу 2001 г. содержала 1200 изображений. Организатор этого архива проф. Р. Пассариелло полагает, что при достижении 3000–4000 изображений будет создан достаточный фундамент для автоматизированного тестирования экзаменуемых.

Мы полагаем, что права аттестации и сертификации лучевых специалистов должны быть переданы научным радиологическим обществам (под контролем администрации). Должно быть пересмотрено содержание квалификационного экзамена и утвержден единый для всех регионов России экзамен (его структура, перечень требований, доступность оснащения для его проведения). Сам экзамен должен приниматься только утвержденным составом республиканских комиссий или филиалами единой экзаменационной комиссии Российской ассоциации радиологов. Если нет независимых судей, исчезает личная ответственность преподавателей за качество подготовки кадров. *Деятельность экзаменационных комиссий в известной мере является гарантией качества подготовки специалистов.*

Сходным образом должна быть организована система непрерывного образования. Ее должна формировать Российская ассоциация радиологов на основании законодательно утвержденных документов. Каждый врач-радиолог должен в течение 5 лет “заработать” 250 кредитов (баллов) в этой системе, которые должны быть зарегистрированы в его личной карточке или электронной записи. Как правило, при невыполнении этого норматива врач не допускается к аттестации на получение определенной категории и сертификата. Выполнение врачом требований системы непрерывного медицинского образования учитывается также при зачислении его на врачебную должность.

Послесловие: TO BE OR NOT TO BE?

“Все смешалось в доме Облонских”: повседневный благородный труд многих тысяч

радиологов и рентгенолаборантов, преданных своей прекрасной профессии, и, наряду с этим, их незавидное материальное положение и несправедливые различия в оплате труда тех, кто работает на рентгеновских аппаратах и на КТ- или МРТ-установках (с возможностью “левых” пациентов), а также в системе бесплатной медицинской помощи и в коммерческих медицинских структурах. На одном полюсе – доступность в немногих центрах использовать высокие лучевые технологии (вплоть до многослойной спиральной КТ, МРТ с высокой напряженностью магнитного поля, позитронных эмиссионных томографов), на другом – отсутствие в некоторых травматологических пунктах даже рентгеновских аппаратов. С одной стороны, искренние старания заслуженных преподавателей воспитывать радиологов новой формации, а с другой – устаревшая номенклатура кадрового состава, неравномерное распределение бюджетных ассигнований, многолетнее отсутствие положительной реакции управленческих структур на конструктивные предложения деятелей медицинской радиологии. Похоже, что чиновники – последователи Екклезиаста: “...что было, то и будет; и что делалось, то и будет делаться, и нет ничего нового под солнцем”.

Верю ли я, что статьи, подобные этой, могут изменить ситуацию с подготовкой радиологических кадров. Нет, не верю! Уже в течение нескольких лет Министерство здравоохранения Российской Федерации не может принять концепцию развития медицинской радиологической службы России. Упорно сохраняется неполноценная система аттестации и сертификации врачей-радиологов и устаревшая номенклатура кадрового состава. Не утверждены организационные основы непрерывного медицинского образования. Научные радиологические общества почти не привлекаются к решению важных проблем здравоохранения.

Однако рассказывают, что Нильс Бор, явившись к своему другу, увидел прибитую над входом в его дом лошадиную подкову. “Неужели ты веришь, что подкова приносит счастье?” – спросил он приятеля. “Нет, я не верю, но говорят, что она приносит счастье и тем, кто не верит”. Я пишу эти строки 4 января 2003 г. с верой в лучшее. *Я верю*, что наши выступления и статьи рано или – что совсем плохо – поздно повлияют на позицию Министерства здравоохранения. Во-первых, реально помогает только критическое противодействие “...в качестве неотъемлемого элемента здорового ме-

таболизма власти” (А. Рубцов). Во-вторых, медицинская общественность уже давно поняла, что в постоянных ссылках на нехватку денег таится дьявол. В-третьих, в подготовке недостаточно квалифицированных специалистов и в плохом учете медико-экономических критериев лучевой диагностики теряется неизмеримо больше ресурсов, чем надо для перестрой-

ки этой подготовки и реального улучшения медицинской помощи населению.

Необходимо срочное формирование новой стратегии подготовки радиологических кадров, которая продолжит лучшие традиции отечественной медицины с учетом международного опыта и изменений в социально-экономической жизни российского общества.

iMT

ЗАО “ИНТЕЛМЕДТЕХНИКА”

тел.: (095) 507-4007; факс: (095) 325-9746;

e-mail: intelmedtechnika@mtu-net.ru; почтовый адрес: 117218 Москва, а/я 132

МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ

