

Некоторые проблемы развития отечественной диагностической радиологии

Ю.В. Варшавский, В.В. Китаев

Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения
г. Москвы

Факт фундаментальных изменений в диагностической радиологии, произошедших в последние десятилетия, не нуждается в доказательствах. Из дисциплины, на протяжении многих десятилетий использовавшей, по сути, только один физический источник интроскопии – рентгеновское излучение, она превратилась в мультимодальное, эффективно манипулирующее различными физическими излучениями и построенными на их основе изображениями направление. Все это резко изменило саму суть диагностической радиологии, привело к необходимости овладения массой новых технологий, множеством видов диагностической аппаратуры, возможности использовать новые диагностические алгоритмы, осваивать новую изобразительную семиотику. Однако вся структура и организационные установки отечественной медицинской радиологии пока недостаточно полно учитывают указанные изменения, что подтверждается множеством примеров, в частности, касающихся лучевой службы Москвы.

Служба лучевой диагностики в муниципальном здравоохранении г. Москвы продолжает развиваться по экстенсивной модели, что подтверждается следующими статистическими данными.

– На одного врача и на 1,25 рентгенолаборанта службы приходится 2 аппарата лучевой диагностики.

– 1 врач – специалист по лучевой диагностике приходится на 4700 населения (при показателе для стран Европы: 1 – на 25 000–30000).

– В амбулаторной сети (кроме флюорографии) выполняется в среднем не более 8 исследований за рабочий день рентгенодиагностического кабинета, что на 40–50% ниже нормативных требований.

– Из 1062 стационарных рентгеновских аппаратов 84% работают в одну смену.

– В парке рентгеновского оборудования преобладают аппараты общего типа на 3 рабочих места, в силу своей конструктивной особенности оправдывающие себя лишь на 50%.

– Дублирование работ доходит до 60%, поскольку значительная часть исследований, выполняемых в поликлиниках, относится к категории не самых эффективных технологий: рентгеноскопия и рентгенография пищеварительного канала, рентгенография черепа, позвоночника и периферических суставов при дегенеративно-дистрофических процессах опорно-двигательного аппарата. И это при том, что 1089 из 2385 рентгеновских аппаратов и половина штатных единиц врачей и рентгенолаборантов сосредоточены в амбулаторно-поликлинических ЛПУ.

– Неоправданно низкая загрузка (односменный график) высокотехнологического оборудования (КТ, МРТ, ангиография, УЗ-системы экспертного класса).

– Низкие и неравномерные по учреждениям показатели эксплуатации УЗ-аппаратов, крайне недостаточный удельный вес диагностических пунктов под интроскопическим контролем.

– Неэффективная реализация дорогостоящих “короткоживущих” радионуклидов, связанная с отсутствием правовой основы их использования и неумением сгруппировать пациентов и организовать работу по многосменному графику на период поступления препаратов.

В условиях мегаполиса вызывает сомнение концепция максимального приближения средств лучевой диагностики к пациенту, особенно ее рентгенологического раздела. Она

привела к их неразумному использованию в поликлинических учреждениях, в которых возможности индустриализации, специализации рабочих мест и сотрудников, а также ресурсосбережения и надлежащего контроля качества технического парка аппаратуры резко ограничены.

Низкая результативность поликлинической лучевой диагностики привела к порочной практике переноса части ее задач на стационары: не менее 70% лучевых исследований в больницах приходится на обследование “с нулевого цикла” или переделку представленной информации.

Более оправдывает себя концепция формирования диагностических центров, в которых становятся возможными концентрация и более интенсивное использование современного оборудования, рациональная расстановка кадров, постоянная модернизация диагностического процесса, наращивание объемов и качества диагностики, а следовательно, увеличивается доступность населению высокотехнологических методов исследования. Политика развития системы диагностических центров должна быть продолжена и усилена. По нашему мнению, в условиях мегаполиса, и в частности Москвы, оправдывает себя организационная структура, в которой диагностический центр обслуживает определенный “куст” поликлиник. Это требует перераспределения штатов и средств диагностики, но, безусловно, ведет к более высокой результативности диагностического процесса, не говоря уже о его экономической эффективности, а также к сокращению числа требуемых специалистов и аппаратов.

К сожалению, эффективность лучевой диагностики все еще сдерживается неправильной оценкой значимости различных методов и алгоритмов в современном диагностическом процессе (с позиции риск – польза – экономическая эффективность).

Для решения этой проблемы необходим пересмотр технологических возможностей по всей диагностической вертикали в целях:

- повышения информативности используемых методов;
- уменьшения затрат, под которыми понимается не только стоимость собственно исследований, но и их экономическое влияние на последующий лечебно-диагностический процесс.

Следует отметить, что, прежде всего, представляется целесообразным все большее заме-

щение на первом этапе обследования пациента рентгенологических исследований пищевода, ретроперитонеального канала (пищевода, желудка и толстой кишки) современными эндоскопическими процедурами.

Изменения должны быть внесены и в устоявшийся регламент обследования на амбулаторном уровне пациентов с предполагаемой патологией области основания черепа, при дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата, травмах периферических суставов, а также при многих других клинических ситуациях.

События последних десятилетий радикально изменили требования к системе подготовки профессиональных кадров для медицинской радиологии. Особенно это относится к здравоохранению мегаполисов, где резко нарастает удельный вес оборудования, использующего высокие технологии. В значительной степени это связано с очевидным отставанием федеральной нормативной базы организации и содержания профессиональной подготовки кадров.

Низкий уровень подготовки распространяется и на средних медицинских работников (рентгенолаборантов и медицинских радиологических сестер), что особенно заметно в сфере высоких технологий. Во-первых, мы все еще недооцениваем возможности этих технологий, о чем свидетельствует прогрессивный опыт других стран. Во-вторых, медицинская радиология в последние десятилетия совершенно изменилась: появились цифровая рентгенология, рентгеновская и магнитно-резонансная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, системы ПАКС, рентгенохирургия и т. д. А существующие программы и учебные планы профессиональной подготовки среднего звена – основного персонала, манипулирующего этой техникой, – сформированы слишком давно и в весьма устаревших ориентирах. Кроме того, специализированные училища не располагают необходимым кадровым составом преподавателей, необходимой комплектацией современных учебных пособий, не говоря уже об отсутствии адекватных клинических баз для получения практических навыков. В результате выпускники училищ не готовы к квалифицированной работе с учетом современных возможностей нашей специальности. По получении диплома их, как правило, нужно подвергать повторному обучению. Сомневаемся, что в ближайшее время мы дождемся от федераль-

ного уровня каких-либо новаций в этом вопросе.

Вопреки здравому смыслу, даже головные федеральные научные центры различных направлений отечественного здравоохранения упорно не допускаются к образовательной деятельности. Наши коллеги-радиологи, работающие более чем в 100 онкологических диспансерах, формально могут проходить усовершенствование только на профильных кафедрах, где лучевую диагностику в онкологии знают недостаточно полно. Аналогичная картина в системе противотуберкулезных диспансеров и ряде других профильных ЛПУ.

Столичное здравоохранение располагает кадрами и материально-технической базой для современной профессиональной подготовки специалистов медицинской радиологии, включая средних медицинских работников, однако необходимы дальнейшие самостоятельные шаги в решении этой проблемы, как это было, например, сделано в столице во исполнение Федерального закона “О радиационной безопасности населения” (постановление Правительства Москвы и распоряжение Мэра Москвы), а также по формированию “Перечня методов лучевой диагностики” (приказ Комитета здравоохранения города Москвы).

В отношении средних работников лучевой диагностики возможны различные по юридической форме и глубине решения, а именно:

– наиболее радикальное решение – переход, по опыту большинства стран, на подготовку среднего звена в медицинской радиологии в рамках первого, а не второго медицинского образования, путем создания профильного колледжа;

– создание специального отделения для подготовки уже существующих рентгенолаборантов и медицинских радиологических сестер к работе в сфере высоких технологий.

Что касается профессиональной подготовки врачей для работы в службе лучевой диагностики города, то эта проблема в основном решена через систему интернатуры и ординатуры в Департаменте здравоохранения Москвы. Необходимо лишь увеличить количественные показатели в этой сфере, что возможно, осуществив подготовку соответствующей редакции договоров при поступлении будущих специалистов на московский факультет Государственного медицинского университета.

Пока сохранились трудности легализации специалистов в пограничных, междисципли-

нарных технологиях, использующих ионизирующее излучение. К сожалению, прежний регламент их допуска к практической деятельности в данной сфере предельно устарел и содержит большое количество “болевых точек”. Достаточно сказать, что только в одной ГКБ им. С.П. Боткина 60 врачей-хирургов не могут получить официального разрешения на проведение пункционных исследований под контролем рентгеновского изображения, так как это, по существующим положениям, возможно только после прохождения годовой интернатуры по специальности “рентгенология” с получением соответствующего сертификата (!!!), что неприемлемо ни для соискателя, ни для работодателя. В определенной степени эта проблема коснулась и среднего звена, особенно в сфере рентгенохирургической деятельности.

Объективная и регламентированная оценка профессиональных возможностей медицинского работника является одним из элементов управления качеством медицинской помощи. К сожалению, в последние годы система оценки квалификации медицинских кадров “потеряла” часть своей юридической базы и, кроме того, существенно отстала от современных требований.

Приказы Минздравмедпрома РФ от 19 декабря 1994 г. № 286 “Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности” и от 17 ноября 1995 г. № 318 “О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста” были отменены приказами №№ 4 и 327 Минздрава РФ от 11 января 2000 г. и 30 августа 2000 г. в связи с письмом Минюста РФ от 5 ноября 1999 г. № 9168-ЮЧ в целях упорядочения ведомственных нормативно-правовых актов. Отмена этих приказов, регулировавших процедуру сертификации, создала правовой вакуум в данном вопросе, так что порядок сертификации в настоящее время не регулируется ни одним нормативным актом.

Регламент аттестации на присвоение квалификационных категорий определен приказом МЗ РФ от 9 августа 2001 г. № 314 “О порядке получения квалификационных категорий”. Однако существующая система аттестации сотрудников здравоохранения ориентирована скорее на косвенные признаки профессионализма, которые далеко не всегда являются надежными критериями профессиональных возможностей работника (стаж работы по специ-

альности, занимаемая должность, наличие ученой степени или звания) и не отражают его владение конкретными знаниями и практическими навыками.

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не просто указанными формальными квалификационными категориями, а объемом технологий, которыми он владеет и к которым он официально допущен. Тем более что требования к знаниям и умениям сотрудника далеко не одинаковы в многоуровневой системе лечебно-диагностического процесса.

Принципиальным нововведением могло бы стать появление специального вкладыша к сертификату специалиста, в котором фиксируется владение им теми или иными медицинскими технологиями, что юридически закрепляет право специалиста на применение этих технологий в его самостоятельной профессиональной деятельности.

Неблагополучие в оценке профессиональных возможностей специалистов возможно устранить, лишь изменив регламент сертификации и аттестации медицинских кадров. Действующее медицинское законодательство содержит возможность такого решения правовым путем.

В соответствии с ч. 2 ст. 54 и ч. 3 ст. 62 Основ законодательства РФ “Об охране здоровья граждан” профессиональные медицинские ассоциации субъектов Российской Федерации обладают правом проводить проверочные испытания медицинских работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, который является одним из элементов юридического допуска к самостоятельной профессиональной деятельности.

Решение о выдаче сертификата в соответствии с указанными статьями Основ принимается комиссией профессиональной медицинской ассоциации субъекта Федерации.

“Основы” не содержат норм, регулирующих процедуру сертификации, однако ее можно представить следующим образом.

Сертификационным органом является комиссия при профессиональной медицинской ассоциации специалистов лучевой диагностики. Правовой основой для создания такой комиссии является внесение в устав ассоциации норм, указанных статьей Основ законодательства об охране здоровья граждан, положения о создании комиссии, перечень специальностей, по которым проводится сертификация, перечень медицинских технологий.

Итоговый документ – сертификат специалиста лучевой диагностики с вкладышем, содержащим перечень тех лучевых технологий, теоретических знаний и практических навыков, которые проверены комиссией и к которым он допущен в результате проверочного испытания. В связи с тем, что каких-либо директивных документов по поводу порядка сертификации нет, возможно использование формы, утвержденной ныне отмененным приказом Минздравмедпрома РФ от 17 ноября 1995 г. № 318.

Юридически выгодное положение в данном случае у специалистов по лучевой диагностике, работающих в столичном здравоохранении: вкладыш к сертификату можно оформлять на основе приказа Комитета здравоохранения Москвы от 4 декабря 2001 г. № 534 “Об утверждении Перечня лучевых методов исследования”.

Предлагаемая система сертификации кадров службы лучевой диагностики обсуждалась на совещаниях в Росздравнадзоре и получила одобрение. Принято решение о внедрении данной системы на модели московского здравоохранения в качестве пилотного проекта после утверждения Московским отделением Минюста РФ новой редакции Устава профессиональной медицинской ассоциации (объединения) рентгенологов, радиологов и специалистов по ультразвуковой диагностике г. Москвы.

В заключение хотим сказать: пора от констатации недостатков переходить к конкретным и активным действиям по модернизации службы лучевой диагностики в соответствии с назревшими потребностями нашего времени.