

Дискуссия “Реорганизация системы подготовки кадров лучевых специалистов в период 2010–2020 гг.”

“Сегодня фактически закладывается фундамент современного здравоохранения”.
Дмитрий Медведев

В журнале “Радиология-практика” (№ 5, 2008) было обращение редколлегии о проведении дискуссии об основах и направлении развития системы подготовки врачей-радиологов. В обращении были фактически поставлены 2 вопроса:

1) пересмотр реестра (номенклатуры) специальностей врачей в системе диагностической радиологии;

2) работа, направленная на решительное улучшение организационных и материальных основ подготовки лучевых диагностов.

Первые отклики на обращение редколлегии были размещены на сайте журнала www.radp.ru. Они обусловили вынести для обсуждения в ходе дискуссии третий вопрос: номенклатура и подготовка среднего звена лучевых специалистов. Начиная с этого номера, мы будем публиковать поступающие материалы на страницах журнала.

Вступительное слово редактора журнала Л.Д. Линденбрата

Напряженное внимание к подготовке кадров лучевых специалистов не случайно. Оно связано с бурным развитием новых лучевых технологий и медицинских информационных систем и резким расширением объема знаний и арсенала исследовательских приемов, необходимых врачу-радиологу для эффективной диагностической деятельности. Современная система подготовки и переподготовки кадров – результат недооценки научно-технического прогресса и социально-экономических преобразований в обществе. Лучевая диагностика широко используется во всех областях клинической медицины. Более 70% диагнозов ставится или подтверждается с помощью лучевых исследований. От врача-

радиолога требуется повышение общеклинической подготовки: он должен быть равным партнером клинициста при обсуждении тактики обследования и лечения больного. Нуждаются в изменении номенклатура лучевых специальностей и материально-техническая база подготовки врачей-радиологов. Надеюсь, что откровенное и продуманное обсуждение этих вопросов позволит составить **проект модернизации системы подготовки кадров лучевых диагностов** для представления его предстоящему Конгрессу радиологов России и руководящим органам здравоохранения.

После выхода в свет журнала с обращением редколлегии в редакцию поступило выступление известного радиолога В.В. Китаева.

“Высокие технологии” без “высоких технологов”

Где только сейчас не говорится о “высокотехнологичной медицинской помощи”. Естественно, нет ни малейшего сомнения в том, что эта помощь невозможна без современных высокотехнологичных видов диагностики, к которым можно отнести цифровую рентгенографию, рентгеновскую компьютерную и магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое сканирование, цифровые ангиографические методы, радионуклидные методы, включая позитронно-эмиссионную томографию. Однако Приказом Минздравсоцразвития № 323 от 10 мая 2007 г. из всего вышеуказанного разнообразия современных методик лучевой диагностики к высокотехнологичным почему-то отнесена только ультразвуковая диагностика (!).

Все исследования осуществляются на сложнейшей аппаратуре, вмещающей в себя

новейшие достижения техники и электроники. И основным специалистом, обеспечивающим качество изображения, будет оставаться средний персонал отделений лучевой диагностики. К сожалению, приходится констатировать, что, несмотря на явный приток в отечественную медицину высокотехнологичной диагностической аппаратуры, проблема подготовки кадров для работы на ней остается в тени. Попытка внести в программы методичку ознакомления и обучения новейшим технологиям пока еще остается не более чем бумажным новаторством, не находящим в реальности адекватного практического воплощения. Если в последние годы и появились курсы подготовки врачей по данным направлениям медицинской визуализации (чем-то напоминающие вынужденные краткосрочные курсы подготовки младших лейтенантов во время Великой Отечественной войны), то для основного лица, обеспечивающего процедуру исследования и управляющего этой аппаратурой, современной системы подготовки не разработано. Все это чревато неадекватным использованием сложнейшего оборудования как по объему исследований, так и по качеству и методическому спектру. Учитывая ту ставку, которая делается на высокие медицинские технологии, решить проблему квалифицированного использования соответствующего (и исключительно дорогостоящего) оборудования достойным образом без перестройки образования среднего персонала не удастся.

Инициаторами и идейными двигателями этого процесса могут быть управленческие структуры здравоохранения в тесном взаимодействии с профессиональными сообществами. К сожалению, в нашей стране ассоциации лучевых специалистов решением этой проблемы не озабочены, а профессиональные сообщества (ассоциации) средних работников медицинской радиологии, не в пример мировому опыту, вообще отсутствуют.

Если подобное положение вещей продлится, перестанут функционировать (и отчасти это уже происходит) диагностические кабинеты, к тому же нередко именно из-за отсутствия средних специалистов. Опыт показывает, что на большинстве компьютерных томографов, МР-томографов, гамма-камер и цифровых ангиографических установок работают, по сути, самоучки, ибо серьезных курсов подготовки радиологов-технологов, адекватных сложности подобного оборудования, в России нет.

Появление новых, существенно более сложных, технологий требует другого качества знаний от персонала, управляющего сложной аппаратурой, к тому же работающей на основе мощной компьютерной техники. Лицо, изначально подготовленное для классической рентгенолаборантской работы, не обладает знаниями в области высокотехнологичных методов и не может их получить во время кратковременного, в течение 1–3 дней (application), ознакомления с вновь установленной аппаратурой, проводимого фирмой-поставщиком.

Любопытно, что из-за устаревшей номенклатуры и законодательства о работниках отделений лучевой диагностики средний профессиональный персонал кабинетов МРТ в соответствии с Приказом № 128 МЗ РФ называется “рентгенолаборант кабинета магнитно-резонансной томографии”. И это при том, что никакого рентгеновского, и вообще ионизирующего излучения в технологии МРТ нет (!).

Представляется обоснованным, с учетом складывающихся реалий, следующий подход к подготовке средних работников для лучевой диагностики (и высоких технологий, в частности). Она должна складываться исходя из признания факта существования 2 типов деятельности этих работников – собственно рентгенолаборанта, связанного с работой в традиционной рентгенодиагностике, и радиолога-технолога. Программы подготовки их должны, соответственно, отличаться. Рентгенолаборанты традиционной практики могут пройти подготовку в соответствии с действующим положением 3 месяца, лица же, предполагающие получение сертификата радиолога-технолога, проходят дополнительный полуторамесячный курс. В дальнейшем, учитывая современную информационную наполненность этих профессий и особую ответственность медицинского персонала за качество своей работы, следует постепенно приближать длительность подготовки этих специалистов к зарубежной практике. Рентгенолаборант общей практики может пройти специализированное дополнительное образование, чтобы получить сертификат радиолога-технолога, дающий ему право работать на высокотехнологичном оборудовании.

По непроверенным сведениям, в Минздравсоцразвития рассматривается изменение системы допуска специалиста к профессиональной медицинской деятельности с введением персонального лицензирования. В подобной ситуации в лицензии рентгенолаборанта и радиоло-

га-технолога должны будут вноситься конкретные виды медицинских технологий, к которым он допускается в соответствии с его подготовкой.

Все вышесказанное лишний раз подчеркивает настоятельную необходимость модернизации подготовки специалистов среднего звена для лучевой диагностики и для ее высокотехнологичных методов в первую очередь. С чего-то надо начинать.

В.В. Китаев

От редколлегии. В связи с выступлением В.В. Китаева публикуем материал памяти В.В. Яковца.

Немногим более года назад ушел из жизни старейший рентгенолог страны, заслуженный врач РФ, бессменный председатель секции рентгенолаборантов Санкт-Петербургского радиологического общества Виктор Владимирович Яковец. Постоянной заботой В.В. Яковца было совершенствование службы отечественной лучевой диагностики. Каждый рентгенолог и рентгенолаборант были знакомы с таблицами экспозиции, учебными пособиями и атласами укладок В.В. Яковца.

После его смерти в распоряжение редакции попали неопубликованные материалы мастера и среди них открытое письмо министру здравоохранения.

Несмотря на прошедшее время и произошедшие изменения в оснащении и методических подходах к лучевой диагностике в целом (широкое внедрение МРТ, РКТ, УЗД, ПЭТ, цифровой рентгенографии), многие соображения, высказанные в письме, остаются актуальными, и поднятые в письме вопросы остаются до сих пор нерешенными.

Если, хотя и медленно, меняется устаревшая техника, то ситуация с профессионализмом и обучением рентгенолаборантов остается такой же катастрофической, как это образно представлено В.В. Яковцом.

Редакция сочла целесообразным опубликовать открытое письмо В.В. Яковца не только как дань уважения ушедшему ведущему специалисту, но и для того, чтобы привлечь внимание ведущих специалистов отрасли, руководителей медицинских учреждений и чиновников на важнейшие и не решенные до настоящего времени задачи организации эффективной работы среднего звена отделений лучевой диагностики (рентгенолаборантов, техников, медицинских сестер).

Открытое письмо министру здравоохранения Российской Федерации

Представляю не радующие сведения о состоянии рентгенодиагностики в нашей стране. Надеюсь, что хотя бы часть из них будет удостоена Вашего внимания. Может быть, с Вашей помощью что-нибудь улучшится.

Вековое развитие рентгенологии принесло для медицины весьма важные плоды. Совершенствование рентгеновской техники происходит настолько быстро, что не везде своевременно успевают менять материальную базу соответственно достижениям передовой конструкторской мысли. Многие исследования на самых современных рентгеновских аппаратах остаются уделом обслуживания людей, обладающих большими материальными возможностями.

Основная масса людей довольствуется значительно меньшими возможностями. Врачи-рентгенологи, их обслуживающие, чаще весь свой трудовой период работают на устаревших рентгеновских аппаратах, хотя, как наши отцы и деды, они выполняют значительную диагностическую работу.

В нашей стране разница между передовой рентгеновской техникой и существующей в больницах особенно велика. При наличии в центральных лечебных учреждениях единичных установок для КТ, СКТ, МРТ, к сожалению, только 9% общедиагностических рентгеновских аппаратов еще пока оснащены телевизионными приставками. Рентгеноскопия в затемненной процедурной и рентгенография – сегодня основа рентгенодиагностики в стране. И, к нашему несчастью, еще не видно должного перевооружения хотя бы большинства рентгеновских кабинетов на ближайшее будущее. В 2006–2007 гг. реализована Федеральная программа “Здравоохранение”, обеспечивающая переоснащение примерно 15% рентгеновской аппаратуры в ЛПУ страны. Дальнейшая реализация программы приостановлена. Это обидно, но ведь это реальность, замалчиваем ли мы ее стыдливо или открыто признаем.

На практике об этой печальной правде не всегда желают помнить руководители рентгеновских служб больших и малых регионов страны. Имея под боком единичные аппараты КТ, СКТ, МРТ, почти все внимание они направили на действительно поражающие своими возможностями эти диагностические методи-

ки. Периодическая рентгенологическая литература пестрит достижениями при использовании таких методик, во многом повторяющих однотипные исследования, уже ранее проведенные за рубежом. Активное наше участие в развитии рентгенологии — это хорошо. Но разве можно забывать уровень рентгенодиагностики в лечебных учреждениях, обслуживающих основную массу нашего населения? Ведь **материалы об улучшении рентгенографии**, являющейся главенствующим методом рентгенодиагностики, да и не только в нашей стране, сегодня встретишь редко. Мы перестали должным образом обучать рентгеновских работников основному их делу, необходимому после учебы, на рабочих местах. Его часто представляют как якобы уже прошлое в рентгенологии. И отрицательный результат не заставил себя ждать.

Врачам и медицинским сестрам, обучающимся рентгенологии на курсах первичной специализации, чаще показывают рентгеновские установки последних поколений, новейшие способы рентгеновской визуализации и способы ее реализации, а после учебы они вынуждены работать в затемненных процедурных с совсем иными рабочими аппаратами, получать рентгенографическое изображение, в основном, с помощью фотографического метода, премудростям управления которыми их обучали мало или только напоминали об этом вскользь. Наши отцы на подобных аппаратах достигали неплохих диагностических результатов, а сегодня рентгеновские работники далеко не всегда умеют извлечь из них положенное и, самое главное, добиться каждый раз **качественного рентгенографического изображения** — основы диагностики заболеваний.

В крупных лечебных учреждениях, где эксплуатируют аппарат КТ или МРТ, функционирует еще от 3 до 12 общедиагностических рентгеновских аппаратов. И все они полностью загружены. А количество выполняемых процедур среди общего числа рентгеновских — подавляющее. Если в стране сегодня 375 аппаратов КТ*, сколько лечебных учреждений не используют их возможности? А там ведь тоже осуществляется рентгенодиагностика и ежедневно решается судьба многих людей. Наша страна не Япония, где один аппарат КТ приходится на 13 тыс. жителей. Хо-

тя и в Японии традиционных рентгенографий значительно больше, чем КТ-исследований.

Ратовать за совершенствование рентгенографии не значит возвращаться к прошлому, когда в передовых странах уже широко используют новейшие методики получения рентгеновского изображения. Это значит научить сегодняшнего врача-рентгенолога и рентгенолаборанта получать качественное рентгенографическое изображение исследуемых органов с помощью имеющихся у него средств, а не теоретически известных, оказать реально посильную диагностическую помощь больным в нашей стране.

В стране примерно половина выполняемых рентгенограмм и флюорограмм настолько низкого качества, что они трудно или почти совсем нечитабельны. По ним нередко утверждаются несуществующие патологические процессы в исследуемых органах, а истинные заболевания распознаются далеко не всегда.

Основными исполнителями рентгенографического изображения являются рентгенолаборанты. И наше горе, что большинство из них сегодня неспособны должным образом выполнять свои функции. Автор этих строк со всей ответственностью заявляет об этом, ибо отдал делу рентгенолаборантов более 35 лет и реально знаком с их работой в сотнях лечебных учреждений разных регионов страны.

Главной причиной наших неудач является низкое качество подготовки рентгенолаборантов. В настоящее время срок их обучения абсолютно необоснованно установлен в 3 месяца, что далеко недостаточно для специалистов, выполняющих сотни разнообразных рентгенологических исследований с эксплуатацией многих сложных аппаратов. Ведь их специальные знания по объему и сложности значительно превосходят таковые у медицинских сестер разных специализированных кабинетов, к которым они приравнены по сроку обучения. Настоящему *рентгенолаборанту — человеку, использующему рентгеновское излучение ежедневно, многократно и в разных эксплуатационных вариантах*, необходимо освоить управление электрическим током, рентгеновским излучением и фотопроцессом в рентгеновском кабинете, изучить многие укладки отличающихся между собой органов исследования, познать особенности множественных рентгенологических приемов. Как же может нас удовлетво-

* В настоящее время эта цифра приближается к 1000.

рять практикуемая во многих местах абсолютно порочная специализация на рабочем месте, дающая обучающемуся не более 5–10% необходимых знаний?

При проверке (по долгу службы) работы сотен рентгеновских кабинетов в разных регионах страны было выявлено, что почти везде картина весьма печальная. **Рентгенограммы низкого качества** в значительном процентном соотношении присутствуют в большинстве рентгеновских кабинетов. Они **являются зловещей темной силой, компрометирующей объективный и весьма полезный диагностический метод**. Рентгенолаборанты свою работу знают очень слабо. Редко встречается специалист, разбирающийся в своем деле в совершенстве и каждый раз выполняющий хорошие рентгенограммы. Такие работники даже с удостоверениями первой и высшей категории подчас не имеют элементарных познаний в своей специальности. Они выполняют рентгенограммы без выработанных специалистами на протяжении десятилетий укладок исследуемых органов. На снимках много дефектов из-за неумения управлять рентгеновским излучением и незнания правил выполнения фотопроцесса. *Самая большая беда в том, что они это не осознают и никто не дает им в этом убедиться.* К большому сожалению, большинство из них не знают и не понимают, какими путями следует добиваться нормального рентгенографического изображения. По этой причине многие больные облучаются безрезультатно. В рентгеновских кабинетах “кладбища” испорченных дорогостоящих рентгенографических пленок.

Большинство врачей-рентгенологов, по положению являющихся учителями и руководителями рентгенолаборантов, почти не способны оказать действенную помощь из-за слабого знания их работы. Такую убогость многих специалистов в рентгеновской службе видят только компетентные рентгенологи. Врачи, слабо знающие эту науку, хотя иногда и находящиеся на руководящих должностях, взирают на такое положение дел беспечно и самодовольно. Они не организовали должной учебы рентгенолаборантов. С их молчаливого согласия срок обучения рентгенолаборантов Министерством здравоохранения обрезан до 3 месяцев. А на рабочем месте как могут научить человека специальности недостаточно знающие люди в действующих рентгеновских кабинетах, рассказывающие новичку в виде ученика о своей работе от случая к случаю? Это ведь

пародия на обучение, но она почему-то устраивает многих нынешних руководителей рентгеновской службы. Только профессор Л.Д. Линденбратен пытается организовать в Москве хорошую школу рентгенолаборантов со сроком обучения в 10 месяцев.

Еще долго будут требоваться необходимые знания по рентгенолабораторному делу независимо от наличия в рентгеновском кабинете фотолаборатории или ее отсутствия. Даже исключив фотопроцесс, если полностью перейдем на рентгенографическое изображение в цифре или на бумаге (некоторые специалисты видят такое будущее), знания по управлению электрическим током, рентгеновскими лучами, укладкам пациентов для исследования конкретных органов и проведению множественных рентгенологических методик должны постоянно совершенствоваться. Дело рентгенолаборанта еще потребует человечеству долгое время. Такие специалисты будут служить не одному поколению людей. Да и фотопроцесс еще не скоро отойдет. Ведь сегодня не только при традиционной рентгенографии, но и при КТ и МРТ он используется значительно чаще, чем получение рентгеновского изображения на бумаге или экране компьютера.

В журнале “Вестник рентгенологии и радиологии” было бы полезным открыть **рубрику “В помощь рентгенолаборанту”**, где периодически помещать материалы по улучшению управления рентгеновскими лучами, фотопроцессом и другим направлениям работы рентгенолаборанта. Ведь они также необходимы и врачам-рентгенологам. И не следует оберегать свою гордыню, как бы не сказали наши коллеги за рубежом, что мы учим работать по уже не модной старинке. Можно написать сноску “Для тех, кто работает в общедиagnostических рентгеновских кабинетах, кто выполняет фототрафическую обработку пленки без использования проявочной машины и т. д.”. Хотя для всех нас понятно, что таких абсолютное большинство, а значит, их следует должным образом учить своему делу.

Не следует забывать, что **самой большой движущей силой в получении специальных знаний является объективная аттестация специалистов**. Если аттестационная категория станет присуждаться только достойным, появится стремление к должному освоению своей специальности. Станет обязательной целенаправленная самоподготовка. Каждый рентгенолаборант начнет думать, как лучше организовать

рентгенографию. Он будет искать места, где возможно углубить специальные знания. Качество рентгенограмм улучшится. И в первую очередь от этого выиграют больные.

О качестве рентгенографического изображения необходимо спрашивать с врачей-рентгенологов. Они обязаны искоренить в своих рентгеновских кабинетах все причины, ведущие к дефектам на рентгенограммах. Необходимо считать недопустимым выполнение заключений о состоянии исследуемых органов по низким рентгенограммам низкого качества. В оценке работы рентгеновского кабинета должно главенствовать не количество выполненных процедур, а качество их проведения и достигаемый диагностический эффект. При аттестации врачей-рентгенологов в первую очередь должна учитываться их способность в организации получения качественного рентгенографического изображения. Бесцельно тратить большие материальные средства не должно быть позволено никому. Бракованные рентгенограммы должны быть единичными и тут же заменяться качественными, ибо за каждым снимком стоит судьба больного человека.

Изложенные соображения выстраданы автором этих строк в процессе 35-летней деятельности в области рентгенологии, проверки работы сотен рентгеновских кабинетов и участия в аттестации во много раз большего количества рентгеновских работников. Он ни в коем случае не желает умалить достоинство и заслуги сотен наших высокоэрудированных врачей-рентгенологов и будет безмерно рад узнать, что достижения в деле воспитания рентгенолаборантов обеспечили повсеместное хорошее качество их продукции в регионе. Он полагает, что найдет в лице многих руководителей рентгеновской службы страны активных энтузиастов, борющихся за качественное рентгенографическое изображение и будет счастлив объединить с ними свои усилия на этом поприще.

Хотелось бы, чтобы все вышевысказанное оказало положительное воздействие на улучшение рентгенодиагностики в нашей стране.

*Заслуженный врач Российской Федерации,
кандидат медицинских наук, председатель
секции рентгенолаборантов Санкт-
Петербургского радиологического общества
Виктор Владимирович Яковец*

Зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО “СибГМУ Росздрава” В.Д. Завадовская

Благодарю за приглашение принять участие в обсуждении вопросов стратегического развития системы подготовки кадров лучевых диагностов. Рассмотрев обозначенные проблемы, касающиеся генерального направления образования и подготовки кадров, могу сказать следующее. Нахожу, что наиболее оптимальным для практики лучевой диагностики является выделение специальности врача-радиолога, владеющего всеми современными технологиями, но преимущественно в рамках одной из областей медицинской радиологии (что соответствует пункту 1в). Считаю, что данный подход позволит в целом повысить диагностическую эффективность медицинской визуализации, устранив непонимание между врачами — лучевыми диагностами (рентгенологами, ультразвуковыми диагностами, специалистами по ядерной медицине и т. д.), зачастую возникающими при исследовании конкретного больного.

По второй проблеме полагаю, что наиболее важной задачей, которую необходимо решить для улучшения качества обучения лучевых диагностов, является изменение организационных основ всей системы подготовки кадров (соответствует пункту 2г). Во-первых, считаю, что необходимо увеличить сроки обучения в клинической ординатуре до 3—4 лет по аналогии с зарубежным подходом, уже доказавшим свою эффективность. Во-вторых, думаю, что для организации качественного обучения врачей необходимо совершенствование имеющихся клинических баз при ведущей роли вузовских кафедр. Оно может заключаться в создании крупных организационных подразделений, активно использующих потенциал диагностических центров и научно-исследовательских институтов, а также в расширении сотрудничества между вузами (вплоть до создания межвузовского координационного совета и т. д.), что реально осуществимо в условиях г. Томска. Создание таких структур позволит глубоко и быстро внедрять современные научные достижения в педагогический процесс, повысив эффективность подготовки кадров лучевых диагностов.

Зам. директора по НИР ГУ “НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН” член-корреспондент РАМН Ю.Б. Лишманов

В номенклатуру специальностей следует ввести **диагностическую радиологию**, объединяющую в себе рентгенологию, магнитно-резонансную и рентгеновскую компьютерную томографию, ультразвуковую диагностику и ядерную медицину. Необходимость подготовки врачей-радиологов широкого профиля, владеющих всеми современными технологиями, диктует все более частое использование в лучевой диагностике мультимодальных изображение (ПЭТ/КТ, ОЭКТ/КТ, в перспективе – ПЭТ/МРТ и ОЭКТ/МРТ). В настоящее время в странах Западной Европы, где специальность “лучевая диагностика” разделена на радиологию и ядерную медицину, диагностическое заключение по таким исследованиям готовят 2 специалиста. Безусловно, усвоение столь большого багажа знаний потребует увеличения длительности ординатуры до 3–4 лет. Эти годы обучения должны входить в пенсионный стаж ординатора, учитывая его реальный контакт с ионизирующим излучением.

Лучевая диагностика динамично развивающаяся специальность, и лишь эрудированные врачи, активно занимающиеся научной работой, могут быстро осваивать новую аппаратуру и методики. Вот почему, помимо клинической подготовки, мы должны обучать ординаторов основам научно-исследовательской работы. К концу ординатуры каждый из них должен представить результаты своих исследований на конференциях и опубликоваться в научных журналах. Научно-исследовательская работа должна сопровождать лучевых диагностов в течение всей профессиональной деятельности, поэтому при каждом подтверждении сертификата необходимо учитывать участие специалиста в работе конференций, радиологических обществ, а также в подготовке научных публикаций.

Учитывая тот факт, что оснащение диагностическим оборудованием региональных медицинских вузов находится в плачевном состоянии, для подготовки специалистов следует в полном объеме использовать возможности научно-исследовательских институтов РАМН и МЗиСР. В этих учреждениях традиционно сосредоточено современное радиологическое оборудование и работают наиболее квалифицированные специалисты. Парадоксально, но в настоящее время научно-исследовательские

институты РАМН не имеют разрешений на проведение первичной специализации врачей-радиологов.

Зав. кафедрой лучевой диагностики Института усовершенствования врачей г. Пензы В.М. Семенов

Когда мы задумываемся над тем, что и как и нужно сделать для улучшения работы и тем более резко повысить требования, то должны четко сформулировать цель – ради чего все это предпринимать. Врач-рентгенолог – умирающая профессия. Возник серьезный дефицит врачей и рентгенолаборантов в лечебных учреждениях. Привлекательность профессии стала призрачной.

Хороший специалист находит свое место с приличной зарплатой, но далеко не всегда. Целая группа рентгенологов и даже рентгенолаборантов Пензенской области уехала в Москву, где они работают и получают очень неплохие деньги (раз в 5–6 больше, чем дома) и чувствуют себя хорошо.

Скажу больше, я знаю несколько кафедр, которые умирают к полному равнодушию властей предрежащих. Мне самому нечем привлечь людей на кафедру для работы, зато мои сотрудники привлекают потенциальных работодателей в силу своей квалификации. Мне остается только романтика от мыслей об интересной профессии.

Административно нам не дали возможности заниматься преподаванием ультразвуковой диагностики и не дадут. Любые инициативы по улучшению пресекаются за исключением того, где их дозволения не требуется. Что касается аргументов – это дело очень простое, можно аргументировать все что угодно.

Врачебная специальность невозможна без нравственных основ, но это не должно входить в полномочия государства. Наша история в этом ясна и понятна – будет только сильно хуже. Екатерине Великой было ясно, что нельзя законом регламентировать то, что определяется традициями народа.

Получив от вас сообщение и приглашение участвовать в обсуждении перспектив подготовки специалистов в нашей профессии, я счел целесообразным обсудить все это со слушателями цикла повышения квалификации по специальности “рентгенология”. В обсуждении приняли участие все 15 слушателей, 5 врачей-интернов и клинических ординаторов.

Материалы этого обсуждения я передаю вам и очень надеюсь, что глас народа будет воспринят.

Мне кажется, что при некотором упрощении есть 2 аспекта в этой проблеме:

1. Что сделать для развития специальности?
2. Как это сделать?

Итак, **первый вопрос – направление развития радиологии как специальности.**

В прениях выступили:

– врач Е.А. Голутвина (к ней присоединился врач В.А. Рыбакин) считает, что желателен владение всеми технологиями в пределах одной или части областей человеческого организма в соответствии с профилем больницы;

– врач Н.И. Пугачев (стаж работы – 23 года) отметил, что в имеющейся реальности с примитивным оснащением городской больницы планы представляются утопичными. Кроме того, обучение различным аспектам процессии потребует пребывания на различных базах, и тут возникает вопрос, а за чей счет это будет выполняться;

– С.М. Самакаева полагает, что хорошо было бы, чтобы программа обучения включила в себя базовые знания профессии, а субспециализация являлась предметом выбора специалиста с учетом профиля больницы, где предстоит работать радиологу. Врач В.Г. Чиркизов полностью разделил точку зрения С.М. Самакаевой;

– врачи О.Н. Савицкая и А.В. Помпеев высказали мнение, что субспециализация – это хорошо, но реальность такова: на весь район (в ЦРБ) один врач, и получается, что он должен знать все.

На последнее замечание председатель заметил, что на самом деле в небольших больницах типа ЦРБ есть несколько врачей, работающих с медицинскими изображениями (рентгенолог, УЗД). Получаемые ими данные сплошь и рядом не только не совпадают, но часто просто противоречат друг другу. Сегодня нет никаких предпосылок для получения сочетанного конечного результата. Однако если специалист будет компетентен в различных разделах медицинской визуализации и иметь право такой работы, то введения новых должностей в штаты больницы скорее всего не потребуются.

Было принято решение по проблеме “Генеральное направление образования и подготовки кадров лучевых специалистов”.

Считать целесообразным обеспечить подготовку специалиста по пункту В – врач-радиолог, владеющий всеми современными техно-

логиями, но, главным образом, одного или двух (жизнь покажет) разделов по органам и системам.

Подано голосов: за – 18, против нет, воздержались 2.

Второй вопрос: Организационные основы подготовки лучевых диагностов

После прочтения рекомендованных принципиальных организационных вопросов у присутствующих (это было очевидно) сразу же возникло мнение, что будущее принесет только неприятности.

Н.И. Пугачев: Очевидно, что кафедры перетряхнут, и есть опасения, что нас обяжут обучаться по выбору начальства. Нас просто лишат права выбора. Думаю, что я к этому времени уйду на пенсию и не попаду в очередную перестройку.

Председатель: В прессе несколько раз поднимался вопрос о создании нескольких баз, на которых будет сосредоточено обучение всех врачей по нашей специальности. Отсюда автоматически следует, что остальные будут закрыты.

Вопрос: А как будет с вашей кафедрой? Среди нас большинство приезжих, и мы вас выбрали среди других.

Председатель: Хороший вопрос. Кафедра провинциального института, каковой мы являемся, будет ликвидирована. Наша репутация среди врачей ничего не значит.

Когда дело дошло до выражения согласованной точки зрения, *то общее мнение было единым: оставить все как есть.*

Председатель:

1. Наша страна присоединилась к Болонскому процессу и взяла на себя обязательства о едином образовательном пространстве. В этом случае специалист получит документ международного значения и может работать почти в любой стране, специальность “врач” приобретет у себя дома (в своей стране) и не захочет быть в положении второсортного.

2. Образование – дело творческое и тонкое. Качество образования не определяется учеными степенями, званиями, оборудованием, а, прежде всего, личностью педагога. Оценить его может только ученик, но никак не должностные лица. Это очень простая вещь, но трудно поддающаяся канцелярскому регламенту. Поэтому во всех рейтингах признаки репутации отсутствуют и никогда не появятся в условиях вертикали власти.

3. Насколько я себе представляю, выполненные программы обучения во всех разделах по международным требованиям не под силу ни одной кафедре страны. У каждой кафедры есть свои сильные и слабые стороны. Совместными усилиями можно было обеспечить отличную подготовку специалистов. У нас есть опыт, когда мы приглашали педагогов из других институтов для участия в работе текущего цикла в разделах, где мы понимаем меньше других. И всякий раз это давало хороший и даже отличный результат. Согласовать такое приглашение с собственным начальством нам не удавалось никогда, поэтому мы проводили и обеспечивали эти мероприятия в рамках общественной организации.

4. Я думаю, что государство должно сформулировать только итоговые требования для сдачи экзамена в согласованных рамках с международной ассоциацией. Если государство хотя в какой-то степени уважает своих граждан, оно не будет все ломать сразу, а **обеспечит режим благоприятствования только для желающих**. Разговоры о том, что у нас слабая законодательная база, я, вообще, не принимаю, так как нахожу, что она чрезмерна, а спесивый разгул бюрократии наводит на мысль о третьем пришествии крепостного права.

5. Для молодежи должна быть свобода выбора места обучения. Пусть они решат сами, на каких кафедрах смогут лучше подготовиться в том или ином разделе профессии. Другое дело, сможем ли мы договориться между собой об объединении усилий. Здесь я большой пессимист.

6. Сам экзамен должен проводиться независимой комиссией с представителями международной ассоциации. Ни у кого не должно возникать даже мысли, что документ не совсем полноценен.

7. Не нужно создавать новых центров. Это ничего не даст, или эффект будет временным. Необходимо обеспечить реальные полномочия кафедры в базовых учреждениях. Сейчас их нет. Другое дело, что в востребованных образовательных учреждениях должна быть возможность развития и гарантии инвестиций.

8. Итак, кто-то получил документ международного образца. Его заработная плата должна быть значительно выше. Вот тут роль государства неотъемлема, и, более того, это его обязанность. Если этого не сделать, то он (специалист) будет искать работу за границей, и я его

полностью понимаю. Не для того он стремился получить хорошее образование, чтобы потом не мог содержать семью и думать о бесполезности потраченных усилий и годах жизни.

От редколлегии: Первые выступления показывают, что участники дискуссии ограничиваются скромными предложениями, не связанными с серьезной перестройкой всей системы подготовки радиологических кадров. Между тем каждые 7–8 лет происходят фундаментальные изменения в здравоохранении, и в частности в организации и технологических основах медицинской радиологической службы. Пока не оправдались надежды, что на форум могут поступить самые “решительные” предложения, как, например, такие:

1) создать в Российской Федерации Радиологическую академию (университет) последипломного образования с 2–3 факультетами для подготовки врачей-радиологов разного профиля, факультетом подготовки преподавателей и руководителей крупных радиологических подразделений и факультетом (колледжем, отделением) подготовки современных лучевых технологов (рентгенолаборантов);

2) создать один (возможно, при Радиологической академии) или несколько центров дистанционного образования по подготовке кадров лучевых специалистов;

3) издавать в России журнал, полностью посвященный подготовке радиологических кадров (врачей, инженеров, биофизиков и медицинских физиков, лучевых технологов-рентгенолаборантов). В настоящее время в нашей стране издается по крайней мере 8 журналов радиологического профиля, таких, как “Вестник рентгенологии и радиологии”, “Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии”, “Диагностическая и интервенционная радиология”, “Медицинская визуализация”, “Медицинская радиология и радиационная безопасность”, “Медицинский алфавит. Радиология”, “Радиология-практика”, “Ультразвуковая и функциональная диагностика”. По договоренности с бизнесом (издателями этих журналов) и путем слияния 2–3 этих журналов или перепрофилирования одного из них целесообразно выпускать издание, посвященное подготовке кадров и продолженному медицинскому образованию.

Уважаемые читатели!

Или вы не готовы к серьезному разговору?