

**Предложения по реформированию службы лучевой диагностики Беларуси
(подавались 5-16.10.2018 на сайте <https://radiology.by>)**

Дата	Предложения	Автор
2018-10-16 23:58:21 +03:00	<p>1 Республиканская телерадиологическая сеть решает проблемы логистики, контроля качества, обучения. В перспективе или одновременно необходима и единая республиканская МИС, для возможности доступа к электронной карточке пациента, контроля и анализа целей (для планирования) и обоснованности (для контроля) назначений по конкретным УЗ, исключения повторных исследований и пересмотров. Также перспективен аутсорсинг - удаленное описание узкоспециализированных исследований в курирующих направлении РНПЦ.</p> <p>2 Обсудить и утвердить приказ по Нормам нагрузки (проекты собирали еще 2 года назад), упростить и объективизировать подсчет нагрузки, внести в приказ пункты о телемедицинских технологиях (хотя бы как возможность подачи индивидуальных проектов по УЗ с дальнейшим их утверждением у главспециалистов)</p> <p>3 внести в годовой отчет структурированный опросник о времени простоя оборудования с указанием причин и срока простоя (сроки оформления сервисом дефектного акта, финансирование, закупочная комиссия, сроки проведения конкурса и закупки бмт и тд и тп), виды неисправностей оборудования с указанием ограничения выполнения методик и сроки ремонта, сроки стоимость сервиса и ремнта оборудования в год для дальнейшего анализа причин и контроля как работы инженерной службы отделений, так и служб сервиса и системы ремонта в целом. Внести пункт субъективной балльной оценки качества сервисного обслуживания с указанием вида оборудования и конкретного сервисного центра, для возможности проверки и объективизации недостатков. Разработать с помощью экономистов систему расчета экономического ущерба на основании срока простоя и с учетом стоимости оборудования, его загруженности. В систему голосования не внесен пункт о длительных простоях как полных, так и частичных (с ограничением видов выполняемых методик) дорогостоящего оборудования - и зря.</p> <p>3 Прекратить распределение врачами радиологами выпускников диагностического факультета в связи с их недостаточным уровнем знаний. Потенциально ввести должность "врача оператора медицинской техники" с использованием как операторов на сложном диагностическом оборудовании - по примеру Грузии - и правом после обязательной 2х годичной отработки оператором пройти интернатуру и аттестоваться по радиологии (если хватит знаний и усердия).</p>	Ильина Т.В. (Минск)
2018-10-16 23:32:53 +03:00	<p>Стандартизация.</p> <p>Нужна разработка национальных методических рекомендаций и стандартов с обязательным их своевременным обновлением в соответствии с международными. Создание как алгоритмов выполнения основных исследований, так и диагностических критериев оценки - на основе международных (напр. системы RADS, McDonald, RECIST, критерии Флейшнеровского сообщества).</p> <p>Создание правил структурированных протоколов описания по наиболее частым исследованиям, как для упрощения восприятия, так и для отражения всей необходимой информации (чеклист).</p> <p>При первичной диагностике - стандартизированный лексикон радиологических заключений, с обязательным отражением степени уверенности (по примеру системы, распространившейся из Memorial Sloan Kettering).</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Consistent with" (картина характерна для/соответствует) >90%; • "Suspicious for/Probable" (вероятно) ~75%; • "Possible " (возможно/может соответствовать) ~50%; • "Less likely" (менее вероятно/сомнительно) ~25%; • "Unlikely" (маловероятно/не выявлено данных за) <10%. <p>Обязательно довести систему для клиницистов, например, путем распечаток приложения к заключениям на начальном этапе.</p> <p>Цель: минимизирует двусмысленность трактовки, улучшает связь между радиологом и клиницистом (в 1ю очередь), а также между радиологами, между врачом и пациентом.</p> <p>Исключение: системы, где используются другие международные критерии оценки (RADS). Случаи установленного диагноза, контроля, без появления новых изменений.</p> <p>Национальные рекомендации по применению диагностических контрастных препаратов на базе гайдлайнов ESUR.</p>	Кирилл Поддубный (Минск)

Основные моменты, нуждающиеся в коррекции:

- не требуется лабораторная оценка функции почек у всех пациентов, только из группы риска! (часто возникают ситуации необоснованного отказа в исследовании).

- противопоказанием является наличие в анамнезе аллергических реакций (средних/тяжелых) на йод-содержащее КВ, а не на йод.

Важно понимание всеми радиологами алгоритма действия при возникновении острых побочных реакций на КВ, в зависимости от степени их тяжести (нужно проведение практического обучения с привлечением анестезиологов-реаниматологов, возможно запись обучающего вебинара).

Развитие телемедицины.

Создание ЕРИС (PACS + архив заключений, данных о пациенте, лечении).

Создание удалённого консультативного сервиса в сложных случаях. (в т.ч. с возможностью экстренного консультирования).

Проведение регулярных выборочных аудитов (контроль качества как исследований, так и протоколов описания), с последующим: 1) разбором выявленных клинически значимых расхождений и рекомендациями по обучению радиологов, 2) рекомендациями по коррекции протоколов исследования (при необходимости, рекомендации по обучению лаборантов).

Возможность сбора статистики, следовательно, более равномерного перераспределения потоков пациентов из внешних учреждений/амбулаторных пациентов в зависимости от нагрузки на отделения/аппараты (например, в случае поломки сканера). + приводит к сокращению очереди на исследования.

Исключить выдачу диагностических томографических изображений пациентам на плёнке, из-за их низкой информативности и невозможности адекватного динамического сравнения.

Обучение.

Разработка системы непрерывного медицинского образования.

Учет кредитов, полученных при посещении международных мероприятий, аккредитованных в системе СМЕ.

Создание возможности практического обучения специалистов "на местах", в референсных центрах (по типу коротких стажировок). Не только врачей, но и лаборантов (важна возможность обучения на аппарате той же/сходной модели).

Увеличение сроков прохождения интернатуры (резидентуры) минимум до 3 лет, с адекватной оплатой труда (за счет увеличения ответственности и обязанностей резидентов).

Адекватная программа резидентуры с полным комплексным охватом всех радиологических методик (классический рентген, КТ, МРТ, УЗИ, радионуклидная диагностика, гибридные модальности).

Программа подготовки радиологов в ВУЗах не должна отличаться от таковой клинических специалистов. Практика "диагностических" факультетов порочна из-за недостаточной поверхностной программы обучения.

Проводить работу по привлечению молодых белорусских радиологов к активному участию в программах ESR (Invest in the Youth, бесплатные стажировки и курсы ESOR). Что, в свою очередь, позволит рассчитывать на снижение регистрационных взносов на ежегодный конгресс.

Проведение практических школ ESOR (Visiting Professorship, ASKLEPIOS курсы). Проведение совместных с ESR и другими междунар обществами сессий на конгрессах.

Создание условий для обучения лаборантов, в т.ч. онлайн. Сессии для лаборантов на конференциях и конгрессах.

Подготовка медицинских физиков.

Развитие междисциплинарного взаимодействия. Обучение по типу "что хочет знать направляющий клиницист?" (сессии на конгрессах, конференции, вебинары с приглашением соответствующих специалистов).

Улучшение информированности клиницистов о возможностях радиологических методов и принципах направления пациентов на исследования. Возможно создание национального руководства. Также путем записи обучающих вебинаров в формате "радиолог для клинициста", докладов на конференциях ассоциаций других специальностей.

Необходимо совершенствование законодательства в вопросе о врачебной (в т.ч. диагностической) ошибке с основной целью - исключение ситуаций уголовной ответственности врача за непреднамеренно совершенную ошибку. Нужна действенная система страхования профессиональной ответственности врачей.

2018-10-16 23:24:58 +03:00	В учреждениях здравоохранения (областного уровня и выше)должны быть должности заместителей главного врача(директора)по диагностике. Считаю не целесообразным разделение на отдельные структурные подразделения КТ,МРТ,УЗИ и традиционную рентгенологию.Необходим приказ МЗ РБ аналогичный 309-му,адаптированный к современным условиям.	Анонимно
2018-10-16 13:28:03 +03:00	<p>1. Разделить длинные и бессмысленные курсы по КТ и МРТ в БелМАПО, раз в сто лет, на короткие циклы, дифференцированные по разным уровням подготовки обучающихся специалистов.</p> <p>2. Организовывать мастер-классы с организацией на рабочих местах с зачетом часов обучения.</p> <p>2а. То же самое - только вместе с врачами-клиницистами.</p> <p>3. Учитывать часы обучения персонально, вне зависимости от того, был ли направлен специалист в командировку или же обучался самостоятельно.</p> <p>4. Признавать, как академические часы, время, проведенное на конференциях/курсах и т.д. за рубежом, тематических вебинарах и т.д.</p> <p>5. Дифференцировать специализации по радиологии (рентген, КТ, МРТ, УЗИ, эндоваскулярная радиология и т.д.</p> <p>6. Ликвидировать порочную практику закупок комплектов медицинского оборудования через тендеры "под строительство" с включением туда заведомо неоптимальных и дорогостоящих, сложных в обслуживании или необслуживаемых решений.</p> <p>7. Ликвидировать порочную практику закупок деталей для ремонта медицинского оборудования через несостоявшиеся тендеры при заведомом единственном поставщике этой детали, что приводит к долговременным простоям оборудования (финансовые потери при простое часто многократно превышают стоимость самой детали).</p> <p>8. Общереспубликанская радиологическая сеть. С учетом возможностей аудита направлений и исследований, наличием обратной связи, контролем и оценкой качества.</p>	Прудко Антон Юрьевич (Гродно)
2018-10-14 00:35:06 +03:00	<p>1. Тестирование для сдачи на категорию. Программа выпущенная некоторое время назад вполне хорошо и отлично выполняют свою функцию, однако редакция самих тестов - с ошибками.</p> <p>Не понятен подход к охвату знаний такими тестами: КТ и МРТ достаточно большие ветви лучевой диагностики, где работают узкопрофильные специалисты, а работники МРТ, вообще вынесены отдельно, как - врач МРТ. Имеет ли смысл делать необъективно оценку знаний через ~3000 вопросов тестов, в которых об МРТ вопросов 20?!</p> <p>Точно такая же ситуация и с теорией, лучевая диагностика огромна и требует в настоящее время более узкого контроля знаний, который позволит специалисту из каждой ветви радиологии показать, на что он способен и чего заслуживает.</p> <p>В настоящее время категории отображают количество отработанных лет и качество руководителя который заставляет своих подчинённых на них сдавать. Бюрократическая пустышка.</p> <p>Считаю разумным пересмотреть порядок сдачи на категорию для некоторых категорий специалистов, и в целом изменить подход в выборе материала который специалисты должны знать в своей сфере деятельности при сдаче на соответствующую категорию. Абсурдность ситуации в том, что я как врач МРТ должен знать все сфинктеры по расположению, но будет ли такой же радиолог работающий в рентгене знать диф.ряд кольцевидного накопления контрастного вещества в ткани головного мозга?!</p> <p>Все знания нужны - это бесспорно, но в итоге на узкопрофильных врачей возлагается ещё огромный мешок знаний которые они не применяют в своей работе.</p> <p>2. Лучевая диагностика всегда славилась дорогостоящим оборудованием, сейчас это ещё более чем актуально.</p> <p>Главный областной рентгенолог занимается "рентгенологической" рутинной - дозами, отчетами, запусками... И ему этого хватает, потому что там тьма работы!!!</p> <p>Никто не занимается маркетингом в радиологии. Просто никто. Должны существовать специалисты которые решают и другие вопросы, их наличие не разорит гос.бюджет, а сэкономит его.</p> <p>Сколько мы наблюдаем просто неразумных покупок оборудования в места, где можно было поставить другое, более соответствующее данному учреждению оборудование.</p> <p>Наверное из логики "деньги дали - бери самое лучшее, а то заберут".</p>	Лобань Сергей Борисович (Гродно)

Я иногда прибываю в шоке от глупости таких закупок. Эти примеры: даже такая мелочь как покупка Dicom принтеров - которые потом стоят и на сервис уходят деньги больницы; покупка МРТ аппаратов с рабочими станциями - а потом работа на "своем софте", станции то стоят очень дорого; покупка КТ аппарата >200 срезом в район, на котором делают головы, огк и брюшки, и то только спустя год начинают делать контраст, после прихода молодого врача (по требованию могу указать место); ах да, и в том же месте управление больницы дало указание вести запись на платные исследования (КТ!!!) по телефону и по желанию пациентов!!! ; в известной мне клинике, когда покупали аппарат МРТ купили пакет трактографии, при этом глубоких операций в данной клинике никто не делает, а всех отправляют на Минск; тогда ещё нужно было приобрести пакет для кардиовизуализации, ведь кардиологического отделения у нас нет! это единичные случаи встречающегося абсурда которые приходят в голову, а если капнуть глубже там ещё будет гораздо больше проблем.

Об этом можно писать и писать, всё это потому что нет человека который отвечает за такие тонкие вопросы в такой сложной сфере, а по сути это делать может врач имеющий опыт работы в КТ /МРТ и современен в it сфере радиологии, который постоянно в тренде тенденций и менеджмента

Считаю разумным в целях грамотного распределения и экономии бюджетных средств, а также для более современной и слаженной работы службы создать вакансии специалистов которые могли бы заниматься менеджментом в радиологии; требуется база для обучения менеджменту в радиологии.

3. Необходимо наличие простых и четких указаний для клиницистов какой метод диагностики выбирать исходя из подозреваемой патологии у пациента (учитывая вред, пользу, максимальную информативность). Просто скопировать гайды применяемые в других странах (ACR) и просто их адаптировать к нашим реалиям. Например украинские радиологи сделали нечто подобное, и это ведь адаптировано к такой же системе здравоохранения как и у нас, значит работает! В настоящий момент существуют многолистные приказы которые никто не хочет читать - груда текста без нормальной систематизации и постоянной доработки.

4. Образование лаборантов.

Работа радиологии это не только врачи, это и лаборанты. У меня был опыт проявления инициативы обучения лаборантов на их курсах. В итоге мне обрисовали больше проблем для того чтобы это начать (я предложил это делать на безвозмездной основе). Меня просто смутило то, что лаборанты МРТ ездили на курсы и их учили времени выдержки в растворах снимков и т.п.. А я на рабочем месте им рассказываю про анатомические проекции, про воксели и длину TR и TE. Лаборантов можно готовить лучше того, что есть сейчас . Я не знаю про Минск, но у меня в Гродно, проработав во всех клиниках где есть МРТ, я смело говорю - лаборанты малообразованы в своей сфере деятельности и выполняют работу по "запискам в тетрадях", благо в моем УЗ такого нет, потому как лаборантам было уделено достаточно времени для их обучения.

P.S. Извиняюсь за вольный стиль написания, хотел выразить часть мыслей которые проносятся в голове, а их на самом деле больше, от самых мелочных вещей которые встречаются в каждой клинике и которые можно решить быстро (кстати до сих пор не договорились какую транслитерацию использовать! мелочь же, а делов то...), до глобальных мыслей которые помогут нашим пациентам быстрее и качественнее получать медицинскую помощь.

Считаю что, подача предложений должна быть открыта всегда (сейчас вроде до 15 или 16 октября), для того чтобы врачи всегда могли иметь связь в "первыми" людьми которые могут повлиять на ситуацию.

Я лишь врач МРТ, а ветвей в нашей радиологии гораздо больше и проблемных вопросов точно также ещё больше! Давайте вместе создавать ту систему в которой мы будем работать.

Спасибо руководству БОР за Вашу работу! Спасибо за возможность высказаться.

Я, как часть БОР, всегда готов к диалогу и готов к работе над улучшением нашей сферы деятельности.

<p>2018-10-13 19:57:26 +03:00</p>	<p>Предлагаю категорию считать действительной постоянно, а не в течение 5 лет, согласно постановлению 232. Я сдал на первую в 2010 году и уже ее потерял при заявке на курсы, но мне их не дали не по моей вине, а при неправильной организации их, я так понимаю. Про возможность платных курсов я не думал, т.к. не знал тогда о постановлении. И что теперь при стаже в рентгенологии 28 лет я должен опять начинать со второй категории? Второе мое предложение касается количества ненужных документов и правил, которые нужно продлять и подтверждать из-за ненужности их и также учитывая снятие льгот в рентгенологии. Я думаю вы понимаете что я имею в виду. Зачем эта бумажная работа, нужно делом заниматься.</p>	<p>Белоус Сергей Витальевич (Лида)</p>
<p>2018-10-13 17:24:52 +03:00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ликвидировать вредность на КТ, сохранить (вернуть) для традиционной рентгенологии, поскольку зарплаты в регионах и так низкие, хотя бы бонус в виде более длинного отпуска. 2. Для повышения зарплат ввести доплаты (подобно доплате за высокие технологии) за сложные диагностические исследования, например: МРТ всего тела, МРТ молочных желез, мультипараметрическая МРТ предстательной железы и т. п. 3. Не должно быть должности «врач МРТ». Этот врач должен знать обязательно КТ, полезно ротироваться между МРТ и КТ (например, 2 дня в неделю КТ, остальные дни МРТ). Наличие/отсутствие «вредности» не должно быть поводом для разделения, можно давать вредность на основании аттестации рабочих мест. 4. «Рентгеноэндоваскулярный хирург» – это специалист преимущественно по сосудам? По этой причине такая большая проблема с проведением биопсий под контролем УЗИ (никто не хочет) и, особенно, под контролем КТ. Биопсии под контролем КТ практически нигде не делают. Дренирования под КТ-контролем – вообще не делают. Между тем последнее – самый эффективный способ лечения панкреонекроза. Поэтому: должна быть субспециальность не «Рентгеноэндоваскулярный хирург», а «Интервенционный радиолог». 5. Я за специальность врач-радиолог (врач лучевой диагностики)=РГ+МРТ+УЗИ. У нас сейчас разделено на 4: врач-рентгенолог, врач МРТ, врач УЗД, рентгеноэндоваскулярный хирург. Нигде в мире этого нет. Раскол усугубили в этом году, разделив интернатуру на «Диагностика (лучевая диагностика)» и «Диагностика (УЗД)». Получается что УЗД - не лучевая диагностика? 5. В рамках специальности «врач-радиолог» стремиться к органной субспециализации. 6. Не понимаю, почему подготовку по нашей специальности теперь осуществляют Медико-диагностические факультеты в Гомеле и Гродно в течение 5 лет. Изначально эти факультеты создавали для подготовки врачей лабораторной диагностики. А чтобы стать рентгеноэндоваскулярным хирургом, как следует из сайта Гродненского медуниверситета, надо учиться на лечебном факультете 6 лет (не 5 лет). Считаю, что подготовка будущих лучевых диагностов должна вестись 6 лет, как это было ранее и как это принято в мире. На сегодня у БелГосМедуниверситета нет интернатуры по лучевой диагностике! Только в Гомеле и Гродно, где есть медико-диагн факультеты. 7. За годичную интернатуру невозможно подготовить нормального специалиста ЛД. Интернатура должна быть заменена хотя бы 2-годичной, с прохождением в крупных больницах, практическим обучением у врачей, которых необходимо материально заинтересовать. 8. Обучение на кафедре БелМАПО должно быть более практически ориентированным (не менее 50% практики). Для этого врачей в так называемых клинических базах кафедры опять таки надо материально заинтересовать. Я: не переполнять группы! 9. Первичную специализацию (способ «создания» лучевого диагноста из врача другой специальности) ликвидировать. Не должен врач-уролог (например) после 4-мес первички становиться врачом МРТ. В Грузии после ВУЗа примерно 8 мес практическое обучение в клинике, чтобы стать рентгенологом. Если хочешь работать на КТ + 6 мес, на МРТ еще + 6 мес. практической учебы. После каждой учебы – экзамен. 10. Создать республиканскую телерадиологическую сеть для быстрого получения DICOM предыдущих исследований. 11. Повышать роль БОР: <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать предложения по всем пп. выше и пытаться их реализовывать; - для этого, возможно, целесообразно создать постоянно действующие комитеты: Комитет по образованию и науке, Комитет по стандартизации и новым диагностическим технологиям (в нем подкомитет по аудиту), Комитет по телерадиологии; - Подкомитет по аудиту мог бы выборочно оценивать качество радиологических заключений в конкретной больнице (с целью дачи рекомендаций, не наказания). Это идет в связке с п. 10 Телерадиология. В этом плане взять пример с Москвы (деятельность МРО РОРР, проф. Морозов С.); 	<p>Хоружик С.А. (Минск)</p>

	<p>- проводить вебинары хотя бы раз в квартал. Есть впечатление, что нет желающих их читать, преобладает инертность;</p> <p>- в следующем году дифференцировать вступительный взнос= 20 БР (для новых членов) и членский взнос = 15 БР (для вступивших в этом году и продлевающих членство);</p> <p>- в следующем году провести однодневную Белорусско-Российско-Украинскую конференцию по лучевой диагностике в Минске: на каждую тему по 1 докладчику из каждой из трех стран. Обсудить эту идею с Сеницыным и Ялынской на Конгрессе.</p> <p>Резюме (главное): вывести нашу специальность из медико-диагностических факультетов, учиться 6 лет в ВУЗе. Потом не годичная интернатура, а 2-летняя резидентура (вероятно, это надо делать для всех медспециальностей). Подумать, как сделать объединенную специальность врач-радиолог.</p>	
2018-10-13 14:51:00 +03:00	<p>Очень не хватает единой базы проведенных исследований:добыть архив затруднительно,в итоге-много ненужных исследований. Так же огорчает отсутствие обратной связи, так как я просто не знаю,насколько верно была интерпритирована картина. В пределах стационара еще можно что-либо отследить, а если больной ушел на консультацию, то ничего уже не узнать.</p> <p>Не хватает специализированных курсов/семинаров/вебинаров, где бы четко и доступно можно было бы получить информацию, набраться опыта по тем темам,которые действительно нужны в практике и актуальны.</p> <p>Нужны четкие алгоритмы/показания для назначения и проведения исследований с указанием сроков их проведения и сроков для проведения контрольных исследований</p>	Малиш Елена
2018-10-13 08:49:15 +03:00	<p>Сокращение доплат за вредные условия труда и других профессиональных льгот.</p> <p>Коллеги - давайте защитим друг, друга в этом плане. Уже напоминает некий произвол. Есть рентгеноскопическое исследование, на работе доктора стоят под прямыми лучами в процедурной каждый день, а им вредность ставят 3.2, лишают отпуска и хотят молоко сок отобрать. Так рентгеноскопическое обследование совсем зачухнет (хотя в условиях поликлиники это очень необходимый компонент диагностики, позволяющий на следующие этапы нагрузку снизить в разы), кто захочет здоровье себе подрывать если все поотнимают. Я внесение сносок и поправок во вредный фактор ИИ. Уже само по себе наличие прямого контакта доктора в процедурной с ИИ должно обеспечивать все льготы, а не 50% рабочего времени стоять светиться.</p>	Сивогорлый Н.Б. (Минск)
2018-10-12 22:36:35 +03:00	<p>1.Внедрение в систему повышения квалификации коротких 2-3 дневных циклов по узким темам по типу лекция- мастер класс- разбор кейсов.</p> <p>2.Внедрение дистанционных форм обучения - лекции, вебинары с зачетом часов обучения.</p> <p>3. Дальнейшее развитие преемственности в системе регионы- центр с обратной связью , разбором ошибок и необходимой методической помощью.</p>	Никитин Сергей Геннадьевич (Бобруйск)
2018-10-12 16:48:21 +03:00	<p>Добрый день.</p> <p>Оставлял свои предложения по реформированию службы лучевой диагностики в телеграфном стиле. Хочу их дополнить материалами приказа УЗО Витебского облисполкома по порядку назначения и показаниям к исследованиям на КТ и МРТ. Данный приказ работает с переменным успехом в Витебской области с 2016 года.</p> <p>Преимущества:</p> <ul style="list-style-type: none"> - позволил частично упорядочить поток пациентов на КТ и МРТ; - дал юридическую основу для обоснования отказа в исследовании; - позволил клиницистам и специалистам лучевой диагностики ориентироваться в возможностях методов исследования и выборе тактики; <p>Недостатки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - встретил противодействие со стороны клиницистов - заставляет выставлять обоснованные показания к исследованию, писать развернутые направления; - противоречит необоснованным показаниям, тем не менее внесённым в устаревшие протоколы диагностики и лечения МЗ РБ; <p>Ссылка на материалы приказа: https://cloud.mail.ru/public/3PjV/SwMbNteR4</p> <p>Данный приказ я разрабатывал со своей точки зрения, используя рекомендации авторитетных источников. Не в коей мере не претендую на истину в последней инстанции. Предлагаю использовать его как основу для последующего усовершенствования и издания в виде республиканского приказа. Это будет способствовать унификации подходов к диагностике на КТ и МРТ в условиях РБ.</p>	Андилюк Валерий (Витебск)

	Стандартизация показаний к исследованиям и протоколов исследований. Интернатура - 2 года. Лучевая диагностика в университете не менее 1 мес и не ранее 5 курса. Дистанционные курсы. Уменьшение отчетности. Отмена учета нагрузки в единицах.	
2018-10-12 11:25:10 +03:00	<p>1 консультировать учреждения на этапе составления техзаданий по закупке аппаратуры</p> <p>Не до конца представляю процедуру закупки, но складывается ощущение, что техзадание составляют люди не до конца владеющие информацией. Например, в нашем учреждении никогда раньше не было МРТ, поэтому техзадание заведующий составлял исходя из своих представлений и опыта соседних учреждений (который не учитывает специфику работы конкретно нашего учреждения)</p> <p>2 предлагаю оживить конференции в регионах</p> <p>В каждой области проходят итоговые ежегодные конференции. Хорошо было бы сделать их научно-практическими. Если бы смогли выступать докладчики из Минска, это смогло бы, на мой взгляд, стимулировать персонал к совершенствованию.</p>	Табунов Денис Григорьевич (Брест)
2018-10-12 10:18:21 +03:00	<p>Необходимо введение алгоритма описания протоколов КТ и МРТ, указать необходимость заключений.</p> <p>Пересмотреть показания к высокотехнологичным методам исследования, в т.ч. к экстренным.</p> <p>Пересмотреть нормативы времени исследований.</p>	Анонимно
2018-10-12 09:26:59 +03:00	<p>Образовательный процесс должен быть по европейскому образцу. После ВУЗа стажировка несколько лет под кураторством опытных врачей. При этом на выходе радиолог должен уметь самостоятельно работать по всем направлениям лучевой диагностики, получить лицензию. Лицензированный специалист имеет право проводить исследования к государственных и частных медорганизациях.</p> <p>Подтверждение лицензии через пять лет.</p>	Анонимно
2018-10-12 08:23:29 +03:00	<p>Совершенно не рассматривается вопрос об обучении и специализации рентгенлаборантов. А Ведь "руки лаборанта это глаза врача". Лаборанты не получают должных навыков ни при первичном обучении, ни при последующих курсах усовершенствования. Особенно это касается лаборантов КТ и МРТ. Большинство из них хотели бы научиться новому на курсах повышения квалификации, но знаний ни по КТ, ни по МРТ там не дают. Да и рентгенологическая техника уже не та и требует новых знаний и понятий. Это же касается и режимов выполнения исследований и облучения пациентов. А лаборанты в большинстве случаев предоставлены сами себе. Кто из врачей в условиях цифровой техники контролирует режимы исследований, которые устанавливает лаборант? А знает ли сейчас про это врач-рентгенолог, в состоянии ли он сам проконтролировать или научить лаборанта? Каждый ли врач-рентгенолог сможет выполнить сам снимок, уложить пациента и выбрать режим? Это же касается и КТ и МРТ? Судя по моим наблюдениям далеко не каждый. Некоторые врачи считают, что это им и не надо знать.</p> <p>Диагностический процесс начинается с выполнения исследования. Как оно будет выполнено таков будет результат в дальнейшем. Выполненное исследование это фактические данные, которые может оценить врач различной степени квалификации и в разных местах и дать свое заключение. Но если оно выполнено не качественно, то даже у супер специалиста останутся вопросы и всякие но. Плохо выполненное исследование это прежде всего вина врача, а потом уже техники, это он не научил, не проконтролировал лаборанта.</p> <p>Повторю ещё раз "Руки лаборанта это глаза врача". Давайте не забывать про наших средних медицинских работников, это наши самые близкие помощники в работе, от них тоже очень много зависит. Хочу отметить, что с пациентами в нашей специальности имеют более тесный контакт они, а не врачи. Они же определяют первое мнение о нашей специальности.</p>	Бобович Наталья Вячеславовна (Гомель)
2018-10-12 08:08:58 +03:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повысить зарплату, минимум - втрое. 2. Вернуть интернатуру по лучевой диагностике в БГМУ. 3. Увеличить количество часов обучения в университете по специальности "лучевая диагностика", внедрить программу обучения, разработанную EBR. 4. Перенять западную модель образования с обучением в клиниках, резидентурой, должностями врач-ассистент, врач-специалист и старший врач. Естественно - только после значительного повышения зарплаты. 5. Ввести минимальные стандарты описания исследований. 6. Разработать механизм воздействия на неэффективных сотрудников. 7. Освободить главных специалистов от проблемы закупок. 8. Внештатные должности главных специалистов вернуть в штат, назначить зарплату не ниже трёх врачебных. Позволить заниматься повышением качества работы службы лучевой диагностики всеми доступными путями. 	Кенигсберг Константин Яковлевич (Минск)

	9. Это все утопия, т.к. достойной зарплаты все равно не будет и все, кто могут справиться с этими задачами или уехали/уедут, или не будут этим заниматься, чтобы ситуация не вышла для них боком.	
2018-10-12 08:00:51 +03:00	Достаточно жестко, но в вежливой форме строго следить за регламентом времени докладчиков, то есть категорически и принципиально соблюдать регламент. Развивать БОР и придавать ему больше рычагов Желательно, что бы в холле были установлены станции, что бы докладчики могли на них показать примеры изображений с представлением возможностей функционала для улучшения диагностики.	Шиманец С.В. (Минск)
2018-10-09 23:14:44 +03:00	Создать на сайте электронную библиотеку книг для быстрого поиска необходимой профессиональной литературы.	Китель Юлия Юрьевна
2018-10-09 19:15:35 +03:00	Предлагаю затронуть тему о " ранжировании" оборудования. У нас однотипные аппараты установлены и в участковых больницах и в областных центрах. Целесообразно установить различные уровни визуализации.	Рачкевич Андрей (Брест)
2018-10-08 10:49:17 +03:00	1. Нет приказа, регламентирующего работу службы лучевой диагностики (ранее - приказ №309). 2. Нет приказа, регламентирующего проведение двойного чтения профилактических рентгенограмм органов грудной клетки (ранее - флюорографии). 3. Недостаточное количество часов преподавания лучевой диагностики студентам в медицинском университете. 4. Недостаточный уровень подготовки молодых специалистов, прошедших интернатуру в районных центрах. Предусмотреть закрепление места прохождения интернатуры по лучевой диагностике только на базе областных и республиканских учреждений здравоохранения.	Маркевич Наталья Борисовна (Гродно)
2018-10-08 09:00:44 +03:00	Если рассматривать реформу образования, то можно рассмотреть два варианта: или учить радиологов сразу на отдельном факультете, или вводить резидентуру по общемировому стандарту.	Анонимно
2018-10-05 21:32:10 +03:00	На мой взгляд, первостепенной задачей является создание общереспубликанской сети с единым архивом обследований (и их изображений), а также адекватно работающего на основе этой сети консультативного сервиса.	Анонимно
2018-10-05 17:16:34 +03:00	Небольшое предложение - прежде, чем устанавливать новое оборудование (тот же маммограф для скрининга) врачи должны пройти обучение, сдать экзамен и получить разрешение. Так руководство хотя бы будет мотивировано, сейчас же ответ один: "если ты рентгенолог, пиши кт, маммографию и все подряд"	Анонимно
2018-10-05 14:19:48 +03:00	1) необходимы диагностические протоколы для врачей лучевой диагностики утверждённые МЗ РБ. 2) ввести дифференциацию коэффициентов тарифных разрядов врачей лучевой диагностики в зависимости от сложности лучевых исследований (например, с повышением коэффициента от врача-рентгенолога флюорографического кабинета до врача МРТ).	Ерёмин Николай Иванович (Витебск)
2018-10-05 13:48:35 +03:00	Создать протоколы по описанию и по методике исследования по различным патологиям! Увеличить дни практики на курсах ! Создать областные радиологические базы!	Ковалевский Степан Игоревич