

## Без анализа мочи не обходятся врачи



Во многих, к сожалению, ЛПУ еще бытует представление о вспомогательной роли службы клинической лабораторной диагностики (КЛД)

Несмотря на чрезвычайную востребованность лабораторных исследований во всех областях медицины, в ЛПУ еще бытует представление о вспомогательной роли службы

клинической лабораторной диагностики (КЛД). Эта позиция сформировалась в пору, когда на вооружении было примитивное оборудование (микроскоп, поляриметр, колориметр Дюбоска и др.), позволявшее выполнять небольшой перечень простых методов лабораторного анализа.

За последние годы ситуация кардинально изменилась. Служба КЛД использует высокие технологии автоматизированного и мануального исследования — клиничко-биохимического, молекулярно-биологического, химико-токсикологического, бактериологического... Специалисты лабораторной медицины ставят окончательный диагноз при многих онкологических, онкогематологических, наследственно обусловленных (молекулярно-генетических) и других заболеваниях, при отравлениях психотропными веществами. Качественный анализ результатов современных тестов зачастую определяет итоги терапии. И это еще не предел возможностей. Роль и место работников КЛД в структуре лечебно-диагностической помощи, а также проблемы и перспективы развития службы обсудили на совещании по итогам работы в 2013 году.

### КДЛ нужны биологи. И не только

В прошлом году в стране выполнено на 3 млн исследований больше, чем в 2012-м, сообщила главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике Минздрава Елена Качеровская. На 1 пролеченного в стационаре пациента приходится в среднем почти 43 исследования, а на амбулаторного — 45,9. Средняя нагрузка на штатную единицу составила 136%.

По словам заведующего кафедрой клинической лабораторной диагностики БелМАПО доктора мед. наук, профессора Владимира Камышникова, кадровая проблема — одна из животрепещущих.

Сегодня в штатном расписании клиничко-диагностических лабораторий фигурирует единственная врачебная должность — врач лабораторной диагностики. Служба укомплектована этими сотрудниками всего на 76%, при этом почти половина из них по базовому образованию биологи.

В соответствии с постановлением Минздрава от 03.12.2012 № 186, на специалистов с высшим образованием в службе КЛД возлагается много обязанностей по выполнению аналитических исследований. Так, если 1 должность врача лабораторной диагностики устанавливается из расчета 11 600 условных единиц лабораторных исследований в год при 38,5-часовой рабочей неделе, то 1 должность фельдшера-лаборанта — из расчета 10 400 условных единиц в год при 38,5-часовой рабочей неделе. Нагрузка по выполнению аналитических исследований, возлагаемая на врача лабораторной диагностики, оказывается большей, чем у фельдшера-лаборанта, что не согласуется с постановлением Минздрава от 19.02.2008 № 38,

Елена Клещёнок. Без анализа мочи не обходятся врачи

которое, наоборот, предусматривает выполнение врачом лабораторной диагностики значительно меньшего объема исследований — за счет ориентации на врачебные функции.

Растет потребность в проведении сложных аналитических исследований на высоком уровне. В стране созданы специализированные подразделения — 23 ПЦР-лаборатории, 39 микробиологических, 9 токсикологических. Поэтому желательно, считает Владимир Камышников, чтобы в КДЛ появилась и должность биолога-аналитика или медицинского биолога, как это принято в России, на Украине, в странах дальнего зарубежья. Специалист не будет «конкурировать» с врачом лабораторной диагностики, если грамотно распределить между ними обязанности. Когда работника с базовым медобразованием освободят от части обязанностей, он станет заниматься диагностикой.

Остро стоит вопрос последипломной подготовки. Сегодня выпускники медвузов, включая БГМУ, где нет кафедры КЛД и даже курса по лабораторной диагностике, вынуждены проходить интернатуру на рабочем месте. Хорошо, если площадкой для получения опыта окажется крупная лаборатория. А если нет? В небольшом районном учреждении, где выполняют минимальный перечень исследований, не удастся овладеть современными технологиями.

Раньше было разрешено повышать квалификацию на кафедрах КЛД (сегодня есть в БелМАПО и ГГМУ). Но согласно инструкции, утвержденной в 2009 году, теперь это невозможно, как и пройти в дальнейшем переподготовку, т. к. считается, что государство однажды уже затратило средства на последипломную подготовку.

Отдельная тема — специалисты со средним специальным медобразованием. На них вышеупомянутым постановлением № 38 возложена львиная доля исследований, причем высокотехнологичных. Между тем готовят по прежним программам, которые не предусматривают обучение новым методикам.

Содержание учебных курсов требует обязательного пересмотра. Они должны быть дополнены темами передовых технологий и отработкой соответствующих практических навыков. А для этого нужна материально-техническая база. Приобретать дорогостоящее оборудование для колледжа — слишком затратно, да и нецелесообразно. Оптимальный вариант — использовать базы специализированных медорганизаций.

ЛПУ укомплектованы фельдшерами-лаборантами на 73,2%. За 9 лет их количество в стране снизилось с 10 000 до 8 600.

— Мы готовы увеличить набор по этой специальности, — говорит директор Минского госмедколледжа Галина Гришкевич. — У нас крепкий педагогический состав — 16 штатных преподавателей. Но прежде чем выделить места, следует расширить учебные площади: мы сегодня, увы, не располагаем дополнительными. Кроме того, у колледжа нет своего общежития, а более 65% учащихся — иногородние. Серьезная проблема — заметное снижение престижа профессии, чем мы объясняем недобор в прошлом году на специальность «медико-диагностическое дело» (на 55 мест зачислены 42 учащихся).

— Необходимо усилить профориентационную работу, — убеждена Татьяна Мигаль. — А для обсуждения актуальных вопросов, связанных с подготовкой специалистов, надо приглашать представителей учреждений образования, не подчиненных Минздраву.

Под Республиканский центр — штатный фундамент?

Участники совещания пришли к выводу, что службе нужна единая организационно-методическая и консультационная «верхушка». Сегодня есть Республиканский центр лабораторной диагностики, на который возложено более полусотни задач, но пока нет ни штата, ни оборудования. Функционировать на должном уровне нереально.

— Есть 2 пути решения, — комментирует Владимир Камышников. — Первый — вспомнить опыт советского времени. С 1970 по 1993 год на базе 4-й ГКБ Минска размещался Республиканский организационно-методический контрольный центр по лабораторному делу. Он располагал 2 ставками врача-лаборанта и 1 — фельдшера-лаборанта; подчинялся Минздраву, а тактическое руководство осуществляла научная кафедра. Успешно внедрялись новые технологии исследований, были обучающие и другие мероприятия, контроль качества.

Второй путь — не вводить штатные должности, а грамотно распределить обязанности между ведущими специалистами службы, сформировав координационный, консультативный и другие советы. Так было на заре становления национальной лабораторной службы. В этом случае следует максимально использовать возможности базовых учреждений, где выполняют высокотехнологичные исследования.

Важное направление деятельности будущего центра — подготовка методических документов, участие в разработке и обсуждении нормативных документов. Это позволит исключить вероятность того, что важнейшие постановления и приказы, касающиеся деятельности службы, окажутся противоречивыми, а некоторые — нереальными в выполнении. Сегодня подобные «погрешности» есть.

Новая организационная структура будет заниматься и контролем качества. Увеличивается количество иностранных компаний-производителей — необходима мощная референс-лаборатория для анализа их продукции. Особенно остро звучит этот вопрос из-за гармонизации законодательства в рамках Таможенного союза: россияне, к примеру, и мы оцениваем тест-системы по разным критериям.

— На мой взгляд, республиканский центр по контролю качества лучше всего создать в Минске — на базе 3-й ГКБ им. Е. В. Клумова, — предлагает Елена Качеровская. — Здесь крепкая современная материально-техническая база для КЛД и сильные специалисты.

### Востребовать умы «академических» биологов

Иммуномаркеры — новшество в белорусской лабораторной диагностике. Участники совещания затронули вопрос создания отечественных тест-систем нового поколения — иммуноферментных и иммунофлюоресцентных для определения маркеров соматических заболеваний. Это предусмотрено подпрограммой «Диагностикумы» ГНТП «Импортозамещение». Исполнители заданий — специалисты Института биоорганической химии НАН Беларуси.

— У них великолепная база, однако результаты работы не всегда востребованы отраслью, — говорит Владимир Камышников. — Это связано с тем, что инициатива любой темы идет снизу, со стороны отдельных разработчиков института. Мне кажется, что руководство нашей службы может сделать заказ, например, на иммуноферментные тест-системы для определения маркеров, благо у нас есть для них качественные отечественные приборы — универсальный фотометр Ф-300, анализатор иммуноферментный АИФ-М/340 и др. Если включить заявку в госпрограмму, через 2–3 года получим свои тест-системы. Они будут дешевле импортных (сейчас одна обходится в 1,5–2 тысячи долларов и более).

Нужно разрабатывать единую научно-техническую программу, база которой — создание отечественных технологий, наборов реагентов и оборудования, тест-систем.

### О разумной организации работы

Во главу угла Минздрав поставил вопрос рационального использования материально-технической базы.

— Эксплуатировать оборудование нужно в строгом соответствии с инструкцией. Это касается выбора реагентов и правил самостоятельного техобслуживания аппаратуры, — подчеркнула Елена Качеровская. — Нужно просчитывать, насколько она задействована на том или ином уровне. Недопустимо, чтобы дорогой биохимический анализатор простаивал или работал не на полную мощность. Такую технику рекомендовано передавать в учреждения, где будет обеспечена загрузка.

— В основе организации работы службы должно лежать оптимальное сочетание централизации с децентрализацией лабораторных исследований, — отмечает Владимир Камышников. — На «переднем крае» надо применять тест-системы РОСТ-анализа, когда участковый терапевт или врач общей практики может провести лабораторные исследования у постели больного. Остальное — в централизованной лаборатории. А в крупных профильных центрах следует использовать наиболее широкий спектр исследований.