

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і
пульмонології ім. Ф.Г.Яновського
Національної академії медичних наук України»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ДУ «Національний
інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г.Яновського НАМН України»



Ю.І.Фещенко
Ю.І.Фещенко
2018 р.

СТРАТЕГІЯ
реформування та розвитку
фтизіатричної і пульмонологічної
галузі й науки
до 2022 року

УХВАЛЕНО

Вченою і Медичною радою ДУ
«Національний інститут фтизіатрії і
пульмонології ім. Ф.Г.Яновського
НАМН України» (протокол № 9
від «25» вересня 2018 року)

Київ – 2018

ЗМІСТ

Перелік скорочень	2
Вступ	2
I. Реформування та розвиток фтизіатричної галузі	5
II. Реформування та розвиток пульмонологічної галузі	7
III. Реформування та розвиток ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України» і науки в Україні	10

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АТО – антитерористична операція;
 ВІЛ – вірус імунодефіциту людини;
 ГРВІ – гострі респіраторні вірусні інфекції;
 МБТ – мікобактерії туберкульозу;
 МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України;
 НАМН – Національна академія медичних наук України;
 Інститут (або НІФП) – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України»;
 НДР – науково-дослідна робота;
 НЗЛ – неспецифічні захворювання легень;
 СНІД – синдром набутого імунодефіциту;
 Стратегія – Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і пульмонологічної галузі й науки до 2022 року;
 ТБ – туберкульоз;
 ХОД – хвороби органів дихання;

ВСТУП

Ця Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і пульмонологічної галузі й науки до 2022 року (далі – Стратегія) розроблена на виконання постанови № 1 Загальних зборів Національної академії медичних наук України (далі – НАМН) від 20 червня 2018 року;

з урахуванням:

- Стратегії реформування та розвитку Національної академії медичних наук України на період до 2022 року, затверджена Бюро Президії НАМН України від 28 вересня 2017 року № 21/1;
- Закону України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» від 11 липня 2001 року № 2623-III (із змінами і доповненнями);

- Постанови Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки»;

- Глобальної стратегії і цілей щодо профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року від 29 листопада 2013 року № EB 134/12;

- Наказу МОЗ України від 16 серпня 2004 року № 414 «Про затвердження Стратегії розвитку медичної статистики»;

- чинних клінічних протоколів і стандартів щодо туберкульозу і неспецифічних захворювань легень.

І з врегулюванням з Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Податковим кодексом України, бюджетними кодексами України та іншими нормативно-правовими актами.

Розробка цієї Стратегії зумовлена незадовільним функціонуванням фтизіатричної та пульмонологічної служб в Україні, а також неможливістю повноцінного функціонування Інституту в умовах недостатнього фінансування.

ТБ. Хоч за 2010–2017 роки захворюваність на всі форми активного туберкульозу в Україні зменшилася в 1,54 разу, але захворюваність усіх контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозу на 1000 контактних зросла в 1,46 разу, зростає захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед медичних працівників (на 5,18 % за 2015 – 2017 роки), що свідчить про незадовільні профілактичні заходи.

Проблемою проблем є зростання захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз, ко-інфекцію туберкульоз / ВІЛ, рецидиви туберкульозу. На цьому тлі зменшується ефективність антимікобактеріального і хірургічного лікування зазначених хворих, збільшення тривалості лікування хворих

Хоч смертність від усіх форм туберкульозу за 2007–2017 роки зменшилася в 2,38 разу, але кількість померлих від туберкульозу дітей віком 0–17 років збільшилася на 9,09 %, а питома вага померлих від туберкульозу до одного року спостереження зросла в 1,75 разу.

На цьому тлі, на жаль, хаотично скорочуються лікарняні ліжка при неналагодженому амбулаторному лікуванні хворих, зменшується кількість лікарів-фтизіатрів, занедбана профілактична робота щодо туберкульозу.

НЗЛ. За останні 2015–2017 роки намітилася тенденція до збільшення захворюваності хворобами органів дихання дорослого населення (на 0,69 %). Якщо за 2010–2017 роки смертність від хвороб органів дихання зменшилася

в 1,48 разу, то смертність від пневмонії зросла на 13,59 %, а лікарняна летальність від цієї недуги збільшилася 0,59 %, як і при інших обструктивних хворобах легень (на 0,56 %). На цьому тлі збільшується середня тривалість перебування хворого на торакальному ліжку, зменшується кількість пульмонологічних ліжок для дітей і дорослих (на 40,86 %) та ліжок торакальної хірургії для дітей і дорослих (на 29,06 %), а також хаотично закриваються пульмонологічні кабінети (їх стало в 1,44 разу менше).

НІФП. ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України» створений 8 листопада 1922 року. Нині в Інституті працює 737 працівників, у т.ч. в наукових підрозділах – 111. В Інституті щороку виконується 14 науководослідних робіт (НДР), з яких 85,7 % охороноспроможні. Щороку впроваджується більше 40 наукових розробок, видається більше 250 наукових публікацій, готується 30–40 організаційних пропозицій, аналітичних матеріалів, проектів для Верховної Ради, НАМН, МОЗ України, державної служби та інших органів виконавчої влади. Інститут проводить до 50 наукових форумів (конференцій, семінарів, вебінарів тощо), на яких більше 4 тис. фахівців підвищують свою кваліфікацію

Клініка інституту розрахована на 530 ліжок, з них 80 хірургічних ліжок. Протягом року у стаціонарі лікується близько 5,5 тис хворих, з них $\frac{1}{4}$ – хворі на туберкульоз, проводиться 1,5 тис. хірургічних втручань. У консультативній поліклініці консультується до 24 тис. хворих зі всієї України. Ефективність лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз близько 97 % при середньо українському показнику – 46 %.

Загальна летальність складає 0,5% (≈ 25 хворих), післяопераційна летальність – 0,6% (≈ 6 хворих). Структура загальної летальності: туберкульоз – 4, онкологічна патологія – 8, СНІД – 2, НЗЛ – 11 хворих.

Попри це Інститут фінансується на 60 % від потреби, закуповуються тільки антимікобактеріальні препарати і обмежено виділяються кошти на комунальні послуги і харчування хворих на туберкульоз, через те хворі вимушені закуповувати інші препарати і це негативно позначається на функціонуванні Інституту, у тому числі знижує ефективність наукової роботи і лікування хворих.

Зазначені вище передумови щодо туберкульозу і неспецифічних захворювань легень і діяльності Інституту мотивували розробити цю Стратегію. Стратегія складається з трьох розділів: 1) реформування та розвиток фтизіатричної галузі; 2) реформування та розвиток пульмонологічної галузі; 3) реформування та розвиток ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України» і науки в Україні.

Мета і строки реалізації Стратегії. Метою реформування системи надання протитуберкульозної та пульмонологічної допомоги населенню і поліпшення функціонування Інституту є здійснення реформування, реорганізації та реструктуризації зазначених систем та Інституту, зокрема

щодо управління системами, забезпечення їх відповідними ресурсами, фінансуванням і вдосконалення заходів профілактики, виявлення, діагностики, лікування і медико-соціальної реабілітації хворих на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень (НЗЛ) на всіх рівнях надання медичної допомоги – від сімейного лікаря і до Інституту.

Строки реалізації Стратегії: 2019 – 2022 роки. Залежно від реформування охорони здоров'я загалом Стратегія у будь-який час повинна коригуватися, щоб не суперечити тим реформам, що будуть проводитися в українській охороні здоров'я.

I. РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ФТИЗИАТРИЧНОЇ ГАЛУЗИ

ЗАВДАННЯ СТРАТЕГІЇ І НАПРЯМИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ.

Управління системою надання протитуберкульозної допомоги населенню.

Постійна, кожні три роки, сертифікація протитуберкульозного закладу і кожного медичного працівника профільною Асоціацією на предмет його кваліфікації і допуску до роботи, у тому числі переобирання керівників протитуберкульозних закладів.

Реорганізація протитуберкульозних закладів у державні та комунальні некомерційні підприємства, що дозволить їм повноцінно вести господарську діяльність.

Об'єднання всіх закладів, які надають допомогу хворим на туберкульоз (диспансери, туберкульозні відділення в лікарнях загального профілю, туберкульозні санаторії тощо), під єдине управління в межах адміністративної території чи її частини для злагодженого і повноцінного надання ними протитуберкульозної допомоги.

Протитуберкульозні заклади упродовж 3 місяців після реорганізації повинні провести реструктуризацію своєї мережі, кількості ліжок і штату, визначити напрями діяльності залежно від зареєстрованої кількості хворих і тенденції епідеміологічних показників з туберкульозу. Вони повинні здійснити перерозподіл фтизіатрів та медсестер зі стаціонарних до амбулаторних відділень залежно від кількості хворих на туберкульоз.

Діяльність фтизіатричної служби повинна бути інтегрована з діяльністю первинної медичної допомоги, центрів СНІДу та громадськими організаціями, які надають медико-соціальну допомогу.

У системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачається створення єдиної системи надання послуг, включаючи лабораторну діагностику, як для цивільної системи охорони здоров'я так і для відомчих систем охорони здоров'я, закріпивши за ними виявлення хворих на туберкульоз.

Управління лабораторною службою в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню здійснюється лабораторіями I-го, II-го, III-го рівнів загально медичних та протитуберкульозних установ первинної,

вторинної та третинної рівнів допомоги під контролем Центральної та регіональних Референс-лабораторій.

Профілактика туберкульозу, виявлення хворих на цю недугу, діагностика, лікування і медико-соціальна реабілітація хворих на туберкульоз здійснюється за чинними українськими клінічними протоколами щодо туберкульозу, а за їх відсутності за чинними міжнародними протоколами країни Євросоюзу або США.

Амбулаторне чи стаціонарне лікування хворого на туберкульоз повинно включати етіотропне антимікобактеріальне лікування основного захворювання та його ускладнень, лікування супутньої патології та її ускладнень, хірургічне і симптоматичне лікування, а також медико-соціальну реабілітацію хворих на тлі здійснення психологічних, консультаційних, соціальних та інших послуг.

Запровадити удосконалені електронні інформаційні системи для єдиної методики реєстрації та звітності в системі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню на основі електронної системи е-ТБ менеджер.

Українські клінічні протоколи переглядаються кожні два-три роки у міру появи нових наукових знань.

Протитуберкульозні заходи реалізуються в рамках ухвалених Загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз на відповідні роки.

Фінансування протитуберкульозних заходів.

Зважаючи, що надання протитуберкульозної допомоги у всіх країнах світу і в Україні є прерогативою держави, то й фінансування протитуберкульозних заходів має здійснюватися з Державного і місцевих бюджетів різних рівнів.

Виявлення і діагностика туберкульозу, його контрольоване лікування сімейними лікарями здійснюється за їхні кошти, які вони отримують при укладанні угод з пацієнтами. Лікувально-профілактичні заклади загального профілю, які здійснюють виявлення, діагностику і контрольоване лікування хворих на туберкульоз здійснюється за кошти місцевих бюджетів, які виділяють для цих медичних закладів відповідні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування.

Всі витрати об'єднаних обласних (міжрайонних) протитуберкульозних закладів, до складу яких входять заклади I, II, III рівнів, які проводять виявлення і діагностику, надають амбулаторне і/або стаціонарне лікування, фінансуються з трьох джерел: обласний, районний бюджет, Національна служба здоров'я України. Об'єднаний обласний (міжрайонний) протитуберкульозний центр стає єдиним розпорядником бюджету для надання послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню, кошти з якого йдуть за пацієнтом. Він повинен мати можливість здійснювати закупівлю амбулаторних послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Розподіл коштів для об'єданого

протитуберкульозного центру розраховується на три роки наперед, щоб забезпечити безперервність фінансування.

У перспективі замовником послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню стає Національна служба здоров'я України. Лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі передбачає укладення контракту з надавачами амбулаторних послуг протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Для кожного випадку лікування туберкульозу в амбулаторних умовах обов'язковим є укладення договорів про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України.

Стаціонарне лікування, що надається протитуберкульозними диспансерами Об'єднаного обласного (міжрайонного) протитуберкульозного диспансеру, здійснюється на підставі договору про медичне обслуговування населення за наперед розрахованими тарифами. Національна служба охорони здоров'я щорічно встановлює граничний рівень витрат на вторинну стаціонарну протитуберкульозну допомогу, в межах якого будуть оплачуватись надані послуги.

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України», який надає високоспеціалізовану, високотехнологічну допомогу найтяжчим хворим на туберкульоз зі всієї України цілковито фінансується з державного бюджету України.

Очікувані результати та показники розвитку

Виконання зазначеної Стратегії дозволить досягти Цілей плану дій щодо боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні на 2016–2020 роки, а саме:

- до 2035 року на 95 відсотків зменшити смертність від туберкульозу порівняно з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тис. населення та нульового рівня страждань від туберкульозу;
- до 2050 року досягти нульового рівня смертності від туберкульозу, нульового рівня захворюваності на туберкульоз та нульового рівня страждань від туберкульозу.

Кінцева мета – зупинити епідемію туберкульозу на засадах стратегії «Покласти край туберкульозу» і домогтися того, щоб жодна із сімей, хворих на туберкульоз, не зазнавала катастрофічних витрат, пов'язаних з цією хворобою.

II. РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ ГАЛУЗІ ЗАВДАННЯ СТРАТЕГІЇ І НАПРЯМИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ.

Організація пульмонологічної допомоги. Зважаючи на те, що хвороби органів дихання (ХОД) залишаються одними із найрозповсюдженіших. Так, в структурі захворюваності вони займають перше, а за причинами смертності – четверте місце після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм і отруєнь. Попри впливові на

основні причини розвитку хвороб органів дихання (зменшення забруднення довкілля, екологічних і психосоціальних навантажень, боротьба з палінням) поліпшення ситуації з ХОД можна досягти завдяки організації у країні єдиної етапної та послідовної пульмонологічної допомоги, особливо сільському населенню. Такий підхід дозволить поліпшити ефективність діагностики, лікування і диспансерного спостереження за хворими на ХОД, що позитивно вплине на зменшення захворюваності та смертності від цих недугів.

Організація пульмонологічної допомоги повинна полягати у зміцненні спеціалізованих пульмонологічних закладів і підрозділів та співпраця їх із загальною лікувальною мережею.

Основне місце у забезпеченні допомоги хворим пульмонологічного профілю належить сімейним і дільничним лікарям.

Слід розробити навчальні модулі та стандарти для підвищення рівня підготовки лікарів загального профілю з питань пульмонології. Пріоритетне значення повинно мати забезпечення сільського населення пульмонологічною допомогою, особливо в місцевостях, віддалених від районних і дільничних лікарень.

Організація пульмонологічної допомоги населенню повинна здійснюватися в 5 етапів:

- 1) сімейний та дільничний лікар-терапевт загальної лікарняної мережі (або цеховий, підлітковий, шкільний лікар, лікар амбулаторії);
- 2) пульмонологічний кабінет поліклініки;
- 3) денний пульмонологічний стаціонар;
- 4) пульмонологічне відділення стаціонару;
- 5) реабілітаційне відділення і спеціалізовані пульмонологічні санаторії.

Усі ці ланки надання пульмонологічної допомоги слід реформувати, реорганізувати і реструктуризувати залежно від місцевих умов і потреб, кількості пульмонологічних хворих і в подальшому зміцнювати кадровий потенціал і матеріально-технічну базу

Профілактика, виявлення, діагностика, лікування і медико-соціальна реабілітація хворих на неспецифічні захворювання легень здійснюється за чинними українськими клінічними протоколами, а за їх відсутності за чинними міжнародними протоколами країни Євросоюзу або США.

Виявлення пульмонологічних хворих здійснюється за допомогою скринінгу, що включає анкетування, дослідження вентиляційної функції легень, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки в 2 проекціях, клініко-лабораторне обстеження і огляд сімейного лікаря, терапевта. Зазначений скринінг передусім слід проводити серед груп ризику.

В поліклініках слід запровадити систематичне й активне масове виявлення ранніх малосимптомних стадій неспецифічних захворювань легень.

Остаточний діагноз пульмонологічного захворювання ґрунтується на клінічних і лабораторних даних, рентгенологічному обстеженні, дослідженні функції зовнішнього дихання, ендоскопічному та інших методах.

Лікування основних хвороб органів дихання полягає у застосуванні стандартних схем і ступінчатого підходу, адаптованих до національних умов.

На ті хвороби органів дихання, що зустрічаються рідше, слід розробити стандарти лікування, а також в нормовані показання і протипоказання до хірургічного лікування.

Невідкладна допомога, інтенсивна терапія і реанімація забезпечується у пульмонологічному відділенні цілодобово хворим на гострі й тяжкі ускладнення пульмонологічної патології.

Слід розробити систему диспансеризації хворих пульмонологічного профілю, задіявши три послідовних і взаємопов'язаних етапи:

I етап – виявлення хворих і формування диспансерних контингентів;

II етап – планування, організація та проведення активного динамічного спостереження за станом здоров'я диспансеризованих;

III етап – проведення профілактичних, лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів.

Профілактика пульмонологічних захворювань повинна базуватися на усуненні причин їх виникнення, запобіганні екзо- й ендогенних факторів ризику.

Слід розробити систему профілактики пульмонологічних захворювань, що включатиме найефективніші санітарно-гігієнічні та медичні заходи, посилення санітарно-освітньої роботи серед населення та санітарно-протиепідемічні заходи боротьби з грипом і гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) серед населення.

Кадрове і матеріально-технічне забезпечення пульмонологічної служби можливе тоді, коли органи місцевого самоврядування надаватимуть службове житло молодим спеціалістам-пульмонологам. Це, а також збільшення заробітної плати пульмонологам, мотивуватиме їх до пульмонологічної діяльності.

У медичних вузах та закладах післядипломної освіти слід створювати кафедри фтизіатрії та пульмонології і проводити навчання за однотипними програмами.

Матеріально-технічне забезпечення полягає у закупівлі з місцевих бюджетів і поліпшенні постачання лікувально-профілактичних закладів, особливо у сільських місцевостях, необхідними ліками, реактивами, лікувально-діагностичною апаратурою й приладами, предметами догляду за хворими.

Слід розробити програму поетапного розвитку вітчизняного виробництва необхідних лікарських препаратів в цілях національної безпеки України.

У всіх пульмонологічних лікарнях, кабінетах, відділеннях, санаторіях повинні бути створені умови для належного інфекційного контролю.

Фінансування системи надання пульмонологічної допомоги населенню. Реалізуються кошти державного бюджету в рамках цільових

програм, місцеві бюджети, кошти грантів, громадських організацій та інших донорів, кошти від медичного страхування.

Замовником пульмонологічних послуг в системі пульмонологічної медичної допомоги населенню стає Національна служба здоров'я України.

Лікування хворих на неспецифічні захворювання легень на амбулаторному етапі передбачає укладення контракту з надавачами амбулаторних послуг. Для кожного випадку лікування хворого в амбулаторних умовах обов'язковим є укладення договорів про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України.

Стаціонарне лікування, що надається терапевтичними і пульмонологічними відділеннями загальних медичних лікувальних закладів на I, II, III рівнях здійснюється на підставі договору про медичне обслуговування населення за наперед розрахованими тарифами.

Національна служба охорони здоров'я щорічно встановлює граничний рівень витрат на вторинну стаціонарну пульмонологічну допомогу, в межах якого будуть оплачуватись надані послуги.

Очікувані результати та показники розвитку

Зазначені заходи Стратегії дозволять:

- поліпшити ефективність діагностики і лікування хвороб органів дихання, наблизивши показники до 98 %;
- зменшити захворюваність і смертність від хвороб органів дихання на 3 % за кожен наступний рік;
- зменшити фінансові затрати на протитуберкульозні заходи на 20 % від нинішніх.

III. РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф.Г.ЯНОВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ» І НАУКИ В УКРАЇНІ ЗАВДАННЯ СТРАТЕГІЇ І НАПРЯМИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ.

Реформування, реорганізація і реструктуризація інфраструктури Інституту.

Покрокова система реорганізації Інституту. За умов вкрай низького фінансування Інституту реорганізація його буде покрокова залежно від коштів, виділених на заробітну плату. Чим менше коштів залишається на заробітну плату, тим на більшу кількість кроків просувається реорганізація. Суть її ось у чому.

1-й крок. Адміністрація інституту в рамках чинного законодавства активно сприяє використанню співробітниками відпусток без збереження заробітної плати (так званих «відпусток за свій рахунок»), що вносить певний вклад у економію фонду заробітної плати.

2-й крок. На громадських засадах (безоплатно) виконують обов'язки: завідувачий відділом пульмонології; керівники відділення пульмонології; відділу інформаційно-комп'ютерних технологій; відділу епідеміологічних і

організаційних проблем фтизіопульмонології; відділу медичних інформаційних систем.

3-й крок. Об'єднані два наукові структурні підрозділи фтизіатричного профілю в один – відділ хіміорезистентного туберкульозу; об'єднані три клінічні відділення й створений один клінічний підрозділ – відділення мультирезистентних форм туберкульозу.

4-й крок. Пенсіонери, які працюють на контрактних засадах, будуть переведені на 0,5 ставки.

5-й крок. Усі решту пенсіонери, які не є контрактниками, переводяться на 0,5 ставки.

6-й крок. Згідно плану-графіку структурні підрозділи (почергово «Наука» і «Клініка») на 0,5–1,0 місяць (залежно від кількості коштів на зарплату) відправляються у відпустки без збереження заробітної плати (у так звані «відпустки за свій рахунок»).

7-й крок. Усі нинішні керівники структурних підрозділів крім Відділу інформаційно-комп'ютерних технологій (Юхимець В.О.) і Наукової бібліотеки (Бересток Т.В.), оскільки вони не виконують НДР, будуть перейменовані як Керівник тимчасового творчого колективу з: пульмонології (Фещенко Ю.І.), клініко-функціональної патології (Гаврисюк В.К.), діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень (Яшина Л.О.), технологій лікування НЗЛ (Дзюблик О.Я.), дитячої пульмонології та алергології (Речкіна О.О.), організаційних та епідеміологічних проблем фтизіопульмонології (Мельник В.М.), хіміорезистентного туберкульозу (Литвиненко Н.А.), дитячої фтизіатрії (Білогорцева О.І.), торакальної хірургії (Калабуха І.А.), торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики (Опанасенко М.С.), клінічної імунології (Рекалова О.М.), мікробіології та біохімії з віварієм (Журило О.А.), патоморфології (Ліскіна І.В.).

Усі Керівники тимчасового творчого колективу (окрім тих, що вже працюють на громадських засадах: з пульмонології (Фещенко Ю.І.) і з організаційних та епідеміологічних проблем фтизіопульмонології (Мельник В.М.) отримують посадовий оклад старшого наукового співробітника.

Усі науковці, які нині на посадах вищих від старшого наукового співробітника (напр., провідний науковий співробітник, головний науковий співробітник та ін.) пишуть заяви на отримання окладу старшого наукового співробітника на рік мінімального фінансування. Найвищою науковою посадою має бути старший науковий співробітник і не більше.

8-й крок. За рахунок злиття структурних підрозділів по «Науці» і «Клініці» створення трьох наукових структурних підрозділів у всьому інституті: відділ пульмонології, відділ фтизіатрії та фтизіохірургії, лабораторний і науково-інформаційний відділ.

8.1. Відділ пульмонології (зав. відділом на громадських засадах акад. Ю.І.Фещенко), до якого входитимуть нинішні: Відділення пульмонології (Фещенко Ю.І.); Клініко-функціональне відділення (Гаврисюк В.К.); Відділення діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень

(Яшина Л.О.); Відділення технологій лікування НЗЛ (Дзюблик О.Я.); Відділення дитячої пульмонології та алергології (Речкіна О.О.).

8.2. Відділ фтизіатрії та фтизіохірургії (зав. відділом на громадських засадах В.М.Мельник), до якого входять нинішні: Відділ організаційних та епідеміологічних проблем фтизіопульмонології (Мельник В.М.); Відділ хіміорезистентного туберкульозу (Литвиненко Н.А.); Відділення дитячої фтизіатрії (Білогорцева О.І.); Відділення торакальної хірургії (Калабуха І.А.); Відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики (Опанасенко М.С.).

8.3. Лабораторний і науково-інформаційний відділ (зав. відділом на громадських засадах О.А.Журило), до якого входять нинішні: Лабораторія клінічної імунології (Рекалова О.М.); Лабораторія біохімії з віварієм (Коржов В.І.); Лабораторія патоморфології (Ліскіна І.В.); Лабораторія мікробіології (Журило О.А.); Відділ інформаційно-комп'ютерних технологій (Юхимець В.О.); Наукова бібліотека (Бересток Т.В.).

9-й крок. Зменшення кількості ліжок в Інституті, зокрема тих, котрі не виконують ліжко-днів. При навантаженні 25 ліжок на одного фтизіатра, 12 ліжок на пульмонолога і торакального хірурга, а також 50 % від зазначених на наукового працівника буде скорочена відповідна кількість лікарів і наукових працівників.

Наукові дослідження. Пріоритетними напрямками розвитку медичної науки в Україні є:

- Розробка та удосконалення медичних технологій діагностики, профілактики та лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень.
- Розробка методів первинної та вторинної профілактики, ранньої діагностики та ефективного лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень.
- Вивчення механізмів та профілактика несприятливої дії на організм факторів навколишнього середовища, в тому числі радіаційного та умов праці, та їх вплив на виникнення туберкульозу і неспецифічних захворювань легень.
- Розробка та удосконалення методів лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень та реабілітації воїнів зони АТО.
- Вивчення механізмів розвитку туберкульозу і неспецифічних захворювань легень, розробка і удосконалення методів їх діагностики, лікування та профілактики;
- Розробка нових методів діагностики, лікування і профілактики найбільш поширених захворювань дихальної системи.
- Розроблення нових хірургічних втручань і вітчизняних лікарських засобів.

Пріоритетними напрямками розвитку медичної науки в Інституті є:

- Вивчення механізмів розвитку і закономірностей формування туберкульозу, неспецифічної патології органів дихання.

- Вивчення механізмів розвитку, поширеності, особливостей перебігу туберкульозу та неспецифічних захворювань органів дихання, в т. ч. спричинених резистентними збудниками, та їх поєднання з ВІЛ-інфекцією й іншою супутньою патологією; розробка сучасних науково обґрунтованих методів і технологій їх скринінгу, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики, медико-соціальної реабілітації, диспансеризації та прогнозування, а також розробка та автоматизація технологій діагностики і лікування, й організації контролю за цією патологією.

Основний науковий напрямок відділення хіміорезистентного туберкульозу (зав. відділенням Н.А.Литвиненко): розробка та впровадження у практику сучасних методик лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та туберкульоз із розширеною резистентністю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів і ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Розробка і впровадження нових методів діагностики та розробки інтенсивних короткострокових режимів хіміотерапії із застосуванням нових протитуберкульозних препаратів.

Основний науковий напрямок відділення дитячої фтизіатрії (зав. відділенням д-р мед. наук, проф. О.І.Білогорцева): удосконалення діагностики і лікування туберкульозної інфекції у дітей.

Основний науковий напрямок відділення дитячої пульмонології та алергології (зав. відділенням д-р мед. наук О.О.Речкіна): розробка сучасних методів діагностики, диференціальної діагностики, фармакотерапії та профілактики найбільш поширених неспецифічних бронхолегеневих захворювань у дітей, виявлення факторів ризику і прогнозування їх перебігу, оновлення існуючих стандартів надання профільної медичної допомоги.

Основний науковий напрямок відділення пульмонології (зав. відділенням академік НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю.І. Фещенко): дослідження механізмів патологічних змін системи кровообігу у хворих пульмонологічного профілю.

Основний науковий напрямок відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень (зав. відділенням д-р мед. наук, проф. О. Я. Дзюблик): розробка технологій діагностики та лікування інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів.

Основний науковий напрямок клініко-функціонального відділення (зав. відділенням чл.-кор. НАМН, д-р мед. наук, проф. В.К.Гаврисюк): розробка методів діагностики і терапії інтерстиціальних захворювань легень, розробка технологій диференційованого лікування хворих на саркоїдоз органів дихання залежно від факторів ризику несприятливих наслідків.

Основний науковий напрямок відділення діагностики, терапії і клінічної фармакології захворювань легень (зав. відділенням д-р мед. наук, проф. Л. О. Яшина): розробка ефективних діагностичних та лікувальних заходів медичної допомоги хворим на обструктивні захворювання легень.

Основний науковий напрямок відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики (зав. відділенням д-р мед. наук М.С. Опанасенко): розробка нових методів хірургічного лікування пацієнтів з фтизіопульмонологічною патологією; розробка нових малоінвазивних методик диференційної патології легень та плеври.

Основний науковий напрямок відділення торакальної хірургії (зав. відділенням д-р мед. наук, проф. І.А. Калабуха): розробка та вдосконалення способів і засобів хірургічного лікування й хірургічної діагностики у хворих на туберкульоз, неспецифічні та онкологічні захворювання органів грудної порожнини, вдосконалення організації надання хірургічної допомоги зазначеному контингенту.

Основний науковий напрямок лабораторії мікробіології та біохімії (зав. лабораторією д-р мед. наук, доцент О.А. Журило): суттєве скорочення термінів індикації і ідентифікації мікобактерій та визначення їх чутливості до антимікобактеріальних препаратів за рахунок розробки нових алгоритмів гено-фенотипічної верифікації діагнозу «туберкульоз» і впровадження в мережу протитуберкульозних закладів України сучасних молекулярних і культуральних методів діагностики. Вивчення механізмів розвитку біохімічних порушень та їх корекція при туберкульозі й неспецифічних захворюваннях органів дихання у експерименті та у хворих на цю патологію.

Основний науковий напрямок лабораторії патоморфології (зав. лабораторією д-р мед. наук, с.н.с. І.В.Ліскіна): дослідження патологоанатомічних особливостей сучасного патоморфозу легеневого туберкульозу (різних його форм). Морфологічні дослідження інтерстиціальних уражень легень різної етіології, в т.ч. – на тлі ВІЛ-інфекції.

Основний науковий напрямок лабораторії клінічної імунології (зав. лабораторією д-р мед. наук, ст. наук. співроб. О.М. Рекалова) вивчення імунологічних механізмів патогенезу туберкульозу та неспецифічних захворювань легень, удосконалення імунодіагностики та імунотерапії хворих на ці недуги

Основний науковий напрямок відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології (зав. відділом д-р мед. наук, проф. В.М.Мельник): вивчення, моніторинг і вирішення епідеміологічних та організаційних проблем щодо туберкульозу, його рецидивів і неспецифічних захворювань легень

Основний напрямок діяльності відділу інформаційно-комп'ютерних технологій (зав. відділом д-р мед. наук В.О.Юхимець): автоматизація наукової і лікувально-діагностичної роботи поліклініки та стаціонару інституту.

Очікувані результати та показники розвитку.

Реорганізація інфраструктури Інституту і реалізація його наукових напрямів дозволить поліпшити ефективність діагностики і лікування хворих на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень в Інституті та України наближено до 97 %. Це дозволить Інституту, як головній науковій установі:

- забезпечити стандартизацію виконання операційних досліджень в Україні та використання їх результатів з метою формування політики щодо внесення змін до нормативно-правових актів;
- проводити моніторинг і аналіз ефективності виконання проектів, програм, наукових досліджень;
- забезпечити координацію під час планування, виконання наукових, зокрема операційних і дисертаційних досліджень в Україні та забезпечити практичне використання отриманої наукової продукції;
- впроваджувати у лікувально-профілактичних закладах України інноваційні методи діагностики та лікування випадків туберкульозу і пульмонологічних захворювань.

**Заступник директора з
наукової та науково-
організаційної роботи ДУ
«Національний інститут
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського
Національної академії
медичних наук України»**



В.М.Мельник