

которых является изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), в следствии нарушений фосфорно-кальциевого обмена (ФКО). Постоянно возрастающее количество больных, страдающих терминальной почечной недостаточностью, распространённость и тяжесть почечных остеодистрофий, осложняющих её течение, обуславливают актуальность всестороннего изучения проблем, ассоциированных с костной патологией при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Центральное место в диагностике костных нарушений у диализных больных занимает гистоморфология биоптата гребня подвздошной кости. Однако этот метод не нашёл широкого применения ввиду своей инвазивности. В клинической практике наиболее часто о варианте ренальной остеодистрофии предполагают, основываясь на значении паратиреоидного гормона (ПТГ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Несмотря на уже известные механизмы возникновения ренальной остеодистрофии поиск её новых детерминант продолжается. Значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) – плейотропный цитокин, который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Таким образом, этот биологический маркер считаем перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии минерально – костных нарушений у пациентов на ЗПТ.

**Материалы и методы.** В анализ включено 46 пациентов находившихся в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала. Среди них было 32 мужчины и 14 женщины. Средний возраст больных составил  $45,3 \pm 5,2$  лет. В подавляющем большинстве случаев ТПН была исходом хронического гломерулонефрита (у 24-х больных), у 10-ти человек – поликистоз почек, у 4-х диабетический гломерулосклероз и гипертонический нефроангиосклероз у 3-х пациентов.

Диагностику нарушений фосфорно-кальциевого обмена осуществляли методом биохимического исследования уровня общего Са, Р, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Определяли уровни ПТГ и ОП по стандартной методике.

Всем пациентам была выполнена ультразвуковая денситометрия пяточной кости с использованием ультразвукового костного денситометра «Achilles Express Lunar» с оценкой абсолютного значения МПК ( в  $г/м^2$ ) и расчётом T и Z критериев.

Результаты исследования. При оценке состояния фосфорно-кальциевого метаболизма было выявлено, что у 50% больных уровень Са был менее 2,2 ммоль/л (23 чел.), у 14-ти пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень Са более 2,5 ммоль/л) и только у 9-ти пациентов содержание Са находилось в целевом диапазоне 2,2 ммоль/л. Гиперфосфатемия (Р –  $2,4 \pm 0,6$ ) выявлена у 14 пациентов (33%) и напрямую зависела от значений ПТГ ( $p < 0,05$ ). Уровень ПТГ большинства пациентов (65%) укладывался в диапазон 150–600 пг/мл и составлял в среднем  $445 \pm 24$  пг/мл, у 12 пациентов (25%) превышал 600 пг/мл и составлял  $1175 \pm 368$  пг/мл.

Средний уровень ОП у пациентов на перитонеальном диализе в 6–9 раз превышал референсные значения и составлял  $248,31 \pm 45,3$ . По нашим данным, только у 5–7% пациентов, находящихся на диализе, уровень ОП находился в границах нормы для здоровой популяции.

Анализ результатов костной денситометрии показал, что распространённость сниженной МПК в дистальном отделе лучевой кости до уровня остеопении отмечалась у 32% пациентов, до уровня остеопороза у 30% и нормальная МПК отмечалась у 38% исследуемых.

При сравнительном анализе в подгруппах с нормальной и сниженной МПК установлено, что пациенты со сниженной МПК имели достоверно более высокое содержание ПТГ и ОП.

Выявленные статистически значимые взаимосвязи уровня ОП и показателей остеоденситометрии свидетельствуют, что данный маркер может быть использован для определения степени резорбции костной ткани.

Показатель	Нормальный уровень МПК; n=17	Сниженный уровень МПК; n=31
ПТГ, пг/мл	$238 \pm 28,7$	$745 \pm 64,45$
ОП, пг/мл	$104,5 \pm 78$	$246 \pm 50,31$

*В.М. Михальчук, В.М. Пащенко, Я.І. Августиневич*

## Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Сучасний напрямок реформування ПМСД полягає в перетворенні комунальних медичних установ в комунальні неприбуткові підприємства.

Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VII «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» передбачає перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я в некомерційні

медичні підприємства. Одночасно Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не обмежують права територіальних громад щодо створення тих чи інших видів комунальних підприємств. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України.

В той же час Методичними рекомендаціями, що схвалені Робочою групою МОЗ України 14.02.2018 р. рекомендовано перетворювати бюджетні медичні установи виключно у комунальні некомерційні підприємства. Про таку організаційно-правову форму підприємства, як орендне підприємство не згадується, а робота лікарів підприємств системі ПМСД, які одержали ліцензію на приватну медичну практику не розглядається. В той же час, на нашу думку, така організаційно-правова форма діяльності як орендне підприємство, робота лікарів-підприємців в системі ПМСД за угодою дає з одного боку більше можливостей для розвитку, в порівнянні з некомерційним комунальним підприємством, а з іншого боку, громада як власник майна не втрачає можливостей контролю за діяльністю закладу.

Розглянемо особливості створення та діяльності згаданих організаційно-правових форм

Орендним визнається підприємство, створене орендарем на основі оренди цілісного майнового комплексу існуючого медичного закладу чи організації або їх структурного підрозділу з метою здійснення господарської діяльності.

В галузі охорони здоров'я орендарем є юридична особа, створена членами трудового колективу медичного закладу, майновий комплекс якого є об'єктом оренди. Орендодавцем щодо майнових комплексів, які належать до комунальної власності, є територіальні громади.

Створення орендного підприємства регулюється чинним законодавством:

1. Господарським кодексом України (ст. 115);
2. законом України „Про оренду державного та комунального майна” (ст. 8);
3. „Основами законодавства України про охорону здоров'я” (ст. 16);
4. Законом України „Про господарські товариства”
5. декрет КМ України № 26-92 від 31.12.92 р. „Про перелік майнових комплексів державних підприємств, організацій, передача в оренду яких не допускається (в списку відсутні організації, установи охорони здоров'я);
6. законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» від 15.05.2003 р. № 755 -IV.

Порядок створення орендного підприємства:

1. Рішення трудового колективу медичної установи про оренду цілісного майнового комплексу

вважається прийнятим, якщо за нього проголосують більше половини членів трудового колективу медичної установи.

2. Після прийняття рішення про оренду цілісного майнового комплексу члени трудового колективу медичної установи засновують відповідно до чинного законодавства господарське товариство.

3. До реєстрації у встановленому порядку статуту господарського товариства кожен член трудового колективу медичної установи, цілісний майновий комплекс якої передається в оренду, має право вступити у зазначене господарське товариство на підставі особистої заяви.

4. Створене членами трудового колективу господарське товариство має переважне перед іншими фізичними та юридичними особами право на укладання договору оренди.

5. Господарське товариство, створене членами трудового колективу, звертається у відповідний орган управління охороною здоров'я, у віданні якого знаходиться дана медична установа, з проханням підтримати ініціативу трудового колективу про передачу в оренду цілісного майнового комплексу медичної установи.

6. Після погодження з місцевим органом управління охороною здоров'я оренди цілісного майнового комплексу господарське товариство звертається за дозволом місцевої ради (для медичних установ комунальної власності). Питання оренди вирішується рішенням сесії місцевої ради.

7. На підставі рішення відповідної ради між орендодавцем та орендарем підписується договір оренди на певний строк. Орендне підприємство стає правонаступником прав та зобов'язань медичної установи.

Наведена методика створення орендного підприємства може була використана при оренді цілісного майнового комплексу лікарської амбулаторії лікарем-підприємцем, що уклав угоду з місцевою громадою на обслуговування населення.

Орендне підприємство дозволяє отримати більшу економічну свободу ніж некомерційне підприємство з приводу використання матеріальних та фінансових ресурсів з одного боку, а з іншого боку зберегти контроль за цільовим використанням матеріальних ресурсів медичного закладу.

*Ю. О. Пичугіна*

## **Особливості поліморфізму гену VDR у дітей з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла та ожиріння**

**Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна**

**Б**ронхіальна астма (БА) як і ожиріння є складними, комплексними патологіями, на реалізацію яких впливають екологічні і генетичні

чинники. Природжені і адаптивні механізми відіграють важливу роль в патогенезі цих захворювань. Багато генів, що беруть участь в процесах запалення і імунорегуляції,