

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 прийнятним, 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,

пов'язані з БА і ожирінням. Роль вітаміну D в генезі алергічних реакцій широко досліджена за останні роки. Для вивчення механізмів, що лежать в основі комплексу вітаміну гармон-рецептор в патогенезі ожиріння, були виконані генетичні і імунологічні аналізи у людей з надмірною масою тіла і з гармонійним фізичним розвитком, без інших супутніх хронічних захворювань. Результати показали, що поліморфізми VDR корелюють з розвитком ожиріння. Крім того, можна виділити гаплотипи VDR GTA, які пов'язані із статистичним збільшенням ризику IMT і з більш високим рівнем IMT, – rs731236 (G), rs1544410 (T), rs7975232 (A). Ці ж гаплотипи пов'язані з БА і рівнем астма-контролю.

Мета роботи: Вивчити особливості поліморфізму гену VDR у дітей з БА на тлі надмірної маси тіла (НадМТ) або ожиріння.

Нами був вивчена поліморфізм гену VDR rs1544410 у 42 дітей з БА на тлі НадМТ або ожиріння, які склали основну групу, та 20 дітей з БА та гармонійному фізичному розвитку (ГарФР), які склали групу порівняння. Групи були однорідні за полом, віком, зростом та важкістю перебігу основного захворювання. Усім хворим було проведено єдиний комплекс діагностичних досліджень.

Було виявлено, що більшість дітей, 54,8% з основної групи мали мутацію гену VDR rs1544410, 38,1% мали поліморфізм дослідженого гену, та 7,1% мали нормальний розподіл гену. Діти, які склали групу порівняння, у 40% випадків мали мутацію, у 35% поліморфізм та у 25% нормальний розподіл генів. Проте діти з ГарФР та без соматичної патології, які склали групу контролю у більшості мали нормальний розподіл генів 90%, та лише 10% мали поліморфізм гену VDR, мутації виявлено не було. У діти, які мали мутацію або поліморфізм гену VDR, було виявлено нижчий рівень астма-контролю ніж у дітей з нормальним розподілом генів (15,52±0,56; 16,92±0,28 і 18,13±0,33 відповідно). Критерій Пірсона показує, що зв'язок між факторним та результативним признаками статистично значущий,  $p=0,01$ .

Висновки: Таким чином, встановлено, що хворі на астму діти мають статистично значуще більший процент поламок у дослідженому гені, що підтверджено  $z$ -критерієм Фішера. Різниця між основною групою і групою порівняння була статистично не значима, тобто у більшості дітей з БА було виявлено мутацію або поліморфізм гену VDR rs1544410, незважаючи на наявність НадМТ або ожиріння. Також було виявлено зв'язок між наявністю генетичних поламок та рівнем астма-контролю у дітей з БА.

*М.М. Росул*

## Клінічна ефективність застосування блокаторів рецепторів ангіотензину II: фокус на олмесартан

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**А**ртеріальна гіпертензія (АГ) на сьогодні залишається найпоширенішим неінфекційним захворюванням дорослого населення у всьому світі, а також розглядається як один із основних факторів ризику (ФР) виникнення серцево-судинних ускладнень, що, в свою чергу, призводять до інвалідизації та зростання смертності. Разом з тим, з усіх існуючих ФР контроль артеріального тиску (АТ) є найдоступнішим способом профілактики серцево-судинних захворювань і смертності. В багатьох дослідженнях було продемонстровано позитивний вплив зниження АТ у пацієнтів, які страждають на АГ, на зменшення розвитку фатальних і нефатальних серцево-судинних подій.

Розробка тактики лікування АГ є однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології. Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок, перш за все, досягнення та підтримання цільового рівня АТ. При цьому практикуючий лікар повинен обирати препарат з хорошою антигіпертензивною ефективністю, переносимістю та можливістю органопротекції. Вибір антигіпертензивного препарату також залежить від наявності у пацієнта супутніх патологічних станів та

захворювань, що обумовлює індивідуалізацію лікування та підбір терапії, яка б включала найменшу кількість необхідних лікарських засобів, що діють патогенетично і одночасно зачіпають найбільшу кількість патологічних процесів, з найкращим профілем переносимості.

Метою нашого дослідження є короткий огляд одного з класу антигіпертензивних препаратів – блокаторів рецепторів АТ II (БРА) та одного з його представників останнього покоління – олмесартану.

Ренін-ангіотензин-альдостеронова система (РААС) є однією з основних нейрогормональних систем, яка відіграє центральну роль в формуванні і прогресуванні АГ, а також визначає ураження органів-мішеней. Ангіотензинперетворюючий фермент (АПФ) – ключовий фермент РААС, який сприяє перетворенню ангіотензину I в ангіотензин II (АТ II). Останній володіє широким спектром біологічної активності і реалізує свої впливи за допомогою стимуляції специфічних рецепторів – рецепторів АТ II кількох типів. Саме через стимуляцію АТ1-рецепторів АТ II реалізує такі несприятливі ефекти, як вазоконстрикція, стимуляція вивільнення альдостерону та затримка натрію і води, обумовлює розвиток патологічних змін в органах-мішенях, в тому числі гіперплазію і гіпертрофію гладеньких м'язів судин та