

is correlation between the duration of nursing and comorbid pathology. The length of nursing children with bronchopulmonary dysplasia is up to 70 days. This pathology is combined with early anemia of prematurity in 87 % of cases, as well as with retinopathy of prematurity in 67 % of cases.

Conclusions. Comorbid pathology prolongs the length of stay in the hospital. The bronchopulmonary dysplasia has a negative effect on nursing in preterm infants.

Key words: very low birth-weight infant, comorbid pathology, nutrition.

Відомості про авторів:

Сидоренко Інесса Віталіївна — аспірант кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044)-236-09-61.

Шуцько Єлизавета Євгеніївна — завідувач кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044)-236-09-61.

Бачинська Валентина Іванівна — завідувач відділення II етапу виходжування недоношених дітей Перинатального центру м. Києва. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська 9, тел.: (044)-529-21-21.

УДК 616-053.32-06:618.396-036.1-071.1

ФАКТОРИ РИЗИКУ НАРОДЖЕННЯ ПІЗНІХ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

О. І. Сіренко¹, Є. Є. Шуцько¹, О. В. Барановська²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Перинатальний центр м. Києва

Вступ. Останнім часом велику увагу приділяють взаємозв'язку між станом здоров'я матері та народженням пізніх недоношених дітей (ПНД).

Мета. Визначити фактори, які пов'язані з народженням ПНД.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 266 пар мати-дитина, які були розподілені на 2 групи: ПНД і доношені діти та їх матері. Досліджували вік та захворювання матері, загрозу переривання вагітності (ЗПВ), прееклампсію, передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), дистрес плода (ДП) та передчасне відшарування плаценти (ПВП).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати. Дослідження продемонструвало наявність достовірної різниці між групами у показниках: ЗПВ ($p = 0,005$), прееклампися ($p = 0,013$), ПРПО ($p = 0,021$), ДП ($p = 0,018$) та ПВП ($p = 0,013$).

Висновки. ЗПВ, прееклампися, ПРПО, ДП та ПВП можуть бути факторами народження ПНД.

Ключові слова: пізні недоношені діти, стан здоров'я матері, ускладнення вагітності, ускладнення під час пологів.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в різних країнах світу частота передчасних пологів варіює від 5 % до 18 %. [9]. В загальній популяції передчасно народжених дітей, пізні недоношені діти (народжені в терміні 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів) становлять близько 75 %, а серед всіх новонароджених — близько 9 %. Згідно з даними різних авторів за останні десятиліття народжуваність пізніх недоношених дітей збільшилась на 25 % [2, 7].

В повсякденній медичній практиці досить часто пізні недоношені діти прирівнюються до доношених новонароджених. Для опису таких дітей раніше використовувалося поняття «майже доношені діти», що означає — дитина майже зріла і вимагає лише рутинного догляду, якого потребує здорова доношена дитина. Поряд з цим, зарубіжні наукові дослідження свідчать про більшу вразливість дітей, народжених в терміні 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів, порівняно з доношеними, серед них частіше зустрічаються проблеми з вигодовуванням, гіпоглікемія, значна жовтяниця, температурна нестабільність, апное, респіраторний дистрес-синдром, що обумовлено обмеженими адаптаційними можливостями їх організму [6]. Ці діти частіше вимагають реанімаційних заходів при народженні, дихальної підтримки та внутрішньовенного введення рідини, внаслідок незрілості органів та систем пізні недоношені діти мають вищу захворюваність та частоту повторних госпіталізацій після виписки з пологового будинку [4]. Чисельні довготривалі дослідження вказують на вищий ризик віддалених порушень психомоторного розвитку, пізні недоношені мають більшу схильність до захворювань дихальної системи та розвитку респіраторних інфекцій [3]. За даними різних авторів неонатальна і дитяча смертність вища у пізніх недоношених у 3–4 рази порівняно з доношеними дітьми [1, 8].

У 2005 році робоча група «Optimizing Care and Outcome of the Near-Term Pregnancy and Near-Term Newborn Infant» за підтримки Національного інституту охорони здоров'я США рекомендувала визначати дітей, народжених в терміні 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів як «пізніх недоношених» з метою підкреслення того, що ці діти передчасно народжені і мають вищий ризик порушення адаптації, пов'язаних з морфо-функціональною та фізичною незрілістю [1, 5].

Таким чином, для визначення можливих превентивних заходів важливим є вивчення факторів ризику народження та перинатальної патології пізніх недоношених дітей.

Мета дослідження — визначити фактори, пов'язані з передчасним народженням дітей з гестаційним віком 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів шляхом аналізу стану здоров'я матері, перебігу вагітності та пологів.

Матеріали і методи. Визначення факторів, пов'язаних з передчасним народженням дітей з гестаційним віком 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів проводили у 266 пар мати-дитина. Обстежені були розподілені на 2 групи. До першої (основної) групи були включені 158 пізніх недоношених дітей (з гестаційним віком 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів) та їх матері. До другої (порівняльної) групи були включені 108 доношених дітей (з гестаційним віком 37^{0/7}–41^{6/7} тижнів) та їх матері. В дослідження не були включені новонароджені від багатоплідної вагітності та діти з грубими вродженими аномаліями.

Для виявлення факторів ризику народження пізніх недоношених дітей було ретроспективно проаналізовано чотири групи показників за даними медичної документації:

1. Вік матері та акушерсько-гінекологічний анамнез (вік матері, народження дітей від першої вагітності та перших пологів, репродуктивні та перинатальні втрати при попередніх вагітностях).

2. Стан здоров'я матері (вроджені вади розвитку, патологія серцево-судинної системи, онкологічна патологія, ендокринна патологія, ожиріння, аномалії статевих органів).

3. Перебіг вагітності (загроза переривання вагітності, гестози першої та другої половини вагітності, анемія вагітних, гостра та хронічна інфекція, плацентарна дисфункція, багатоводдя та маловоддя).

4. Перебіг пологів та шлях народження дитини (передчасний розрив плодових оболонок, безводний проміжок, який тривав більше 18 годин, дистрес плода, забарвлення навколоплідних вод меконієм, патологія пуповини, шлях народження дитини, причини операції кесарського розтину).

Визначення терміну гестації внутрішньоутробно здійснювалося шляхом визначення першого дня останньої менструації та за допомогою ультразвукового дослідження. Після народження з метою уточнення гестаційного віку новонароджених проводилася оцінка морфологічної та нервово-м'язової зрілості за новою шкалою Баллард.

Визначення частоти виникнення досліджуваних показників та статистичне порівняння між групами проводили за допомогою тесту Хі-квадрат (Chi-square test). Статистично достовірною різницею отриманих результатів вважалося значення $p < 0,05$. Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою програмного забезпечення SPSS 20.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати дослідження. Результати дослідження частоти народження дітей в залежності від віку матері продемонстрували, що недоношені діти достовірно рідше ($p = 0,021$) народжувались у матерів, вік яких складав 25-30 років, більшість пізніх недоношених дітей народилися у матерів, старших 30 років. Частота народження дітей в залежності від віку матері та порівняння між групами представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Показники акушерсько-гінекологічного анамнезу, стану здоров'я та віку матері

Показники	Основна група (n = 158)	Порівняльна група (n = 108)	p
Вік матері, роки M ± SD (min-max)	30,43± 5,28 (18–43)	30,58 ± 4,97 (20–43)	0,965
18–25, n (%)	20 (12,7)	9 (8,3)	0.362
25–30, n (%)	54 (34,2)	53 (49,1)	0.021*
> 30, n (%)	74 (46,8)	46 (42,6)	0.421
Від I вагітності, n (%)	72 (45,6)	44 (40,7)	0.513
Від I пологів, n (%)	98 (62,0)	57 (52,8)	0,169
Репродуктивні та перинатальні втрати при попередніх вагітностях, n (%)	57 (36,1)	31 (28,7)	0.262
Переривання вагітності, n (%)	49 (31,0)	30 (27,8)	0,667
Переривання вагітності 1 раз, n (%)	30 (19,0)	23 (21,3)	0,759
Переривання вагітності ≥ 2 разів, n (%)	19 (12,0)	7 (6,5)	0,199
Інші репродуктивні та перинатальні втрати, n (%)	12 (7,6)	4 (3,7)	0,295
Аномалії статевих органів, n (%)	10 (6,3)	10 (9,3)	0,514
Хронічні захворювання матері, n (%)	45 (28,5)	37 (34,3)	0,386
Вроджені вади розвитку, n (%)	4 (2,5)	2 (1,9)	1
Патологія серцево-судинної системи, n (%)	21 (13,3)	11 (10,2)	0,567
Онкологічна патологія, n (%)	10 (6,3)	12 (11,1)	0,245
Патологія ендокринної системи, n (%)	11 (7,0)	11 (10,2)	0,477
Ожиріння, n (%)	4 (2,5)	2 (1,9)	1

Примітка: * — достовірна різниця між групами.

Провівши аналіз показників акушерсько-гінекологічного анамнезу та стану здоров'я матері, не було виявлено достовірної різниці в даних показниках між групами (табл. 1). Хронічні захворювання мали матері основної (28,5 %) та порівняльної (34,3 %) груп. Серед захворювань матері в основній групі переважала патологія серцево-судинної системи (13,3 %). Частота доброякісних новоутворень у матері пізніх недоношених дітей (6,3 %) була меншою, ніж у матері доношених дітей (11,1 %), однак злаякісні пухлини спостерігалися лише серед матерів пізніх недоношених дітей (3,1 %). Матері обох груп мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Серед репродуктивних та перинатальних втрат у матерів основної групи була вдвічі вищою, ніж серед матерів порівняльної групи, частота переривання вагітності ≥ 2 разів (12 % проти 6,5 %), позаматкової вагітності, антенатальної загибелі плода і народження недоношеної дитини (7,6 % проти 3,7 %), однак достовірної різниці в даних показниках виявлено не було.

Провівши аналіз показників перебігу вагітності, була виявлена достовірна різниця між групами за такими показниками: загроза переривання вагітності ($p = 0,005$), прееклампсія ($p = 0,013$), анемія вагітних ($p < 0,001$), та близька до достовірної різниця за показником плацентарної дисфункції ($p = 0,085$), що відображено в таблиці 2 даної статті. Частота загрози переривання вагітності була майже вдвічі вищою (37,3 % проти 20,4 %), а прееклампсії в 2,5 рази вищою (19 % проти 7,4 %) серед матерів основної групи у порівнянні з матерями порівняльної групи. Частота анемій серед вагітних була значно вищою серед матерів доношених дітей (25,2 % проти 47,2 %), що можна пояснити інтенсивним внутрішньоутробним ростом дитини і активним споживанням дитиною необхідних для кровотворення мікроелементів та вітамінів в останньому триместрі вагітності, що може обумовлювати більш значний дефіцит цих речовин у матерів доношених дітей. Частота плацентарної дисфункції була вдвічі вищою (15,2 % проти 7,4 %) серед матерів основної групи, хоча достовірної різниці між групами за цим показником визначено не було. Частота гестозів першої половини вагітності була втричі (7 % проти 1,9 %), а набряків вагітних вдвічі (7 % проти 2,8 %) вищою серед матерів пізніх недоношених дітей, але достовірної різниці за цими показниками виявлено не було. Гостра інфекція або загострення хронічної інфекції під час вагітності спостерігалось у матерів обох груп приблизно з однаковою частотою і становили 33,5 % в основній і 35,2 % у порівняльній групі. Структура інфекції відображена в таблиці 2. Багатоводдя і маловоддя під час вагітності спостерігалось частіше у матерів пізніх недоношених дітей, але достовірної різниці між групами виявлено не було.

Перебіг вагітності

Показники	Основна група (n = 158)	Порівняль- на група (n = 108)	p
Загроза переривання вагітності, n (%)	59 (37,3)	22 (20,4)	0,005*
Ранній гестоз, n (%)	11 (7,0)	2 (1,9)	0,108
Прееклампсія, n (%)	30 (19,0)	8 (7,4)	0,013*
Набряки, n (%)	11 (7,0)	3 (2,8)	0,222
Анемія вагітних, n (%)	40 (25,3)	51 (47,2)	<0,001*
Гостра інфекція/загострення хронічної, n (%)	53 (33,5)	38 (35,2)	0,884
ГРВІ, n (%)	27 (17,1)	27 (25,0)	0,156
Інфекція сечостатевої системи, n (%)	27 (17,1)	23 (21,3)	0,482
Інша інфекція, що вимагала антибактеріальної терапії, n (%)	7 (4,4)	4 (3,7)	1
Хронічна інфекція, носійство, n (%)	34 (21,5)	27 (25,0)	0,607
Плацентарна дисфункція, n (%)	24 (15,2)	8 (7,4)	0,085
Гестаційний діабет, n (%)	10 (6,3)	2 (1,9)	0,154
Багатоводдя, n (%)	12 (7,6)	7 (6,5)	0,917
Маловоддя, n (%)	8 (5,1)	2 (1,9)	0,306

Примітка: * — достовірна різниця між групами.

Провівши аналіз показників перебігу пологів та шляху народження дитини, була виявлена достовірна різниця між групами за такими показниками: передчасний розрив плодових оболонок ($p = 0,021$), дистрес плода ($p = 0,018$), планова і термінова операції кесарського розтину ($p < 0,001$), передчасне відшарування плаценти ($p = 0,013$). Передчасний розрив плодових оболонок значно частіше зустрічався серед матерів основної групи (34,2 % проти 20,4 %). Безводний проміжок > 18 годин майже удвічі частіше зустрічався серед матерів пізніх недоношених дітей (15,8 % проти 8,3 %), але достовірної різниці за цим показником виявлено не було. Дистрес плода більш ніж у 2,5 рази частіше зустрічався серед пізніх недоношених дітей (17,1 % проти 6,5 %). Планову операцію кесарського розтину майже втричі частіше проводили матерям доношених дітей (25,9 % проти 8,9 %), тоді як пізні недоношені дітей здебільшого потребували термінової операції кесарського розтину (25,3 % проти 4,6 %), що було в 5,5 разів частіше, ніж серед доношених дітей. Показаннями до народження пізніх недоношених дітей шляхом операції кесарського розтину були здебільшого тяжкий стан матері,

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

передчасне відшарування плаценти та дистрес плода, тоді як серед порівняльної групи основною причиною оперативного розродження були оперована матка в анамнезі та клінічно вузький таз (таблиця 3).

Таблиця 3

Перебіг пологів та шлях народження дитини

Показники	Основна група (n = 158)	Контроль-на група (n = 108)	p
Передчасний розрив плодових оболонок, n (%)	54 (34,2)	22 (20,4)	0,021*
Безводний проміжок > 18 год, n (%)	25 (15,8)	9 (8,3)	0,108
Дистрес плода, n (%)	27 (17,1)	7 (6,5)	0,018*
Меконіальні води, n (%)	6 (3,8)	10 (9,3)	0,115
Патологія пуповини, n (%)	11 (7,0)	10 (9,3)	0,652
Вагінальні пологи, n (%)	104 (65,8)	75 (69,4)	0,628
Операція кесарського розтину (ОКР), n (%)	54 (34,2)	33 (30,6)	0,628
Планова ОКР, %	14 (8,9)	28 (25,9)	<0,001*
Термінова ОКР, %	40 (25,3)	5 (4,6)	<0,001*
Причини ОКР			
Материнські, n (%)	23 (14,6)	26 (24,1)	0,071
Передчасне відшарування плаценти, n (%)	11 (0)	0	0,013*
Плодові, n (%)	20 (12,7)	7 (6,5)	0,152

*Примітка: * — достовірна різниця між групами.*

Висновки. Виявлено, що внутрішньоутробний розвиток пізніх недоношених і доношених дітей відбувався на несприятливому фоні. Хронічні захворювання матері основної (28,5 %) та порівняльної (34,3 %) груп. Факторами, пов'язаними з народженням пізніх недоношених дітей є загроза переривання вагітності, прееклампсія і передчасний розрив плодових оболонок. Причинами народження пізніх недоношених дітей є передчасний розрив плодових оболонок в терміні 34^{0/7}–36^{6/7} тижнів, тяжкий стан матері під час вагітності (переважно тяжка прееклампсія) та загрозові для життя патологічні стани, які впливають на прогноз подальшого розвитку майбутньої дитини і вимагають термінового розродження: дистрес плода та передчасне відшарування плаценти.

Формування навиків свідомого батьківства, своєчасне виявлення вагітності високого ризику і лікування вагітних жінок, ефективна антенатальна діагностика та медична допомога новонародженим дозволяють покращити прогноз розвитку пізніх недоношених дітей.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пізні недоношені діти мають високий ризик формування перинатальної патології, яка в подальшому може вплинути на прогноз їх розвитку. Перспективами подальших досліджень у даному напрямку є ретельне вивчення особливостей адаптації та захворюваності пізніх недоношених дітей з метою розробки сучасних алгоритмів медичного догляду, спостереження та надання своєчасної медичної допомоги для запобігання розвитку захворювань у неонатальному періоді та віддалених порушень в період раннього дитинства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Engle W. A. [et al.]. "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk / Engle W. A., Tomashek K. M., Wallman C. // *Pediatrics*. — 2007. — Vol. 120, № 6. — P. 1390–1401.
2. Jakiel G. [et al.] Late preterm infants — impact of perinatal factors on neonatal results. A clinical study. / Jakiel G., Wilińska M., Bińkowska M., Kowal A., Rumowska S., Ciebiera M. // *Ann Agric Environ Med*. — 2015. — Vol. 22, № 3. — P. 536–541.
3. Kugelman A. [et al]. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period / Kugelman A., Colin A. A. // *Pediatrics*. — 2013. — Vol. 132, № 4. — P. 741–751.
4. Moyer L. B. [et al]. Factors Associated With Readmission in Late-Preterm Infants: A Matched Case-Control Study / Moyer L. B., Goyal N. K., Meizen-Derr J, Ward L. P., Rust C. L., Wexelblatt S. L., Greenberg J. M. // *Hospital Pediatrics*. — 2014. — Vol. 4, № 5. — P. 298–304.
5. Raju T. N. [et al]. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development / Raju T. N., Higgins R. D., Stark A. R., Leveno K. J. // *Pediatrics*. — 2006. — Vol. 118, № 3. — P.1207–1214.
6. Rather G. N. [et al]. Morbidity and Mortality Pattern in Late Preterm Infants at a Tertiary Care Hospital in Jammu & Kashmir, Northern India / Rather G. N., Jan M., Rafiq W., Hussain I. G., Latief M. // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. — 2015. — Vol. 9, № 12. — P. 1–4.
7. Singh S [et al]. Maternal factors associated with late preterm birth / Singh S, Seth A, Dey M, Maji D. // *International Journal of Contemporary Medical Research*. — 2016. — Vol. 3, № 9. — P. 2612–2616.
8. Tomashek K. M. [et al]. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995–2002 / Tomashek K. M., Shapiro-Mendoza C. K., Davidoff M. J., Petrini J. R. // *J Pediatr*. — 2007. — Vol. 151, № 5. — P. 450–456.
9. World Health Organization. Preterm birth. Fact sheet. Reviewed November 2016.

Факторы риска рождения поздних недоношенных детей

О. И. Сиренко¹ Е. Е. Шунько¹, Е. В. Барановская²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев,

²Перинатальный центр г. Киева

Введение. В последнее время большое внимание уделяется взаимосвязи между состоянием здоровья матери и рождением поздних недоношенных детей (ПНД).

Цель. Определить факторы, связанные с рождением ПНД.

Материалы и методы. В исследование было включено 266 пар мать-ребенок, которые были разделены на 2 группы: ПНД и доношенные дети и их матери. Исследовали возраст и заболевания матери, угрозу прерывания беременности (УПБ), преэклампсию, преждевременный разрыв околоплодных оболочек (ПРОО), дистресс плода (ДП) и преждевременная отслойка плаценты (ПОП).

Результаты. Исследование показало наличие достоверной разницы между группами в показателях: УПБ ($p = 0,005$), преэклампсия ($p = 0,013$), ПРОО ($p = 0,021$), ДП ($p = 0,018$) и ПОП ($p = 0,013$).

Выводы. УПБ, преэклампсия, ПРОО, ДП и ПОП могут быть факторами рождения ПНД.

Ключевые слова: поздние недоношенные дети, состояние здоровья матери, осложнения беременности, осложнения во время родов.

Risk factors associated with late preterm birth

O. I. Sirenko, Ie. Ie. Shunko, O. V. Baranovska

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Kyiv Perinatal Center

Introduction. Recently, much attention is paid to the influence of mothers' health on late preterm birth (LPB).

Aim. To identify factors associated with LPB.

Materials and methods. The study included 266 mother-child pairs who were divided into 2 groups: late preterm infants and full-term infants with their mothers. Maternal age and morbidity, threatened abortion (TA), preeclampsia, premature rupture of membranes (PRM), fetal distress (FD) and placental abruption (PA) were observed.

Results. We have found out significant differences in TA ($p = 0.005$), preeclampsia ($p = 0.013$), PRM ($p = 0.021$), FD ($p = 0.018$) and PA ($p = 0.013$) between two groups.

Conclusions. TA, preeclampsia, PRM, FD and PA can be risk factors for LPB.

Key words: late preterm infants, maternal health, obstetric complications, delivery complications.

Відомості про авторів:

Сіренко Оксана Іванівна — аспірант кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) -236-09-61.

Шунько Єлизавета Євгенівна — завідувач кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) -236-09-61.

Барановська Олена Василівна — заступник головного лікаря Перинатального центру м. Києва. Адрес: м. Київ, вул. Предславинська 9.

УДК 614.253.8(079.5):616-082(477-25)

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ КОМУНАЛЬНИХ ТА ПРИВАТНИХ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЦЕНТРІВ М. КИЄВА

О. К. Толстанов, В. М. Михальчук, В. В. Кравченко

Національна медична академія післядипломної
освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Соціологічна оцінка задоволеності населення медичною допомогою є важливою інформаційною складовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я.

Мета дослідження. Здійснити порівняльний аналіз задоволеності пацієнтів комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) організацією медичної допомоги.

Матеріали і методи. За спеціально розробленою програмою у 2017 р. у м. Києві проведено соціологічне дослідження, яке охопило 437 пацієнтів у двох комунальних та 296 пацієнтів у двох приватних КДЦ.

Результати дослідження. Скорочення фінансових можливостей комунального сектора охорони здоров'я впливає на якість та доступність медичної допомоги. Задоволені якістю наданої медичної допомоги тільки 46,9±2,4 % пацієнтів комунальних КДЦ, у приватних — 93,6±1,4 % ($p < 0,05$). Згідно відповідей респондентів у комунальних КДЦ, 90,8±1,4 % з них сплачували за лабораторні дослідження, 97,3±0,8 % за діагностичні обстеження, 95,2±1,1 % за ін'єкції та інші маніпуляції.

Висновки. Існуюча система надання вторинної медичної допомоги в комунальних КДЦ не відповідає сучасним потребам населення і потребує оптимізації.

Ключові слова: соціологічне опитування, пацієнти, комунальний і приватний консультативно-діагностичний центр.

Вступ. Актуальність проблеми вдосконалення організації вторинної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах, обумовлена високою поширеністю захворювань серед населення, недостатніми обсягами фінансування амбулаторно-поліклінічних