

- повышение профессионализма медицинских работников.

### ВЫВОДЫ

1. Динамика показателей рождаемости, общей смертности, младенческой и материнской смертности в Амурской области имеет тенденцию к улучшению. Анализ причин смертности показал, что в Амурской области первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания, второе — внешние причины, третье — злокачественные новообразования. В России на втором месте — злокачественные новообразования, на третьем — внешние причины.

2. Показатель ожидаемой средней продолжительности жизни как в России, так и в Амурской области за последние 5 лет увеличился соответственно на 4,5 и 1,5 года.

3. Уровень общей заболеваемости в Амурской области за 5 лет увеличился в 1,1 раза. Наиболее высокими темпами растёт детская и подростковая заболеваемость.

4. Уровень заболеваемости и смертности от туберкулёза в Амурской области снизился; при этом заболеваемость туберкулёзом в Амурской области превышает общероссийскую в 1,5 раза, а смертность — более чем в 2 раза.

5. Заболеваемость сифилисом в Амурской области снизилась, но превышает общероссийский показатель в 2,9 раза.

6. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в Амурской области за

5 лет увеличился в 1,1 раза, но он ниже общероссийского в 1,1 раза. Основные локализации новообразований — лёгкие, кожа, молочная железа, желудок.

7. Положительной динамики характеристик общественного здоровья можно ожидать при улучшении условий и качества жизни, активном формировании здорового образа жизни населения и высоком качестве медицинской помощи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Амурский статистический ежегодник. Сборник. — Благовещенск: Амуроблкомстат, 2010. — 407 с.
2. Амурский статистический ежегодник. Сборник. — Благовещенск: Амуроблкомстат, 2011. — 546 с.
3. Амурский статистический ежегодник. Сборник. — Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. — 602 с.
4. Амурский статистический ежегодник. Сборник. — Благовещенск: Амуроблкомстат, 2013. — 578 с.
5. Здравоохранение и здоровье населения Амурской области в 2012 г. Министерство здравоохранения Амурской области ГБУЗАО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр». — Благовещенск, 2013. — <http://www.amurzdrav.ru>.
6. Здравоохранение в России. 2013. Стат. сборник. — М.: Росстат, 2013. — 380 с.
7. Тураев Р.Г., Войт Л.Н., Аббасова Е.С. Заболеваемость населения Амурской области // Казан. мед. ж. — 2010. — Т. ХСІ, №4. — С. 540–542.
8. Щепин О.П. Влияние здравоохранения на состояние общественного здоровья населения / Организация медицинской помощи населению в условиях реформирования здравоохранения. — Благовещенск, 2008. — С. 3–5.

УДК 614.252.7: 614.253: 617.546-009.021.1: 616-036.8 (571.61)

H02

## МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЬЮ В СПИНЕ, О ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ТИПА И ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРАХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ксения Юрьевна Добровинская\*, Любовь Николаевна Войт*

*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск*

### Реферат

**Цель.** Изучение мнения пациентов, страдающих болью в спине, о доступности и качестве медицинской помощи в государственных и частных учреждениях здравоохранения.

**Методы.** Для достижения поставленной цели для каждого типа медицинского учреждения нами были разработаны и заполнены специальные анкеты оценки качества медицинской помощи для пациентов с болью в спине (всего 600 анкет — по два вида анкет для каждого пациента, проходившего лечение как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в частных медицинских центрах). Анкетирование было анонимным на базе одного из частных медицинских центров. Исследование проводили в августе 2013 г., использовали простую случайную выборку пациентов, которые обратились за медицинской помощью после посещения амбулаторно-поликлинического учреждения в связи с неудовлетворённостью качеством оказываемого обследования и лечения либо по причине длительного ожидания на повторный приём к врачу и невозможности посещения медицинского учреждения в выходные дни при ухудшении течения заболевания. В исследовании участвовали пациенты трудоспособного возраста: мужчины от 20 до 60 лет (118 человек, 39,3%) и женщины от 20 до 55 лет (182 человека, 60,7%).

**Результаты.** Большинство опрошенных пациентов в большей степени удовлетворены качеством проводимого лечения, обследования и отношением медицинского персонала в частных медицинских центрах, чем в государственных учреждениях. При оказании медицинской помощи пациентам с болью в спине как в частной системе здравоохранения, так и в учреждениях амбулаторного типа выявлены следующие дефекты: несвоевременная запись на приём к специалисту или запись к врачу-терапевту без последующей консультации врачом-неврологом,

длительное ожидание консультативного приёма, непродолжительность неврологического осмотра, недостаточная квалификация врачей в диагностике, выборе тактики лечения и дальнейшей профилактики заболевания. Вышеперечисленные дефекты оказались наиболее значимы в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

**Вывод.** Проведённый анализ исследования показал, что необходима разработка единых стандартов медицинской помощи при болях в спине на амбулаторно-поликлиническом этапе, которых на сегодняшний день нет.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, социологический опрос, лечебно-профилактические учреждения амбулаторного и частного типа.

**ACCESSIBILITY AND QUALITY OF MEDICAL CARE IN PUBLIC OUTPATIENT CLINICS AND PRIVATE MEDICAL CENTERS OF THE AMUR OBLAST AS REPORTED BY PATIENTS WITH BACK PAIN** *K.Yu. Dobrovinskaya, L.N. Voyt. Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia.* **Aim.** To study the opinion of patients with low back pain of judgement of assessibility and quality of medical care in public and private medical centers. **Methods.** Back pain patients to assess the quality of medical care filled in specially designed questionnaires for each type of medical facilities (two types of questionnaires for each patient who underwent treatment in both outpatient public clinics and private medical centers, total of 600 questionnaires). The poll was anonymous and was performed at one of the private medical centers in august 2013. Patients were randomly picked out from all patients who seek for medical aid in private center being unsatisfied with the quality of medical aid offered at public medical centers or who were on the waiting list for a doctor visit, or with disease worsening not within the working hours of public medical centers (600 questionnaires). The poll included patients of active working age: men aged 20 to 60 years (118 patients, 39.3%) and females aged 20 to 55 years (182 patients, 60.7%). **Results.** The majority of patients were more satisfied with the quality of the treatment, examination and attitude of medical personnel in private medical centers compared to public institutions. The following issues of providing medical aid to back pain patients were discovered both in private and public settings: untimely referral to specialist, or consultation only by general practitioner without subsequent consultation of neurologist, long waiting lists, incomplete neurologic examination, and low qualification of doctors in choosing appropriate examinations, treatment approach and further prophylaxis. Above-mentioned issues were more significant in public settings. **Conclusion.** The research showed that there is a need in developing uniform standards of medical care in case of a back pain in outpatients that do not yet exist.

**Keywords:** quality of medical care, poll, public and private settings.

В соответствии с международными стандартами менеджмента качества и их российскими аналогами<sup>1</sup>, качество медицинской помощи определяется удовлетворением потребностей пациентов от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи своевременно оказания медицинской помощи, правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [2, 8, 9].

Что касается доступности медицинской помощи, то она является одним из основных принципов охраны здоровья граждан<sup>2</sup>. При этом под доступностью услуг здравоохранения понимают не только возможность попасть в медицинское учреждение, но и своевременное получение помощи, дающей наилучший из возможных результатов для здоровья при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны становиться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и тем более причиной отказа от лечения [8].

Один из важнейших каналов информации о качестве медицинского обслуживания — обращения граждан, включающие жалобы и/или предложения по совершенствованию деятельности системы здравоохранения. Следует учитывать, что часто потребители не жалуются, они просто уходят неудовлетворёнными или терпят,

если нужную медицинскую помощь нельзя или затруднительно получить в другом месте [9]. В таких случаях на помощь приходят социологические опросы, позволяющие зафиксировать оценку качества медицинской помощи населению для совершенствования деятельности медицинских организаций.

Боль в спине — ведущее состояние в структуре обращаемости за медицинской помощью к терапевтам и неврологам. По результатам изучения эпидемиологии болевых синдромов в спине у взрослого населения распространённость хронической боли составляет 42,4–56,7% [7]. Данный синдром также связан со значительными материальными затратами на лечение. Считают, что в США ежегодные расходы только на оказание медицинской помощи пациентам с болью в спине превышают 25 млрд долларов [6]. В России до 80% затрат на здравоохранение приходится на лечение хронических болей в спине [1].

Как показывает анализ заболеваемости взрослого населения по Амурской области за 2012 г., болезни костно-мышечной системы остаются, как и в прежние годы, на шестом месте. Распространённость данной патологии в течение 2012 г. возросла на 9,3% и составила 113,8‰, на третьем месте среди болезней костно-мышечной системы оказались деформирующие дорсопатии — 25,6%

<sup>1</sup>Основными стандартами менеджмента качества в России являются: ГОСТ Р ИСО 9000-2008 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования», ГОСТ Р ИСО 9004-2001 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности», ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения».

<sup>2</sup>Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, принят Государственной Думой 1 ноября 2011 г., одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 г.

[3]. В целом по Амурской области за 2008–2012 гг. показатель общей заболеваемости увеличился на 27%, а первичной – на 4%. По г. Благовещенску с января 2011 г. по декабрь 2012 г. произошёл рост общей заболеваемости на 1,74%, первичной – на 0,93%. Средняя продолжительность временной утраты трудоспособности также имела тенденцию к росту и на 2012 г. составила 19,7 дней (в 2008 г. – 14,4 дня) [5].

Тенденция к росту общей и первичной заболеваемости в Амурской области обусловлена внедрением в практику современных медицинских технологий, диспансеризацией населения, повышением качества медицинской помощи в первичном звене [10].

В последние годы на уровне первичного звена в системе медико-санитарной помощи по посещаемости и количеству обслуживаемого населения система частных медицинских клиник не уступает амбулаторно-поликлинической помощи.

Цель настоящего исследования – изучение мнения пациентов, страдающих болью в спине, о доступности и качестве медицинской помощи в государственных и частных учреждениях здравоохранения.

Для сбора материала для каждого типа медицинского учреждения нами были разработаны и заполнены специальные анкеты оценки качества медицинской помощи для пациентов с болью в спине (всего 600 анкет – по два вида для каждого пациента, проходившего лечение как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в частных медицинских центрах). Анкетирование было анонимным на базе одного из частных медицинских центров. Использовали простую случайную выборку пациентов, которые обратились за медицинской помощью после посещения амбулаторно-поликлинического учреждения в связи с неудовлетворённостью качеством оказываемого обследования и лечения либо по причине длительного ожидания на повторный приём к врачу и невозможности посещения медицинского учреждения в выходные дни при ухудшении течения заболевания. Исследование проводили в августе 2013 г. В исследовании участвовали пациенты трудоспособного возраста: мужчины от 20 до 60 лет (118 человек, 39,3%) и женщины от 20 до 55 лет (182 человека, 60,7%). Выборка респондентов соответствовала необходимому числу наблюдений для получения репрезентативности результатов исследования [4].

$$n = t^2 \times p \times q \times N / \Delta^2 \times N + t^2 \times p \times q,$$

где  $n$  – объём выборочной совокупности,  $t$  – доверительный коэффициент с вероятностью 95%,  $p$  – величина показателя изучаемого признака для относительных величин,  $q = (100 - p)$ ,  $\Delta$  – предельная ошибка показателя,  $N$  – численность генеральной совокупности.

$$n = 22 \times 77,7 \times (100 - 77,7) \times 3967 / 52 \times 3967 + 22 \times 77,7 \times (100 - 77,7) = 260$$

С учётом размера генеральной совокупности и относительной величины изучаемого призна-

ка объём выборочной совокупности составил 260 респондентов. Для удобства проводимых расчётов и большей достоверности количество респондентов было увеличено до 300. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010, статистическую значимость различий оценивали по  $t$ -критерию Стьюдента ( $t \geq 2$ ).

Анализ данных показал, что большинство опрошенных пациентов более удовлетворены качеством проводимого лечения, обследования и отношением медицинского персонала в частных медицинских центрах, чем в государственных учреждениях. Так, 210 (70%) опрошенных отметили более качественное лечение в частных медицинских центрах, остались неудовлетворёнными 30 (10%) респондентов, 60 (20%) человек не смогли дать однозначного ответа, тогда как в поликлиниках качеством лечения остались довольны лишь 106 (35,5%) опрошенных ( $p < 0,01$ ). Изучение данных отношения врача к пациенту во время приёма показало, что только 142 (47,3%) пациента удовлетворены оказываемым приёмом в амбулаторно-поликлиническом учреждении и 246 (82%) пациентов – в частном медицинском центре ( $p < 0,01$ ).

Запись на консультативный приём была осуществлена в поликлиниках в день обращения для 70 (23,3%) пациентов, в течение 2–3 дней – для 110 (36,7%), в течение 1 нед – для 64 (21,3%), более 1 нед – для 56 (18,7%) пациентов. В частных клиниках запись в день обращения была осуществлена для 226 (75,3%) пациентов, в течение 2–3 дней – для 62 (20,7%), в течение 1 нед – для 12 (4%) пациентов ( $p < 0,01$ ). Из 300 опрошенных ожидали очереди на приём к врачу в поликлиниках 276 (92%) пациентов (из них до 40 мин – 31,9%, свыше 40 мин – 12,2%), в частных медицинских центрах – 56 (18,7%) пациентов, и в большинстве случаев время ожидания составило не более 10 мин ( $p < 0,01$ ). Продолжительность приёма врача в поликлиниках составила до 15 мин у 221 (74,7%) опрошенных, от 15 до 30 мин – у 79 (24,7%), между тем приём врача в частных клиниках составлял до 15 мин у 70 (23,3%) опрошенных, от 15 до 30 мин – у 194 (64,7%), более 30 мин – у 36 (12%) пациентов ( $p < 0,01$ ).

Не менее важным фактором оказался тот факт, что в частных медицинских центрах специалист, который занимался пациентом с болью в спине, был врачом-неврологом – 284 (94,7%) опрошенных, оставшиеся пациенты находились под наблюдением врача-терапевта – 16 (5,3%) человек. В амбулаторно-поликлинических учреждениях лечением данной патологии занимался в 62,3% случаев врач-невролог (187 опрошенных), а в 37,7% случаев – врач-терапевт (113 опрошенных), причём без последующей консультации у врача узкой специализации ( $p < 0,01$ ).

Нужно отметить, что в большинстве случаев по данным анкетирования зарегистрировано отсутствие применения основных методов диаг-

ностики при болях в спине как в муниципальных, так и в частных медицинских центрах. Рентгенография позвоночника была назначена не более чем половине пациентов в обоих медицинских учреждениях, а компьютерная томография позвоночника выполнена четверти опрошенных. При этом длительность времени от момента направления до фактического проведения исследования колебалась в больших пределах: в частных медицинских центрах — от 2–3 дней до 1 нед, а в муниципальных учреждениях — от 1 нед до 1,5 мес, что качественным образом влияло на проводимое лечение.

В ходе анализа результатов анкетирования также выяснено, что пациенты частных медицинских клиник с целью дифференциальной диагностики получали консультации смежных специалистов, таких как нейрохирург — 92 (30,7%) пациента, уролог — 72 (24%) опрошенных обоего пола, гинеколог — 145 (80,2%) опрошенных женщин, ревматолог — 32 (10,7%) из всех опрошенных. Среди пациентов амбулаторно-поликлинической службы дополнительно в осмотр был включён только врач гинеколог у 92 (50,6%) из 182 опрошенных женщин. Если у пациента был отмечен длительный болевой синдром в спине на фоне стандартных методов лечения, ни один из пациентов не был консультирован врачом-психиатром.

Цель лечения пациента с болью в спине — устранение боли, повышение качества жизни пациента и предотвращение повторных обострений заболевания. Лучший способ лечения боли — устранение её причины.

В ходе анкетирования респондентов частных и муниципальных медицинских учреждений 90 (30%) и 194 (64,7%) опрошенных были либо недовольны качеством лечения, либо затруднились ответить на вопрос «удовлетворены ли они качеством оказываемого лечения» ( $p < 0,01$ ), а также выяснено, что каждый второй «не видит эффекта от проводимого лечения», каждому шестому пациенту «было назначено пять и более препаратов». 90 (30%) опрошенных пациентов, которые посещали частные клиники, недовольны также необоснованным назначением лекарственных препаратов, повлекших за собой нежелательные побочные эффекты (боли в желудке, диарею, головную боль, изменение артериального давления).

Физиотерапевтические методы лечения с положительным результатом терапии получали пациенты обоих медицинских учреждений в равных процентных соотношениях (57,3%), тогда как физические упражнения (один из основных компонентов лечения болей в спине) часто были проигнорированы врачами амбулаторно-поликлинического звена (62%) и в значительно меньшей степени — врачами частных центров (30%,  $p < 0,01$ ).

Получили направление с острой болью в спине на лечение в дневной стационар только 40 (13,3%) пациентов, и 28 (9,3%) пациентов с хронической болью в спине проходили сана-

торно-курортное лечение из 100% нуждающихся ( $p < 0,01$ ).

Также в предложенной анонимной анкете одним из последних звучал следующий вопрос: «Если бы Ваша страховая компания оплачивала лечение в любом из предложенных медицинских учреждений, Вы бы выбрали: а) лечение в муниципальной поликлинике с учётом улучшенного качества медицинских услуг; б) стационарное лечение; в) лечение в частном медицинском центре». Ответы распределились следующим образом: 126 (42%) опрошенных выбрали бы лечение в условиях круглосуточного стационара, 116 (38,7%) опрошенных — лечение в частных медицинских центрах, 58 (19,3%) — в муниципальных поликлиниках с учётом улучшенного качества медицинских услуг.

В целом качество оказываемой медицинской помощи в учреждениях амбулаторного типа 182 (60,7%) пациента оценили как «удовлетворительное» и 42 (14%) пациента — как «хорошее». В частных медицинских центрах 96 (32%) пациентов оценили качество медицинской помощи как «удовлетворительное», 198 (66%) пациентов — как «хорошее» и «отличное» ( $p < 0,01$ ).

По итогам проведённого социологического исследования становится понятно, что на данном этапе реформирования здравоохранения пациенты отдают предпочтение частным медицинским центрам, что существенно влияет не только на «кошелёк» пациента, но и приводит к перераспределению существенной части денежного потока в пользу частных предпринимателей. Также складывается плохое впечатление о качестве медицинской помощи в муниципальных учреждениях, хотя данный опрос выявил недостатки обследования и лечения и в частных медицинских центрах. Пациент зачастую их не замечает из-за ряда преимуществ по сравнению с государственной амбулаторной помощью (запись к врачу нужной специальности в день обращения, возможность посещения медицинского учреждения в любой день недели, сокращение времени ожидания приёма врача, увеличение в 3 раза длительности времени приёма пациента).

В ходе проведённого социологического исследования при оказании медицинской помощи пациентам с болью в спине как в частной системе здравоохранения, так и в учреждениях амбулаторного типа выявлены следующие дефекты:

- несвоевременная запись на приём к специалисту или запись к врачу-терапевту без последующей консультации врачом-неврологом;
- длительное ожидание консультативного приёма;
- непродолжительность неврологического осмотра;
- недостаточная квалификация врачей в диагностике, выборе тактики лечения и дальнейшей профилактики заболевания.

Вышеперечисленные дефекты оказались наиболее значимы в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

## ВЫВОД

Анализ проведенного исследования показал, что необходима разработка единых стандартов медицинской помощи при болях в спине на амбулаторно-поликлиническом этапе, которых на сегодняшний день нет.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.С., Васильева В.В., Шмырев В.И. Особенности патогенеза, диагностики и лечения торакалгий у пациентов трудоспособного возраста в условиях мегаполиса // Кремлевск. мед. Клин. вестн. — 2012. — №3. — С. 40–44.
2. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. — М.: Медицина, 2011. — 456 с.
3. Заболеваемость взрослого населения Амурской области в 2012 г. — Благовещенск: Министерство здравоохранения Амурской области ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр», 2013. — 129 с.
4. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И.

Прикладная медицинская статистика. — СПб.: Фолиант, 2003. — 432 с.

5. Здравоохранение и здоровье населения Амурской области в 2012 г. Благовещенск: Министерство здравоохранения Амурской области ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр», 2013. — 125 с.

6. Камчатнов П.Р., Трубецкая Е.А. Лечение пациента с поясничной болью — эффективность комбинированной терапии // Рос. мед. ж. — 2012. — №2. — С. 39–42.

7. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 386 с.

8. Серезина И.Ф., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Пробл. социальн. гигиен., здравоохран. и истории мед. — 2009. — №5. — С. 3–7.

9. Татарников М.А. Обращения граждан как важнейший канал информации о качестве медицинского обслуживания // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. — 2012. — №8. — С. 3–8.

10. Тураев Р.Г., Войт Л.Н., Аббасова Е.С. Заболеваемость населения Амурской области // Казан. мед. ж. — 2010. — Т. 91, №4. — С. 540–542.

УДК 614.2: 616.155.392: 616-006.441-006.442: 616-039.78 (470.23)

H03

## СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА, ОРГАНИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Любовь Юрьевна Жигулёва\*

Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии  
Федерального медико-биологического агентства, г. Санкт-Петербург

## Реферат

**Цель.** Проанализировать структуру и организацию амбулаторной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови в г. Санкт-Петербурге и оценить её эффективность.

**Методы.** Проведён анализ на основании отчётов заведующих гематологическими кабинетами (83 отчёта) за период 2000–2012 гг. Оценку эффективности проводили с учётом общепринятых статистических показателей. Изучение заболеваемости осуществляли на основании учётных форм №7 и 35, данных информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению и популяционного ракового регистра города. Выборочное исследование характера и объёма амбулаторной гематологической помощи проводили за период 2010–2012 гг. Проанализировано 250 амбулаторных карт (форма 025/у), использованы специально разработанные регистрационные карты (254 признака).

**Результаты.** Амбулаторную гематологическую помощь в г. Санкт-Петербурге оказывают учреждения городского, федерального и ведомственного подчинения. Основную нагрузку по оказанию медицинской помощи гематологическим больным несут межрайонные гематологические кабинеты, в которых ведут активное наблюдение и лечат сложных с точки зрения диагностики, лечения и прогноза больных гемобластозами. Каждый шестой из них имеет осложнения, а 75% — сопутствующие заболевания. За исследуемый период посещаемость возросла на 33,4% (с 64 766 в 2000 г. до 86 405 в 2012 г.), число впервые выявленных больных гемобластозами увеличилось на 13,9% ( $p < 0,05$ ), в структуре диспансерной группы доля больных гемобластозами увеличилась с 28,0 до 50,4%. Накопленная заболеваемость лимфомами увеличилась с 69,9 до 96,0 на 100 тыс. населения; лейкозами — с 49,7 до 79,3 на 100 тыс. Летальность при лимфомах снизилась с 8,1% в 2001 г. до 5,3% в 2012 г., а при лейкозах — с 9,2 до 3,6%. 5-летняя выживаемость больных лейкозами увеличилась за период 2010–2012 гг. с 56,6 до 63,2%.

**Вывод.** Результаты исследования свидетельствуют об эффективности амбулаторной гематологической помощи; с целью повышения эффективности амбулаторной гематологической помощи в мегаполисе необходимо повышать квалификацию врачей общей лечебной сети и педиатров по вопросам гематологии, пересмотреть нормы нагрузок на персонал гематологических кабинетов, усилить профилактическую составляющую гематологической помощи (качество профилактических осмотров), разрабатывать и внедрять новые организационные технологии, что будет способствовать снижению затрат и повышению качества жизни больных.

**Ключевые слова:** организация амбулаторной гематологической помощи, злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственной им ткани.