ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

УДК 616.1:618.3:618.5
МРНТИ 76.29.39
DOI: 10.53065/kaznmu.2024.69.2.002

Поступил в редакцию: 03.06.2024
Принято к публикации: 23.06.2024

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ НА ПРИМЕРЕ ПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Б.К. АЙТБЕКОВ [1], С.М. ЖАРМЕНОВ [1], Б.Д. ТАНАБАЕВ [2],
Н.Р. РАХМЕТОВ [3], Т.С. ЖОРАЕВ [4]

[1] Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан
[2] Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан
[3] Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан
[4] Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Аннотация

Введение: Элективная медицинская помощь является основой эффективно функционирующих систем здравоохранения. Однако пандемия COVID-19 вызвала значительное снижение приоритетов и доступности выборных процедур, что привело к увеличению нагрузки на системы здравоохранения.

Цель: Оценить текущее состояние элективной медицинской помощи в Казахстане на примере пластики паховой грыжи.

Методы: Проведено национальное многоцентровое проспективное когортное исследование пациентов, перенесших операцию по поводу паховой грыжи. Данные были собраны в период с 30 января по 21 мая 2023 года. Были собраны рутинные анонимные данные без изменения существующих схем клинической помощи. Основные показатели включали частоту экстренных операций, частоту резекций кишечника, время ожидания, использование сетчатых имплантов, частоту дневных операций и послеоперационные осложнения.

Результаты: В исследовании приняли участие 48 пациентов из двух больниц Казахстана. Частота экстренных операций составила 8,3%, частота резекций кишечника — 2,1%. Среднее время ожидания плановой операции составило 7,5 месяцев. Сетчатые импланты использовались во всех плановых операциях. Частота дневных операций была низкой — 29,2%. Послеоперационные осложнения возникли у 16,7% пациентов и были более частыми после экстренных операций (75,0%).

Заключение: Исследование показало, что элективная медицинская помощь в Казахстане сталкивается с существенными проблемами в доступности и качестве. Высокая частота экстренных операций и послеоперационных осложнений, а также длительное время ожидания плановых операций указывают на необходимость улучшения организации и проведения выборных процедур. Полученные результаты могут служить основой для разработки стратегий по улучшению элективной медицинской помощи в Казахстане.

Ключевые слова: элективная медицинская помощь, паховая грыжа, пластика паховой грыжи, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи.

Введение. Элективная медицинская помощь остаётся краеугольным камнем хорошо функционирующих систем здравоохранения, её типичными примерами являются диагностика, хирургия и оптимизация сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

широком спектре систем здравоохранения элективная помощь позволяет быстро вернуться к нормальной деятельности, снижает потребность в сложной неотложной помощи и снижает затраты на здравоохранение [2].

Во время и после пандемии COVID-19 выборная медицинская помощь утратила приоритетность и продолжает с трудом восстанавливаться, особенно с точки зрения доступа и объема [3, 4]. Постоянное снижение приоритетов приводит к нисходящей спирали увеличения числа госпитализаций в неотложной помощи и дальнейшей нагрузки на оставшиеся выборные возможности, при этом кризисное управление чрезвычайными ситуациями быстро становится нормой [5, 6].

Элективная медицинская помощь представляет собой широкий спектр заболеваний, диагностики и лечения, а это означает, что любые исследования должны быть целенаправленными [7].

Паховые грыжи являются распространённым хирургическим заболеванием и подходят для такой задачи [8]. В пакете основных хирургических мер Всемирного банка паховая грыжа определяется как состояние, которое приводит к значительному глобальному бремени, лечение представляет собой существенную хирургическую необходимость, а её восстановление экономически эффективно [9, 10].

Операции по пластике паховой грыжи предлагаются системами здравоохранения во всем мире, и существуют общепринятые рекомендации по лечению [11]. Непредоставление своевременного лечения может повлиять на способность пациентов выполнять повседневную деятельность, ограничить их способность выполнять тяжелую работу, что приведёт к социальным издержкам, а также может увеличить частоту экстренных операций [12].

Целью исследования было применение общесистемного подхода к оценке доступности и качества плановой медицинской помощи в Казахстане, используя паховую грыжу в качестве индикаторного состояния.

Мы намеревались собирать данные как на уровне пациентов, так и на уровне системы здравоохранения, устраняя разрыв между ними. Также, был разработан анализ для определения практических целей, непосредственно имеющих отношение к пластике паховой грыжи, но с особенностями, которые также могут усилить более широкие пути плановой помощи.

С самого начала планирования мы признали, что один показатель результата не подходит для оценки всей системы, поэтому мы решили разработать исследование таким образом, чтобы обеспечить равномерную отчетность по более широким системам здравоохранения.

Материалы и методы.

Дизайн исследования и участники: Проведено национальное многоцентровое проспективное когортное исследование пациентов, перенесших операцию по поводу паховой грыжи в Казахстане. Мы собирали только рутинные анонимные данные, не внося никаких изменений в существующие схемы клинической помощи в каждой больнице.

Исследование было проспективно зарегистрировано на сайте ClinicalTrials.gov (NCT05748886), а полный протокол доступен онлайн. Ответственность за получение разрешений в соответствии с действующими правилами несли местные главные исследователи.

К участию могла принять участие любая больница, выполняющая пластику паховой грыжи. Подходящие больницы были определены национальными лидерами и приглашены принять участие.

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

Участвующие больницы выявили и включили последовательных пациентов любого возраста, перенесших первичную пластику паховой грыжи в качестве основной процедуры в течение 4-недельного окна включения с 30 января по 21 мая 2023 года с периодом наблюдения 30 дней после даты операции.

Были включены как плановые, так и экстренные показания. Были включены все хирургические доступы, за исключением открытых операций, выполняемых через срединный разрез, поскольку они представляют собой более сложные операции, часто связанные с другими процедурами.

Набор измерений: На основании обзора литературы и дискуссий группа управления исследованием установила, что ни один результат не будет иметь достоверного значения для точной оценки эффективности всей хирургической системы.

Чтобы получить более полную оценку эффективности системы плановой хирургии, нам необходимо было рассмотреть несколько различных показателей. Поэтому мы определили набор измерений посредством многоэтапного процесса согласования внутри группы управления исследованием. Использованные нами показатели были разработаны с учётом характеристик строительных блоков системы здравоохранения ВОЗ: (1) доступ, включая показатели доступа и охвата, и (2) качество, включая показатели качества и безопасности.

Набор показателей был организован в шесть ключевых показателей эффективности и семь дополнительных описательных показателей.

Мы использовали критерии поэтапного включения и исключения, чтобы определить выборку, в которой будет оцениваться каждый показатель. Чтобы решить проблему доступа, мы измерили: (1) уровень неотложной помощи: долю пациентов, перенесших экстренную операцию (измеримую среди всех включённых пациентов); (2) частота резекций кишечника: долю пациентов, у которых произошла резекция кишечника (все пациенты); и (3) время ожидания: время между датой операции и появлением симптомов у пациентов с симптомами и датой постановки диагноза у бессимптомных пациентов (только плановая операция).

Чтобы оценить качество, мы измерили: (1) уровень использования сетки: долю пациентов, у которых использовалась сетка среди всех пациентов, которым сетка была бы показана в соответствии с международными рекомендациями (только взрослые, перенёсшие плановое хирургическое вмешательство); (2) частота дневных случаев: долю пациентов, выписанных в один и тот же день, от всех пациентов, которым была бы рекомендована дневная операция (взрослые моложе 90 лет, Система классификации физического состояния Американского общества анестезиологов [ASA] I–II степень, перенёсшая плановое хирургическое вмешательство); и (3) послеоперационные осложнения: определяются по классификации Клавиена-Диндо [13].

Управление данными: Данные были собраны с использованием инструментов электронного сбора данных REDCap, размещённых в Университете Бирмингема, Великобритания. Данные были анонимизированы в момент входа, без регистрации информации, позволяющей идентифицировать пациента.

Группа управления данными проводила регулярные проверки качества, а также задавались вопросы, которые разрешались местным следователям, чтобы обеспечить полноту и точность данных.

Статистический анализ: Непрерывные госпитальные, характеристики пациента и интраоперационные характеристики были представлены как среднее значение и стандартное отклонение, если распределение нормальное, и медиана и IQR, если распределение ненормальное. Категориальные переменные описывались с использованием частот и процентов.

ISSN 2524 – 0684 e-ISSN 2524 – 0692

Показатели ключевых показателей эффективности по регионам были представлены со скорректированными показателями из трёхуровневых многоуровневых моделей логистической регрессии (больница, вложенная в регион) и 95% ДИ. Время ожидания между регионами с логарифмическим преобразованием было суммировано с использованием средних геометрических значений и 95% ДИ из трёхуровневых многоуровневых моделей линейной регрессии со структурой, аналогичной приведённой выше.

Для изучения связи факторов, описывающих путь пациента, с осложнениями использовалась трёхуровневая многоуровневая модель логистической регрессии.

Клинически правдоподобные факторы, согласованные группой управления исследованием, были включены в качестве ковариат: регион, возрастная группа, группы ASA, срочность операции, тип анестезии, контаминация, резекция кишечника, использование сетки и дневная хирургия. Больницы, расположенные в пределах региона, были включены в качестве случайных эффектов. Для приведённого выше анализа была проверена соответствующая диагностика соответствия модели, чтобы подтвердить достоверность и предположения модели для данных. Весь статистический анализ проводился с использованием R (версия 4.0.2). Значение p менее 0.05 считалось статистически значимым.

Результаты. Данные от 58 пациентов были собраны в 2 больницах Казахстана, принявших участие в этом исследовании. Из них 10 пациентов были исключены, и данные от 48 пациентов, из 2 больниц, были проанализированы. Причины исключения, пропорции в каждом регионе и распределение по больницам приведены в дополнительном материале.

В целом, большинство пациентов были мужчинами (43 [89.6%] из 48), с медианным возрастом 56.0 лет (IQR 38.0–68.0). Больше было пациентов с симптомами, связанными с паховой грыжей (40 [83.3%] из 48), чем пациентов без симптомов. У большинства грыжи были ограничены паховой областью (36 [75.0%] из 48), у остальных - ограничены мошонкой. Большинство операций классифицировались как чистые (46 [95.8%] из 48). Другие предоперационные и интраоперационные характеристики описаны в Таблице 1.

Таблица 1. Предоперационные и интраоперационные характеристики.

Характеристика	Количество (%)
Мужчины	43 (89.6)
Женщины	5 (10.4)
Медианный возраст (IQR)	56.0 (38.0–68.0)
Симптоматические	40 (83.3)
Бессимптомные	8 (16.7)
Ограничены паховой областью	36 (75.0)
Ограничены мошонкой	12 (25.0)
Чистые операции	46 (95.8)

Показатели эффективности в зависимости от места проживания представлены в Таблице 2. Большинство включенных пациентов перенесли операцию в больницах третьего уровня (32 из 48, что составляет 66,7%). Из всех включенных больниц большинство финансировались за счет государственных средств (2 из 2, что составляет

ISSN 2524 – 0684 e-ISSN 2524 – 0692

100%). Кроме того, обе больницы могли предоставлять экстренную хирургическую помощь круглосуточно.

Частота экстренных операций составила 8,3% (4 из 48 пациентов). В сельских районах частота экстренных операций была выше (2 из 12 пациентов, что составляет 16,7%) по сравнению с городскими районами (2 из 36 пациентов, что составляет 5,6%).

Частота резекции кишечника составила 2,1% (1 из 48 пациентов), и она происходила только в экстренных случаях.

Среднее время ожидания плановой операции составило 2,5 месяцев (95% доверительный интервал 1,2–3,2). Время ожидания было немного дольше в сельских районах (среднее 3,2 месяцев) по сравнению с городскими районами (среднее 4,0 месяцев). Основная причина задержек была связана с интервалом между появлением симптомов и постановкой диагноза, а не с ожиданием лечения.

Сетчатые импланты использовались во всех плановых операциях (44 из 44 плановых операций, что составляет 100%).

Частота дневных операций была низкой (14 из 48 пациентов, что составляет 29,2%). В городских районах частота дневных операций была выше (12 из 36 пациентов, что составляет 33,3%) по сравнению с сельскими районами (2 из 12 пациентов, что составляет 16,7%).

Послеоперационные осложнения возникли у 8 (16,7%) из 48 пациентов и были более частыми после экстренных операций (3 из 4 экстренных операций, что составляет 75,0%) и резекции кишечника (1 из 1 резекции кишечника, что составляет 100%).

Осложнения были менее частыми после дневных операций (2 из 14 дневных операций, что составляет 14,3%).

Таблица 2. Ключевые показатели эффективности.

Показатель	Всего (n=48)	Городские (n=36)	Сельские (n=12)
Частота экстренных операций	8,30%	5,60%	16,70%
Частота резекции кишечника	2,10%	0,00%	8,30%
Время ожидания (месяцы)	7,5 (6,8–8,2)	7,0 (6,2–7,8)	8,2 (7,5–9,1)
Частота использования сетки	100%	100%	100%
Частота дневных операций	29,20%	33,30%	16,70%
Послеоперационные осложнения	16,70%	11,10%	33,30%

Анализ осложнений по типу операций показал, что осложнения возникли у 5 (11,4%) из 44 плановых операций и у 3 (75,0%) из 4 экстренных операций. Анализ осложнений по дневным операциям показал, что осложнения возникли у 2 (14,3%) из 14 дневных операций и у 6 (20,0%) из 30 не дневных операций (Таблица 3).

Таблица 3. Частота осложнений по типу операции и статусу дневных операций.

Тип операции	Осложнения	Без осложнений	Всего
Плановая	5	39	44
Экстренная	3	1	4
Дневная	2	12	14

ISSN 2524 – 0684 e-ISSN 2524 – 0692

Недневная	6	24	30

Обсуждение. Элективная медицинская помощь играет критически важную роль в поддержании эффективного функционирования систем здравоохранения, снижая нагрузку на неотложную помощь и обеспечивая экономическую эффективность лечения [14].

Наше исследование, направленное на оценку доступности и качества плановой медицинской помощи в Казахстане на примере пластики паховой грыжи, выявило ряд значимых проблем, которые требуют дальнейшего внимания и улучшения.

Пластика паховой грыжи была выбрана как индикаторное состояние ввиду её распространённости и экономической эффективности лечения [15]. Согласно исследованию, частота экстренных операций по поводу паховой грыжи составила 8,3%, что значительно выше по сравнению с данными из других стран. Например, в исследовании, проведённом в Великобритании, частота экстренных операций составляла менее 2% [16]. Это может свидетельствовать о недостаточной доступности плановой помощи в Казахстане, что приводит к увеличению числа экстренных случаев и, как следствие, повышению риска послеоперационных осложнений.

Среднее время ожидания плановой операции составило 7,5 месяцев, что также является тревожным показателем. Временные задержки между появлением симптомов и получением лечения могут быть обусловлены несколькими факторами, включая недостаточную инфраструктуру, нехватку квалифицированного медицинского персонала и бюрократические препятствия [17]. В литературе описано, что длительное ожидание плановых операций связано с ухудшением клинических исходов и увеличением социально-экономических издержек [18].

Послеоперационные осложнения возникли у 16,7% пациентов, что также является высоким показателем. Исследования показывают, что своевременное выполнение плановых операций и использование современных методик, таких как сетчатые импланты, значительно снижают риск осложнений [19]. В нашем исследовании сетчатые импланты использовались во всех плановых операциях, что подтверждает их важность и эффективность. Тем не менее, частота осложнений после экстренных операций остаётся высокой, что требует разработки стратегий по улучшению доступности плановой помощи и снижению числа экстренных вмешательств [20].

Сравнивая данные нашего исследования с международными, можно отметить, что частота дневных операций в Казахстане составляет 29,2%, что ниже, чем в других странах. В Великобритании и США частота дневных операций по поводу паховой грыжи достигает 60-70% [21]. Это может быть связано с различиями в организационных структурах здравоохранения, доступностью ресурсов и практиками ведения пациентов [22]. Увеличение частоты дневных операций могло бы способствовать снижению нагрузки на стационары и улучшению показателей здоровья пациентов [22].

Одним из ключевых выводов нашего исследования является значительная разница в показателях между городскими и сельскими районами. В сельских районах частота экстренных операций и послеоперационных осложнений была выше, а время ожидания дольше по сравнению с городскими районами. Это подчёркивает необходимость улучшения медицинской инфраструктуры в сельских районах и повышения доступности квалифицированной медицинской помощи [23].

Таким образом, наше исследование выявило ряд проблем, связанных с доступностью и качеством плановой медицинской помощи в Казахстане. Высокая

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

частота экстренных операций, длительное время ожидания и высокий уровень послеоперационных осложнений указывают на необходимость системных изменений и улучшений. Будущие исследования должны быть направлены на разработку и внедрение стратегий, которые повысят доступность и качество плановой медицинской помощи, что в конечном итоге приведёт к улучшению здоровья населения и снижению экономических издержек.

Заключение. В данном исследовании проведена оценка доступности и качества плановой медицинской помощи в Казахстане на примере пластики паховой грыжи. Полученные результаты выявили ряд значительных проблем, таких как высокая частота экстренных операций, длительное время ожидания плановых вмешательств и высокий уровень послеоперационных осложнений. Эти данные подчёркивают необходимость улучшения организации и проведения выборных процедур для снижения нагрузки на неотложную помощь и повышения экономической эффективности лечения. Разработка стратегий по улучшению инфраструктуры здравоохранения, повышению доступности квалифицированного медицинского персонала и сокращению бюрократических барьеров является приоритетной задачей для улучшения показателей здоровья населения Казахстана.

Ограничения исследования: Несмотря на значимость полученных данных, наше исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, небольшое количество участников и ограниченное число участвующих больниц могут снижать обобщаемость результатов на всю страну. Во-вторых, данные были собраны в двух больницах, что может не полностью отражать разнообразие и вариабельность медицинской помощи в разных регионах Казахстана. В-третьих, исследование основывалось на рутинных анонимных данных, что ограничивало возможности для сбора более детальной информации о пациентах и их клиническом состоянии. Наконец, различия в организации и ведении медицинской помощи между городскими и сельскими районами требуют дальнейшего изучения для более глубокого понимания и разработки целевых стратегий улучшения. Будущие исследования с более широким охватом и более глубоким анализом данных помогут устранить эти ограничения и предоставить более точную картину состояния плановой медицинской помощи в Казахстане.

Конфликт интересов
Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.
Вклад авторов Разработка концепции – Б.К.Айтбеков, С.М.Жарменов. Исполнение - Б.К.Айтбеков, С.М.Жарменов, Б.Д.Танабаев. Обработка результатов - Б.К.Айтбеков, С.М.Жарменов, Б.Д.Танабаев, Н.Р. Рахметов интерпретация результатов - Б.Д.Танабаев, Н.Р. Рахметов, Т.С.Жораеав. Написание статьи - Б.К.Айтбеков, С.М.Жарменов, Б.Д.Танабаев, Н.Р. Рахметов, Т.С.Жораеав.
Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.
Финансирование: Отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Weissman C, Klein N. The importance of differentiating between elective and emergency postoperative critical care patients. Journal of critical care. 2008 Sep;23(3):308-16. doi: 10.1016/j.jcrc.2007.10.039.
2. Hatchimonji JS, Ma LW, Kaufman EJ, et al. Differences Between Center-level Outcomes in Emergency and Elective General Surgery. The Journal of surgical research. 2021 May;261:1-9. doi: 10.1016/j.jss.2020.11.086.

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

3. Diaz A, Sarac BA, Schoenbrunner AR, et al. Elective surgery in the time of COVID-19. American journal of surgery. 2020 Jun;219(6):900-902. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.014.
4. Feier CVI, Bardan R, Muntean C, et al. The consequences of the Covid-19 pandemic on elective surgery for colon cancer. Annali italiani di chirurgia. 2022;93:599-605.
5. Lockey SD, Nelson PC, Kessler MJ, et al. Approaching "Elective" Surgery in the Era of COVID-19. The Journal of hand surgery. 2021 Jan;46(1):60-64. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.09.006.
6. Jain S, Puranik A. General Surgery: Requirements, Rationale, and Robust Results. Surgery journal (New York, NY). 2022 Oct;8(4):e342-e346. doi: 10.1055/s-0042-1758659.
7. Enguidanos S, Ailshire J. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences. Journal of pain and symptom management. 2017 Jan;53(1):49-56. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.008.
8. Ramanan B, Maloley BJ, Fitzgibbons RJ, Jr. Inguinal hernia: follow or repair? Advances in surgery. 2014;48:1-11. doi: 10.1016/j.yasu.2014.05.017.
9. Holzheimer RG. Inguinal Hernia: classification, diagnosis and treatment--classic, traumatic and Sportsman's hernia. European journal of medical research. 2005 Mar 29;10(3):121-34.
10. Vacca VM, Jr. Inguinal hernia: A battle of the bulge. Nursing. 2017 Aug;47(8):28-35. doi: 10.1097/01.Nurse.0000521020.84767.54.
11. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery. 2009 Aug;13(4):343-403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7.
12. Sharma A, Chelawat P. Endo-laparoscopic inguinal hernia repair: What is its role? Asian journal of endoscopic surgery. 2017 May;10(2):111-118. doi: 10.1111/ases.12387.
13. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Annals of surgery. 2009 Aug;250(2):187-96. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2..
14. Zhuang T, Michaud JB, Shapiro LM, et al. Prevalence, Burden, and Sources of Out-of-Network Billing in Elective Hand Surgery: A National Claims Database Analysis. The Journal of hand surgery. 2022 Oct;47(10):934-943. doi: 10.1016/j.jhsa.2022.06.002.
15. Knyazeva P, Alesina PF, Stadelmeier P, et al. A simplified surgical technique for recurrent inguinal hernia repair following total extraperitoneal patch plastic. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery. 2017 Oct;21(5):799-801. doi: 10.1007/s10029-017-1629-4.
16. Mann DV, Prout J, Havranek E, et al. Late-onset deep prosthetic infection following mesh repair of inguinal hernia. American journal of surgery. 1998 Jul;176(1):12-4. doi: 10.1016/s0002-9610(98)00094-4.
17. CapoÄ Lu R, Tiryaki C, Kargi E, et al. IS SAME-DAY INGUINAL HERNIA SURGERY POSSIBLE? Int Surg. 2016 Mar 23. doi: 10.9738/intsurg-d-15-00216.1.
18. Bawazir OA. Delaying surgery for inguinal hernia in neonates: Is it worthwhile? Journal of Taibah University Medical Sciences. 2019 Aug;14(4):332-336. doi: 10.1016/j.jtumed.2019.06.003.
19. Leeds IL, Jones C, DiBrito SR, et al. Delay in emergency hernia surgery is associated with worse outcomes. Surgical endoscopy. 2020 Oct;34(10):4562-4573. doi: 10.1007/s00464-019-07245-4.
20. Ferrantella A, Sola JE, Parreco J, et al. Complications while awaiting elective inguinal hernia repair in infants: Not as common as you thought. Surgery. 2021 Jun;169(6):1480-1485. doi: 10.1016/j.surg.2020.12.016.

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

21. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. BJS open. 2023 Sep 5;7(5). doi: 10.1093/bjsopen/zrad080.
22. Steger U, Bisping M, Urban J, et al. [Day Surgery for Endoscopic Inguinal Hernia Repair]. Zentralblatt fur Chirurgie. 2019 Feb;144(1):26-31. doi: 10.1055/s-0043-123347.
23. Robbins R, Zuckerman R. Perioperative Support in the Rural Surgery World. The Surgical clinics of North America. 2020 Oct;100(5):893-900. doi: 10.1016/j.suc.2020.06.008.

Сведения об авторах

Айтбеков Б.К., докторант 2 года обучения Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ», dqa1234@bk.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-6241-0410.

Жарменов С.М., к.м.н., асс.профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ», newl091@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-8958-8307.

@Танабаев Б.Д., к.м.н., и.о. профессора, заведующий кафедрой морфофизиологии Южно-Казахстанской медицинской академии, baymakhan.tanabayev@mail.ru, https://orcid.org/ 0000-0002-0493-149X.

Рахметов Н.Р., д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова, umb1231as@gmail.com, https://orcid.org/ 0009-0000-9005-3664.

Жораев Т.С., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Казахстанско-Российского медицинского университета, kaz07w@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0009-1437-0620.

Авторлар туралы мәліметтер

Айтбеков Б.К., «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті 2 курс докторанты, dqa1234@bk.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-6241-0410.

Жарменов С.М., м.ғ.к., қауым.профессор, «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті хирургиялық аурулар кафедрасының меңгерушісі, newl091@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-8958-8307.

@Танабаев Б.Д., м.ғ.к., профессор м.а., Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы морфофизиология кафедрасының меңгерушісі, baymakhan.tanabayev@mail.ru, https://orcid.org/ 0000-0002-0493-149X.

Рахметов Н.Р., м.ғ.д., С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті хирургиялық аурулар №1 кафедрасының профессоры, umb1231as@gmail.com, https://orcid.org/ 0009-0000-9005-3664.

Жораев Т.С., м.ғ.к., Қазақстан-Ресей медицина университеті жалпы хирургия кафедрасының доценті, kaz07w@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0009-1437-0620.

Information about authors

Aitbekov B.K., doctoral student 2 years of study, Kazakhstan Medical University "KSPH", dqa1234@bk.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-6241-0410.

Zharmenov S.M., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases of the Kazakhstan Medical University "KSPH", newl091@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0006-8958-8307.

@Tanabayev B.D., Ph.D., Acting professor, Head of the department of morphophysiology, South Kazakhstan Medical Academy, baymakhan.tanabayev@mail.ru, https://orcid.org/ 0000-0002-0493-149X.

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

Rakhmetov N.R., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, umb1231as@gmail.com, https://orcid.org/ 0009-0000-9005 -3664.

Zhoraev T.S., Ph.D., Associate Professor, Department of General Surgery, Kazakh-Russian Medical University, kaz07w@mail.ru, https://orcid.org/ 0009-0009-1437-0620.

ҚАЗАҚСТАНДА ШАП ЖАРЫҒЫНА ПЛАСТИКА ЖАСАУ МЫСАЛЫ БОЙЫНША КЕЗЕКТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ МЕН САПАСЫН БАҒАЛАУ

Б.Қ. АЙТБЕКОВ [1], С.М. ЖӘРМЕНОВ [1], Б.Д. ТАНАБАЕВ [2], Н.Р. РАХМЕТОВ [3], Т.С. ЖОРАЕВ [4]

[1] «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан
[2] Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан
[3] С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан
[4] Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Кіріспе: Элективті медициналық күтім – жақсы деңгейде атқарылатын денсаулық сақтау жүйесінің негізі. Дегенмен, COVID-19 пандемиясы таңдаулы процедуралардың басымдылығы мен қолжетімділігін айтарлықтай төмендетіп, денсаулық сақтау жүйесіндегі жүктеменің артуына әкелді.

Мақсаты: Шап жарығына пластика жасау мысалында Қазақстандағы элективті медициналық көмектің қазіргі жағдайын бағалау.

Материалдар мен әдістер: Шап жарығына операция жасалған пациенттердің ұлттық көп орталықты перспективалық когорттық зерттеуі жүргізілді. Деректер 2023 жылдың 30 қаңтары мен 21 мамыры аралығында жиналды. Әдеттегі бар клиникалық көмек көрсету жолдарын өзгертпестен анонимді деректер жиналды. Негізгі нәтижелерге шұғыл хирургиялық араласулар, ішек резекциясының жылдамдығы, күту уақыттары, торлы имплантарды пайдалану, операцияның күндізгі жылдамдығы және операциядан кейінгі асқынулар кірді.

Нәтижелер: Зерттеуге Қазақстанның екі ауруханасынан 48 пациент қатысты. Шұғыл ота жасау көрсеткіші 8,3%, ішек резекциясы 2,1% құрады. Элективті операцияны күтудің орташа уақыты 7,5 айды құрады. Тор имплантаты барлық элективті операцияларда қолданылды. Күндізгі транзакция мөлшерлемесі 29,2%-ды құрады. Операциядан кейінгі асқынулар науқастардың 16,7% -ында болды және шұғыл операциялардан кейін жиі (75,0%) анықталды.

Қорытынды: Зерттеу Қазақстандағы элективті медициналық көмек қолжетімділік пен сапа бойынша елеулі қиындықтарға тап болатынын көрсетті. Шұғыл операциялардың және операциядан кейінгі асқынулардың жоғары жиілігі, сондай-ақ элективті операцияларды күтудің ұзақ уақыттары элективті процедураларды басқару мен жеткізуді жақсарту қажеттілігін көрсетеді. Алынған нәтижелер Қазақстанда элективті медициналық көмекті жақсарту стратегияларын әзірлеуге негіз бола алады.

Түйін сөздер: элективті медициналық көмек, шап жарығы, шап жарығының пластикасы, медициналық көмектің сапасы, медициналық көмектің қолжетімділігі.

ISSN 2524 – 0684 **e-ISSN 2524 – 0692**

ASSESSMENT OF AVAILABILITY AND QUALITY OF ROUTINE MEDICAL CARE IN KAZAKHSTAN USING THE EXAMPLE OF INGUINAL HERNIA REPAIR

B.K. AITBEKOV [1], S.M. ZHARMENOV [1], B.D. TANABAYEV [2],
N.R. RAKHMETOV [3], T.S. ZHORAEV [4]

[1] Kazakhstan Medical University "KSPH", Almaty, Kazakhstan
[2] South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan
[3] S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan
[4] Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Abstract

Introduction: Elective care is the foundation of well-functioning health systems. However, the COVID-19 pandemic has caused a significant decline in the prioritization and availability of elective procedures, resulting in increased stress on healthcare systems.

Aim: To assess the current state of elective medical care in Kazakhstan using the example of inguinal hernia repair.

Materials and methods: A national multicenter prospective cohort study of patients undergoing inguinal hernia surgery was conducted. Data was collected between January 30 and May 21, 2023. Routine anonymous data were collected without altering existing clinical care pathways. Key outcomes included emergency surgery rates, bowel resection rates, waiting times, mesh implant use, day surgery rates, and postoperative complications.

Results: The study involved 48 patients from two hospitals in Kazakhstan. The emergency surgery rate was 8.3%, and the bowel resection rate was 2.1%. The average wait time for elective surgery was 7.5 months. Mesh implants were used in all elective surgeries. The daytime transaction rate was low at 29.2%. Postoperative complications occurred in 16.7% of patients and were more common after emergency operations (75.0%).

Conclusion: The study showed that elective health care in Kazakhstan faces significant challenges in accessibility and quality. The high incidence of emergency surgeries and postoperative complications, as well as long wait times for elective surgeries, indicate the need for improved management and delivery of elective procedures. The results obtained can serve as a basis for developing strategies to improve elective medical care in Kazakhstan.

Key words: elective medical care, inguinal hernia, inguinal hernia repair, quality of medical care, accessibility of medical care.