

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

УДК 614.34-002:616-085: 615.246

DOI 10.59598/ME-2305-6045-2024-110-1-61-69

Д. А. Кайбуллаева<sup>1\*</sup>, М. О. Пашимов<sup>1</sup>, З. Х. Агзамова<sup>1</sup>, А. С. Танабаева<sup>1</sup>, А. Е. Уалиева<sup>2</sup>, Л. М. Есбатырова<sup>3</sup>, Б. Л. Татибеков<sup>4</sup>, А. Б. Кумар<sup>5</sup>, А. Н. Наурызбаева<sup>6</sup>

## ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА В ТРЕТИЧНОМ ЦЕНТРЕ

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, (Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Айтеке би 120, e-mail: priem-dir@ncvb.kz)

<sup>2</sup>Кафедра эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины факультета медицины и здравоохранения, Казахский национальный университет им. аль-Фараби (Республика Казахстан, г. Алматы, проспект аль-Фараби, 71, e-mail: a\_ualiyeva@mail.ru)

<sup>3</sup>Департамент оценки технологий здравоохранения и лекарственной политики, Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой (Республика Казахстан, г. Астана, ул. Мангилик ел, 20, e-mail: yesbatyrova.l@gmail.com)

<sup>4</sup>Центр экономических, социальных и бизнес исследований SDU (Республика Казахстан, Алматинская область, Карасайский район, г. Каскелен, ул. Абылай хана 1/1, e-mail: bolat.tatibekov@sdu.edu.kz)

<sup>5</sup>Кафедра политики и управления здравоохранением Казахского национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова (Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Толе би 94, e-mail: a.kumar@kaznmu.kz)

<sup>6</sup>Городская многопрофильная больница №1 г. (Республика Казахстан, Астана, ул. Р. Кошкарбаева, 66, e-mail: ann86@mail.ru)

**\*Джамиля Ахтановна Кайбуллаева** – Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Айтеке би 120; e-mail: kaibullaev@mail.ru

*Цель работы.* Изучение показателей качества оказываемой помощи в сравнительном аспекте на первичном звене и специализированном уровне.

*Материалы и методы.* Ретроспективный анализ амбулаторных и стационарных пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, находившихся под наблюдением в третичном центре. Анализируемые индикаторы качества: время до начала терапии в дебюте заболевания; надлежащее использование стероидов; мониторинг безопасности иммунобиологической (терапии и другие).

*Результаты и обсуждение.* Преобладающее большинство пациентов наблюдались в первичном звене (75,2% с болезнью Крона и 53,6% с язвенным колитом соответственно;  $p < 0,021$ , нежели у гастроэнтерологов, специализирующихся на воспалительных заболеваниях кишечника (24,8% и 46,4% соответственно,  $p < 0,021$ ). Первичная диагностика болезни Крона чаще связана с первой экстренной госпитализацией (59,4%;  $p < 0,012$ ), как и назначение терапии (58,8%;  $p < 0,002$ ), или хирургического вмешательства (36,2%;  $p < 0,002$ ). При болезни Крона чаще назначаются стероиды более 2 курсов (27,9%;  $p < 0,030$ ). Пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника скрининг перед иммуносупрессивной терапией на туберкулез проводится в 68,6% случаев, на вирусные гепатиты – 83,5% случаев; *S. difficile* и цитомегаловирус – лишь у трети пациентов (28,2%;  $p < 0,046$  и 38,3%;  $p < 0,024$  соответственно). Специалисты по воспалительным заболеваниям кишечника чаще направляют на первичное эндоскопическое обследование (82,3%) в сравнении со специалистами звена первичной медико-социальной помощи (52,4%,  $p < 0,001$ ), а также рекомендуют регулярный (эндоскопический) скрининг на дисплазию – 62,9%, в сравнении с 20,6% случаев рекомендаций врачей первичного звена.

*Выводы.* Учитывая сложный характер патологии, пожизненное инвалидизирующее течение, необходимо расширять доступ к специализированной помощи, повышать осведомленность специалистов первичного звена о мерах ранней диагностики, патогенетической терапии, направленной на предупреждение осложнений.

*Ключевые слова:* воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, индикаторы качества, мониторинг качества, мониторинг

## ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – группа хронических рецидивирующих желудочно-кишечных заболеваний, двумя основными формами которых являются болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). ВЗК можно диагностировать в любом возрасте, но чаще всего в возрасте от 15 до 29 лет. Симптомы могут быть серьезными и изнурительными и могут оказывать пожизненное воздействие на физическое, эмоциональное и социальное благополучие людей, особенно молодых людей и других уязвимых групп населения. Пожизненное лечение, характерное для ВЗК, риск инвалидизации и летального исхода, высокое медико-экономическое бремя – составляющие компоненты социально-значимой патологии [6, 13].

Оптимальный контроль за течением заболевания часто зависит от уровня информированности населения и специалистов первичного звена оказания медицинской помощи, доступа к специализированной диагностике и соответствующей терапии, наличия локальных стандартов оказания помощи, опыта некоммерческих организаций, от которых люди зависят в плане междисциплинарной поддержки, информации и ресурсов [6].

Согласно Стандарту организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан [2]. На уровне амбулаторного звена – первичная медико-санитарная медицинская помощь (ПМСП) пациенты могут пройти рутинную диагностику, а также в поликлиниках по месту жительства происходит обеспечение пациентов препаратами из списка Амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) [3]. Однако, учитывая сложность уточнения диагноза, высокий риск осложнений при инвазивных вмешательствах, а также в случае необходимости назначения продвинутой (иммуносупрессивной и биологической терапии) необходимо направление в специализированные (третичные) центры, локализованные при многопрофильных стационарах или к специалистам ВЗК в регионах.

Индикаторы качества при ВЗК. Необходимо отметить, что по данным литературы комплексная оценка качества медицинской помощи, предоставляемой центрами ВЗК считается недостаточной [8].

Международная группа экспертов по ВЗК разработала минимальный набор результатов, которые можно использовать для стандартизации качества медицинского обслуживания пациентов с ВЗК [10]. Этот набор включает в себя множество областей, включая выживаемость и контроль заболеваний, сестринский уход, использование медицинских услуг и результаты, сообщаемые

пациентами, измеренные на исходном уровне и через 6- или 12-месячные интервалы [4, 9, 12]. Кроме того, на основании соблюдения основных показателей и не менее 50% вторичных показателей возможно выделение центров лучших практик «excellence center» для оказания помощи категории сложных пациентов, обучения врачей и проведения клинических исследований [10].

**Цель работы** – изучение показателей качества оказываемой помощи в сравнительном аспекте на первичном звене, а также на специализированном уровне третичного центра.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен ретроспективный анализ данных медицинских карт амбулаторных и стационарных пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, находившихся под наблюдением в Научно-исследовательском институте кардиологии и внутренних болезней (третичный уровень оказания помощи) (НИИКВБ).

Рассматриваемые индикаторы: время до рекомендации лечения после диагностики; надлежащее использование стероидов; мониторинг назначенной продвинутой (иммунобиологической) терапии и другие [8].

Данные были собраны в базе MS Excel, всего было собрано 190 наблюдений. Качественные данные представлены при помощи абсолютных частот и процентов, а количественные данные описывались медианой и межквартильным размахом. Для анализа качественных данных применялся критерий хи-квадрат, при необходимости с поправкой на правдоподобие. Количественные данные сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми результаты принимались при уровне  $p < 0,05$ . Статистический анализ проводился в программе IBM SPSS Statistics (version 19).

Одобрение локальной этической комиссии Университета SDU было получено 28.02.2024, протокол №10.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обширный поиск литературы был выполнен на Pubmed и других базах данных. Поисковые запросы содержали «воспалительное заболевание кишечника», «индикаторы качества помощи», «доступность помощи». Показатели качества оказываемой помощи, применяемые в международной практике, были проанализированы и на их основе собраны данные 190 пациентов, получивших стационарное и амбулаторное лечение в третичном центре НИИКВБ (г. Алматы) в 2023 г.

Социально-демографические показатели. В целом, демографические показатели пациентов сопоставимы с мировыми данными: рас-

## Организация и экономика здравоохранения



Рисунок 1 – Время с момента постановки диагноза (г.)



Рисунок 2 – Количество госпитализаций в год при ВЗК

пределение по полу было следующим: 87 мужчин (45,8%), из них с БК – 29, с ЯК – 58; женщин 104 (54,2%), из них с БК – 40, с ЯК – 63 пациентки. Средний возраст составил 39 лет в группе пациентов с БК и 39,5 лет при ЯК. Среднее образование и выше имели 60% пациентов. Однако несмотря на то, что пациенты были активного трудоспособного возраста, занятыми была лишь половина (54,2%), в то время как временно не работали, в том числе, по болезни 16,3%, безработными считали себя 29,5%. В-основном, учитывая региональность, пациенты с ВЗК прибывали в центр из г. Алматы (54,2%) и Алматинской области (24,2%). Реже диагностику и лечение получали пациенты из других регионов РК – Костанайской области

(5,3%), Карагандинской области (4,7%), Мангистауской области (2,6%), Южно-Казахстанской и Абайской областей (по 2,1%) и др.

Превалирующее большинство пациентов как с язвенным колитом, так и с болезнью Крона на момент первичной диагностики заболевания чаще наблюдались у общих гастроэнтерологов или врачей первичного звена, нежели у гастроэнтерологов, специализирующихся на ВЗК: 67,4% и 32,6% соответственно, ( $p = 0,021$ ). Трети пациентов диагноз выставлен первично в нашем центре (36%). Время от момента первичной диагностики представлено на рисунке 1. Более половины наших пациентов имели непродолжительный стаж заболевания: менее 1 года – 18,5%,

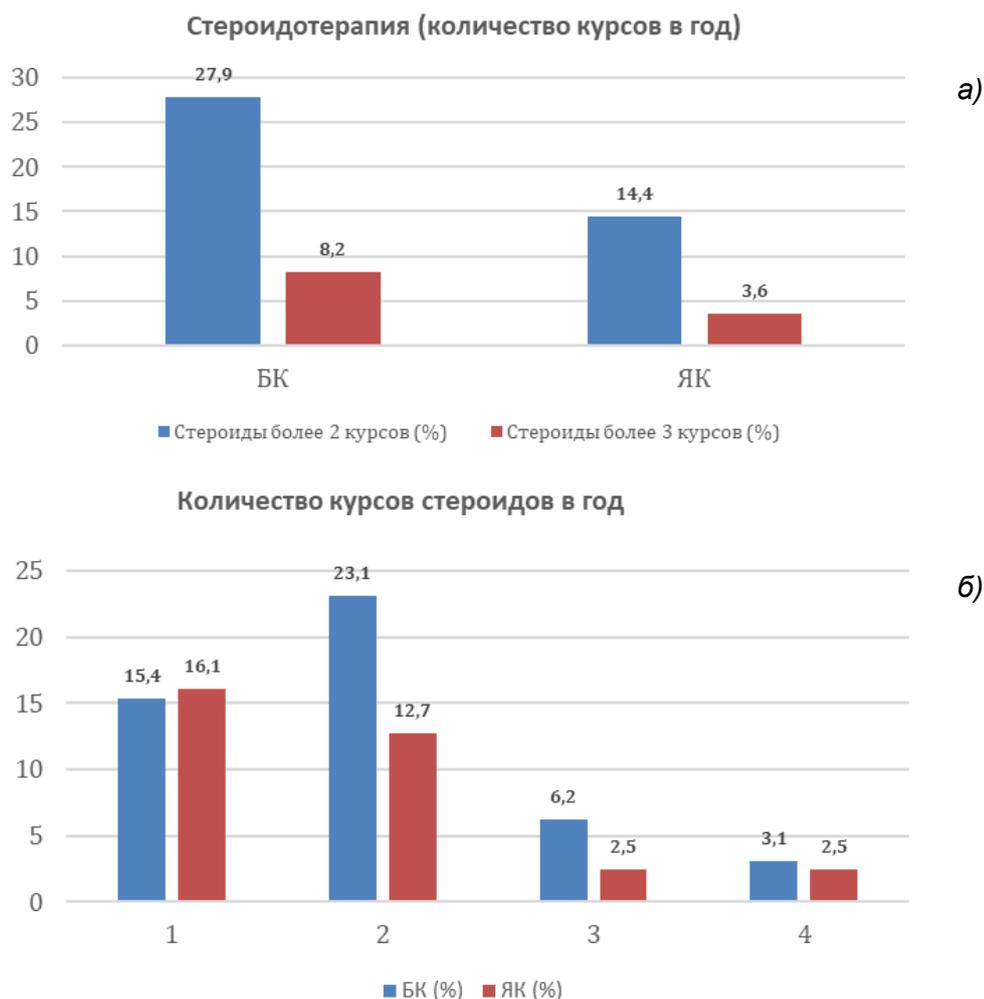


Рисунок 3 – Количество применяемых курсов системных стероидов в год: более 2-3 курсов в год (а), количество курсов (б)

1-2 года – 26,5%, 2-5 лет – 20,6% пациентов. Несомненно, такой рост заболеваемости может быть связан с COVID-19-ассоциированными факторами, улучшением диагностики ВЗК, а также, в-целом, ростом ВЗК в РК [1,14].

Дебют заболевания, связанный с экстренной госпитализацией и последующей постановкой диагноза достоверно чаще отмечен при болезни Крона: 59,4%, чем при ЯК – 37,5%,  $p < 0,012$ . Впервые рекомендованное в стационаре лечение по ВЗК отметили 58,8% пациентов с БК и 35,8% пациентов с ЯК,  $p < 0,002$ . Пациенты с БК достоверно чаще имели в анамнезе хирургическое вмешательство (36,2% в сравнении с 16,7% пациентов с ЯК,  $p < 0,002$ ). Безстероидная ремиссия является одним из наиболее важных критериев ответа на терапию, однако примерно в трети случаев (27,9%) при БК пациенты получали более 2 курсов системных стероидов в год ( $p < 0,030$ ).

Количество госпитализаций в год (при наличии обострений): половина всех пациентов с ВЗК, хотя бы 1 раз в год госпитализируются в стационар (БК 48,5%, ЯК 50%); две госпитализации в год отметили 25% пациентов с БК и 17,5% пациентов с ЯК; 8,3% пациентов с ЯК госпитализируются 3 раза в год, 2,9% пациентов с БК – 4 раза в год ( $p = 0,034$ ), рисунок 2.

Опыт абдоминальной хирургии имели почти четверть пациентов с ВЗК: 36,2% пациентов с БК и 16,7% пациентов с ЯК ( $p = 0,002$ ).

Анализ назначения стероидов за год показала следующее: треть пациентов (27,9%) с БК и 14,4% пациентов с ЯК получали более 2 курсов стероидов в год. Более того, части пациентам назначено более 3 курсов системных стероидов в год (рисунок 3а, б). Необходимо отметить, что достоверно чаще стероиды были назначены общими гастроэнтерологами в сравнении со специалистами ВЗК ( $p = 0,009$ ).

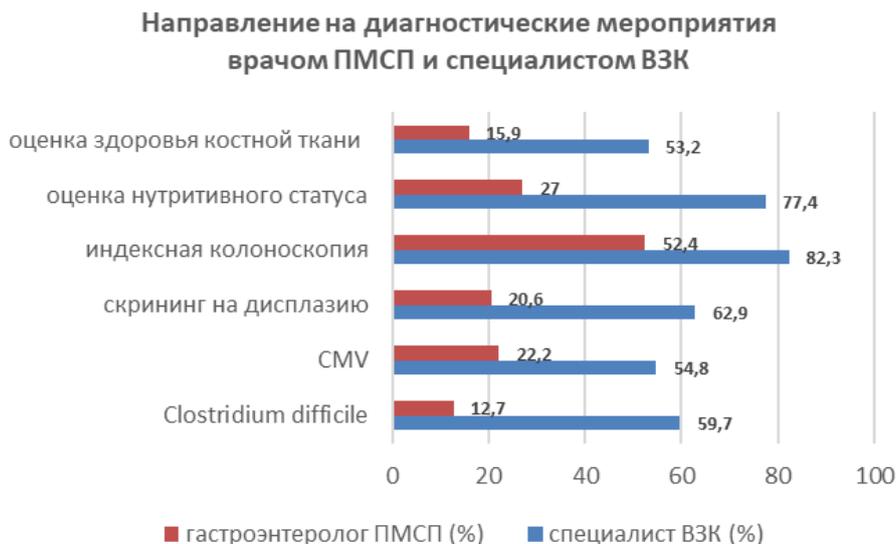


Рисунок 4 – Частота направления на некоторые диагностические процедуры врачом гастроэнтерологом ПМСП и специалистом ВЗК

Также проанализированы индикаторы, связанные с мониторингом безопасности иммунологической терапии. Несмотря на наличие общепринятых критериев качества, приведенных выше, ввиду региональных отличий, для Казахстана особенно важно пациентам на иммуносупрессивной терапии проводить тщательный скрининг и последующий мониторинг оппортунистических инфекций. Однако, скрининг на туберкулез проводится в 68,6% случаев ВЗК, тестирование на вирусные гепатиты - 83,5% случаев. На диагностику оппортунистических инфекций *C. difficile* и ЦМВ были направлены треть пациентов с ВЗК (28,2%,  $p < 0,046$  и 38,3%,  $p < 0,024$  соответственно). Также нами проанализированы осторожность и подходы к тестированию в зависимости от типа наблюдающего врача. Согласно полученным данным, врачи первичного звена достоверно реже (при наличии показаний) направляют на скрининг цитомегаловирусного колита и клостридиальной инфекции (22,2% и 12,7% соответственно) в сравнении с врачами, вовлеченными в менеджмент ВЗК (54,8% и 59,7%,  $p < 0,001$ ).

Следующий проанализированный немаловажный критерий – эндоскопическое обследование в соответствии с международными подходами [7]. Индексная (первичная) эндоскопия выполнена в надлежащем порядке у 69,1% пациентов с БК и 58,3% пациентов с ЯК; но специалисты ВЗК достоверно чаще рекомендуют первичное обследование (82,3%) в сравнении со специалистами ПМСП (52,4%;  $p < 0,001$ ). Регулярный (эндоскопический) скрининг на дисплазию с учетом факторов риска выполнялся лишь в 41,2% при БК и 30,8%

при ЯК; рекомендация была дана в 62,9% случаев специалистами ВЗК и 20,6% случаев врачами первичного звена.

Немаловажным фактором, влияющим на улучшение клинических исходов, является оценка (и соответствующая коррекция) нутритивного статуса. При наличии показаний диагностика выполнена (рекомендована) при БК в 52,9% случаев, при ЯК 38,3% ( $p = 0,047$ ); при этом, специалисты ВЗК чаще рекомендовали скрининг (в 77,4%, в сравнении с 27,0% рекомендациями с первичного звена ( $p < 0,001$ )). Оценка здоровья костной ткани выполнена в 32,4% и 25,8% при БК и ЯК соответственно; специалисты ВЗК при этом рекомендовали обследование в 53,2% случаев, врачи ПМСП – в 15,9% случаев ( $p < 0,001$ ).

## ВЫВОДЫ

Учитывая сложный характер патологии, пожизненное инвалидизирующее течение, необходимо расширять доступ к специализированной помощи, повышать осведомленность специалистов первичного звена о мерах ранней диагностики, патогенетической терапии, направленной на предупреждение осложнений. В соответствии с Стандартом гастроэнтерологической помощи, обязательным является направление пациента при первичной диагностике ВЗК на специализированный уровень. Поскольку своевременная (адекватная) диагностика с терапией, направленной на снижение риска осложнений (стероидозависимость, хирургические осложнения), нагрузки на стационары, а также предотвращение оппортунистических инфекций и последствий, связанных с недостаточной коррекцией нутритивных нарушений и коло-

ректального рака. Необходимо приложить усилия для улучшения информированности специалистов первичного звена о первых симптомах и алгоритмах менеджмента пациента с ВЗК; а также повышение компетенций врачей гастроэнтерологов, работающих на втором и третьем уровнях оказания медицинской помощи.

### **Вклад авторов:**

Д. А. Кайбуллаева, М. О. Пашимов, Б. Л. Татибеков, А. Б. Кумар – концепция и дизайн исследования.

Д. А. Кайбуллаева, З. Х. Агзамова, А. Н. Наурызбаева – сбор и обработка материала.

А. Е. Уалиева – статистическая обработка.

Д. А. Кайбуллаева, Л. М. Есбатырова – написание текста.

А. С. Танабаева – редактирование.

**Конфликт интересов.** Конфликт интересов не заявлен.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1 Влияние COVID-19 на воспалительные заболевания кишечника: течение и исходы / А. С. Танабаева, И. В. Губонина, В. Б. Гриневиц и др. //Наука и Здравоохранение. – 2022. – №4 (24). – С. 12-18. doi 10.34689/SH.2022.24.4.002.

2 Приказ и. о. МЗ РК от 29 марта 2023 года № 48. Зарегистрирован в МЮ РК 31 марта 2023 года № 32185 //https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032185 (дата обращения: 12.01.2024 г.).

3 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 75. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 августа 2021 года №23885 //https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023885 (дата обращения: 12.01.2024 г.).

4 28 quality of care initiative improves outcomes for patients with inflammatory bowel disease / G. Melmed, B. Oliver, J. Houet al. //Gastroenterology. – 2020. – V. 158. – S88.

5 Chen Y. Core indicators of an evaluation and guidance system for quality of care in inflammatory bowel disease centers: A critical review /Y. Chen, J. Shen //eClinicalMedicine. – 2022. – V. 46. – 101382.

6 Codesign and implementation of an equity-promoting national health literacy programme for people living with inflammatory bowel disease (IBD): a protocol for the application of the Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process /M. Hawkins, W. Massuger, C. Cheng et al. //BMJ. – 2021. – V. 11. – e045059. doi:10.1136/bmjopen-2020-04505.

7 Daperno M. Endoscopy in IBD: When and How? //Diagnostics. – 2023. – V. 13 (22). – 3423.

8 Harmonization of quality of care in an IBD center impacts disease outcomes: Importance of structure, process indicators and rapid access clinic /

Ye. J. Reinglas, S. Restellini, L. Gonczi et al //Digestive and Liver Disease. – 2019. – V. 51. – P. 340-345.

9 Inflammatory Bowel Disease data collection reference guide. Version 1.0.1 /A. Kim, S. Vermeire, P. Kotze et al. – Oxford: Academic Health Science Network, 2017. – 315 p.

10 Quality of Care' Standards in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review /G. Fiorino, M. Allocca, M. Chaparro et al. //Journal of Crohn's and Colitis. – 2019. – V. 13. – P. 127-137.

11 Quraishi M. N. Establishing key performance indicators for inflammatory bowel disease in the UK /M. N. Quraishi, E. Dobson, R. Ainley //Frontline Gastroenterology. – 2023. – V. 14. – P. 407-414.

12 Sustained Improvement in Inflammatory Bowel Disease Quality Measures Using an Electronic Health Record Intervention /A. Bensinger, F. Wilson, P. Green et al. //Appl. Clin. Inform. – 2019. – V. 10 (5). – P. 918-926.

13 The 2023 impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: access to and models of care / H. Mathias, N. Rohatinsky, S. K. Murthy et al. //Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. – 2023. – V. 6. – P. 111-121.

14 Trends in IBD incidence and prevalence across epidemiologic stages: a global systemic review with meta-analysis /J. Gorospe, J. Windsor, L. Hracz et al. //Gastroenterology. – 2024. – V. 166. – P. 56-57.

### **TRANSLITERATION**

1 Vlijanie COVID-19 na vospalitel'nye zabojevanija kishechnika: techenie i ishody /A. S. Tanabaeva, I. V. Gubonina, V. B. Grinevich i dr. // Nauka i Zdravooxranenie. – 2022. – №4 (24). – S. 12-18. doi 10.34689/SH.2022.24.4.002.

2 Prikaz i. o. MZ RK ot 29 marta 2023 goda № 48. Zaregistririvan v MJu RK 31 marta 2023 goda № 32185 //https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032185 (data obrashhenija: 12.01.2024 g.).

3 Prikaz Ministra zdravooxranenija Respubliki Kazahstan ot 5 avgusta 2021 goda № ҚР ДСМ - 75. Zaregistririvan v Ministerstve justicii Respubliki Kazahstan 6 avgusta 2021 goda №23885 // https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023885 (data obrashhenija: 12.01.2024 g.).

4 28 quality of care initiative improves outcomes for patients with inflammatory bowel disease / G. Melmed, B. Oliver, J. Houet al. //Gastroenterology. – 2020. – V. 158. – S88.

5 Chen Y. Core indicators of an evaluation and guidance system for quality of care in inflammatory bowel disease centers: A critical review /Y. Chen, J. Shen //eClinicalMedicine. – 2022. – V. 46. – 101382.

6 Codesign and implementation of an equity-promoting national health literacy programme for

people living with inflammatory bowel disease (IBD): a protocol for the application of the Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process /M. Hawkins, W. Massuger, C. Cheng et al. //BMJ. – 2021. – V. 11. – e045059. doi:10.1136/bmjopen-2020-04505.

7 Daperno M. Endoscopy in IBD: When and How? //Diagnostics. – 2023. – V. 13 (22). – 3423.

8 Harmonization of quality of care in an IBD center impacts disease outcomes: Importance of structure, process indicators and rapid access clinic /Ye. J. Reinglas, S. Restellini, L. Gonczi et al //Digestive and Liver Disease. – 2019. – V. 51. – P. 340-345.

9 Inflammatory Bowel Disease data collection reference guide. Version 1.0.1 /A. Kim, S. Vermeire, P. Kotze et al. – Oxford: Academic Health Science Network, 2017. – 315 p.

10 Quality of Care' Standards in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review /G. Fiorino, M. Allocca, M. Chaparro et al. //Journal of Crohn's and Colitis. – 2019. – V. 13. – P. 127-137.

11 Quraishi M. N. Establishing key performance indicators for inflammatory bowel disease in the UK /M. N. Quraishi, E. Dobson, R. Ainley //Frontline Gastroenterology. – 2023. – V. 14. – P. 407-414.

12 Sustained Improvement in Inflammatory Bowel Disease Quality Measures Using an Electronic Health Record Intervention /A. Bensinger, F. Wilson, P. Green et al. //Appl. Clin. Inform. – 2019. – V. 10 (5). – P. 918-926.

13 The 2023 impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: access to and models of care /H. Mathias, N. Rohatinsky, S. K. Murthy et al. //Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. – 2023. – V. 6. – P. 111-121.

14 Trends in IBD incidence and prevalence across epidemiologic stages: a global systemic review with meta-analysis /J. Gorospe, J. Windsor, L. Hracz et al. //Gastroenterology. – 2024. – V. 166. – P. 56-57.

Поступила 12.01.2024 г.

J. A. Kaibullayeva<sup>1\*</sup>, M. O. Pashimov<sup>1</sup>, Z. H. Agzamova<sup>1</sup>, A. S. Tanabaeva<sup>1</sup>, A. E. Ualiyeva<sup>2</sup>, L. M. Yesbatyrova<sup>3</sup>, B. L. Tatibekov<sup>4</sup>, A. B. Kumar<sup>5</sup>, A. N. Nauryzbayeva<sup>6</sup>

### INDICATORS OF THE QUALITY OF CARE FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN THE TERTIARY CENTER

<sup>1</sup>Scientific Research Institute of Cardiology and Internal Diseases (120 Aiteke bi str., Almaty, Republic of Kazakhstan, e-mail: priem-dir@ncvb.kz)

<sup>2</sup>Department of Epidemiology, Biostatistics and Evidence-Based Medicine of the Faculty of Medicine and Public Health, Al-Farabi Kazakh National University (Republic of Kazakhstan, Almaty, 71 Al-Farabi Avenue, e-mail: a\_ualiyeva@mail.ru)

<sup>3</sup>Department of Health Technology Assessment and Drug Policy, National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova (Republic of Kazakhstan, Astana, Mangilik el str., 20, e-mail: yesbatyrova.l@gmail.com)

<sup>4</sup>SDU Center for Economic, Social and Business Research (Republic of Kazakhstan, Almaty region, Karasai district, Kaskelen, 1/1 Abylai Khan str., e-mail: bolat.tatibekov@sdu.edu.kz)

<sup>5</sup>Department of Health Policy and Management of Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarova (Republic of Kazakhstan, Almaty, 94 Tole bi str., e-mail: a.kumar@kaznmu.kz)

<sup>6</sup>City Multidisciplinary Hospital No. 1 (Republic of Kazakhstan, Astana, 66 R. Koshkarbayeva str., e-mail: ann86@mail.ru)

\***Jamilya Akhtanovna Kaibullayeva** – Scientific Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, 120 Aiteke bi str., Almaty, Republic of Kazakhstan; e-mail: kaibullaev@mail.ru

*The aim of the study.* There was a study of indicators of the quality of care provided in a comparative aspect at the primary level, as well as at the specialized level of the tertiary center.

*Materials and methods.* Retrospective analysis of outpatients and inpatients with IBD followed at a tertiary center. Analyzed quality indicators: time to start therapy at the onset of the disease; proper use of steroids; monitoring the safety of immunobiological therapy and others.

*Results and discussion.* The prevailing majority of patients were observed in general gastroenterologists (75.2% with Crohn's disease and 53.6% with ulcerative colitis, respectively,  $p < 0.021$ ), than in gastroenterologists specializing in IBD (24.8% and 46.4%, respectively,  $p < 0.021$ ). Patients with Crohn's disease were significantly more often diagnosed after the first emergency hospitalization (59.4%,  $p < 0.012$ ), first-time inpatient therapy was prescribed (58.8%,  $p < 0.002$ ), surgical intervention was more often required (36.2%  $p < 0.002$ ), as well as

## Организация и экономика здравоохранения

---

more than 2 courses of steroids (27.9%,  $p < 0.030$ ). Before the appointment of immunosuppressive therapy, tuberculosis screening is carried out in 68.6% of cases of IBD, testing for viral hepatitis - 83.5% of cases; *C. Difficile* and CMV, if indicated, were excluded only in a third of patients with IBD (28.2%,  $p < 0.046$  and 38.3%,  $p < 0.024$ , respectively). IBD specialists are more likely to be referred for primary endoscopic examination (82.3%) in comparison with PHC specialists (52.4%,  $p < 0.001$ ). Regular (endoscopic) screening for dysplasia, taking into account risk factors, was performed only in 41.2% in CD and 30.8% in UC; the recommendation was given in 62.9% of cases by IBD specialists and 20.6% of cases by primary care physicians

**Conclusions.** Given the complex nature of the pathology, the lifelong disabling course, it is necessary to expand access to specialized care, raise awareness of primary care specialists about early diagnosis measures, pathogenetic therapy aimed at preventing complications.

**Key words:** inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality indicators, quality monitoring; monitoring

Д. А. Кайбуллаева<sup>1\*</sup>, М. О. Пашимов<sup>1</sup>, З. Х. Агзамова<sup>1</sup>, А. С. Танабаева<sup>1</sup>, А. Е. Уалиева<sup>2</sup>, Л. М. Есбатырова<sup>3</sup>, Б. Л. Татибеков<sup>4</sup>, А. Б. Кумар<sup>5</sup>, А. Н. Наурызбаева<sup>6</sup>

### ҮШІНШІЛІК ОРТАЛЫҚТА ІШЕКТІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ КӨМЕК КӨРСЕТУ САПАСЫНЫҢ ИНДИКАТОРЛАРЫ

<sup>1</sup>Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты (Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Әйтеке би к.120, e-mail: priem-dir@ncvb.kz)

<sup>2</sup>Медицина және денсаулық сақтау факультетінің эпидемиология, биостатистика және дәлелді медицина кафедрасы, әл-Фараби ат. Қазақ ұлттық университеті (Қазақстан Республикасы, Алматы қ., әл-Фараби даңғылы, 71, e-mail: a\_ualiyeva@mail.ru)

<sup>3</sup>Денсаулық сақтау технологияларын және дәрілік саясатты бағалау департаменті, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы (Қазақстан Республикасы, Астана қ., Мәңгілік ел к., 20, e-mail: yesbatyrova.l@gmail.com)

<sup>4</sup>SDU Экономикалық, әлеуметтік және бизнес зерттеу орталығы (Қазақстан Республикасы, Алматы облысы, Қарасай ауданы, Қаскелең қ., Абылай хан к. 1/1, e-mail: bolat.tatibekov@sdu.edu.kz)

<sup>5</sup>Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті (Қазақстан Республикасы, Алматы, Төле би к. 94, e-mail: a.kumar@kaznmu.kz)

<sup>6</sup>№1 Қалалық көпсалалы аурухана (Қазақстан Республикасы, Астана қ., Р.Қошқарбаев к., 66, e-mail: a\_nn86@mail.ru)

---

\***Джамиля Ахтановна Кайбуллаева** – Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, (Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Әйтеке би к. 120, e-mail: kaibullaev@mail.ru)

---

**Зерттеудің мақсаты:** көрсетілетін көмек сапасының көрсеткіштерін салыстырмалы аспектіде бастапқы буында, сондай-ақ үшіншілік орталықтың мамандандырылған деңгейінде зерделеу болды.

**Материалдар мен әдістер.** Үшінші сатыдағы орталықта ЖИА бар амбулаториялық және стационарлық науқастарға ретроспективті талдау жүргізілді. Қарастырылып отырған индикаторлар: диагностикадан кейін емдеу ұсынымына дейінгі уақыт; стероидтарды дұрыс пайдалану; тағайындалған озық (иммунобиологиялық) терапияны бақылау және тағы басқалары.

**Нәтижелер және талқылау.** Пациенттердің басым көпшілігі жалпы гастроэнтерологтарда байқалды (сәйкесінше Крон ауруы бар 75,2% және ойық жаралы колитпен 53,6%, ІҚА маманданған гастроэнтерологтарға қарағанда  $p < 0,021$  (сәйкесінше 24,8% және 46,4%,  $p < 0,021$ ). Крон ауруымен ауыратын науқастарға алғашқы шұғыл госпитализациядан кейін диагноз қою ықтималдығы жоғары болды (59,4%,  $p < 0,012$ ), стационарда алғаш рет терапия тағайындалды (58,8%,  $p < 0,002$ ), хирургиялық араласу жиі қажет болды (36,2%  $p < 0,002$ ), сондай-ақ 2-астам стероидтар курсы (27,9%,  $p < 0,030$ ). Иммуносупрессивті терапияны тағайындау алдында туберкулезге скрининг ІҚА жағдайларының 68,6% - жүргізіледі, вирустық гепатиттерге тестілеу-жағдайлардың 83,5% ; *S. difficile* және ЦМВ көрсеткіштері болған кезде ІҚА бар пациенттердің үштен бірінде ғана алынып тасталды (тиісінше 28,2%,  $p < 0,046$  және 38,3%,  $p < 0,024$ ). ІҚА мамандары МСАК мамандарымен салыстырғанда бастапқы эндоскопиялық тексеруге (82,3%) жиі жібереді (52,4%,  $p < 0,001$ ). Тәуекел факторларын ескере отырып, дисплазияға тұрақты (эндоскопи-

## Организация и экономика здравоохранения

---

ялық) скрининг тек КА кезінде 41,2% және ОЖК кезінде 30,8% орындалды; ІҚА мамандары жағдайдың 62,9%-да және бастапқы звено дәрігерлері жағдайдың 20,6%-да ұсынымдарын берді.

*Қорытындылар.* Патологияның күрделі сипатын, өмір бойғы мүгедектік ағымын ескере отырып, мамандандырылған көмекке қолжетімділікті кеңейту, асқынулардың алдын алуға бағытталған ерте диагностика, патогенетикалық терапия шаралары туралы бастапқы звено мамандарының хабардарлығын арттыру қажет.

*Кілт сөздер:* ішектің қабыну аурулары, Крон ауруы, ойық жаралы колит, сапа көрсеткіштері, сапа мониторингі, мониторинг