

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Цифри, що говорять та мовчать: роздуми про ХОЗЛ, які базуються на статистичному аналізі

Статистика була, є і, мабуть, завжди буде мішенню для скепсису, недовіри, сумнівів та іронії. «Цифри оманливі, я переконався у цьому на власному досвіді, з цього приводу справедливо висловив свою думку Бенджамін Дізраелі: «Існує три види брехні: брехня, нахабна брехня і статистика» (Марк Твен, «Глави моєї автобіографії»). Але як би ми не ставилися до статистичних показників, інших кількісних індикаторів, якими можна було б оцінити якість роботи лікаря, не існує, є задокументовані цифри, і над ними слід розмірковувати. Отож перейдемо до аналізу як даних офіційних державних звітів, так і наших власних кількісних оцінок.

Почнемо з даних щодо поширеності хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в Україні, які наведені в Довіднику «Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013 рік», виданому ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України (рис. 1).

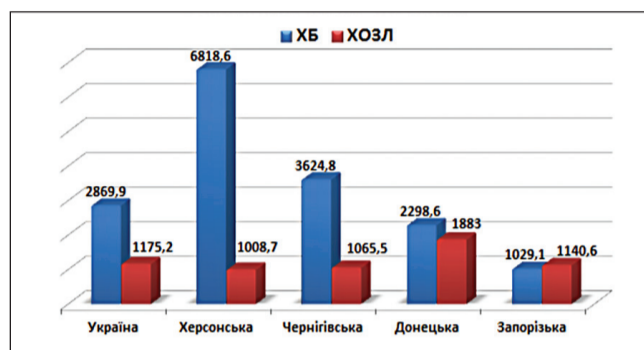


Рис. 1. Поширеність хронічного бронхіту та ХОЗЛ серед дорослих осіб у 2013 р. в Україні на 100 тис. населення

В офіційному звіті наводяться відомості як про ХОЗЛ, так і про хронічний бронхіт (ХБ). Причому донедавна, а саме до 2012 р., ХБ значно домінував над ХОЗЛ. Після рекомендацій головного пульмонолога України, академіка НАМН України Ю.І. Фещенка в статистичних звітах ХОЗЛ стало зустрічатися значно частіше. Але загалом в Україні згідно з офіційними даними пацієнтів з ХБ більше, ніж хворих на ХОЗЛ, що само по собі не є правильним. Аналогічних показників ви не зустрінете в жодній з європейських країн. Найбільше до діагнозу ХБ «приросли» лікарі Херсонщини, де пацієнтів з ХБ у 6 разів більше, ніж з ХОЗЛ. У Чернігівській області хворих на ХБ у 3 рази більше, ніж хворих на ХОЗЛ, у Донецькій і Запорізькій областях їх кількість майже однакова. От такі статистичні «гойдалки». Привертає до себе увагу ще один парадоксальний факт. У таких несприятливих в екологічному плані регіонах, як Донецька та Запорізька області, хворих на ХБ та ХОЗЛ менше, ніж в інших кутках України, чого гіпотетично не може бути, адже й осіб, що зайняті на так званих шкідливих підприємствах, там значно більше, ніж в інших регіонах держави.

Де середина між гіподіагностикою та гіпердіагностикою? Мабуть, лише прискіпливий аналіз дає змогу відповісти на це питання.

З нашої точки зору, на парадоксальну ситуацію щодо поширеності ХБ та ХОЗЛ впливають також певні неузгодженості в статистичній звітності, що існують в Україні (табл. 1).

Звітність по поліклініці (Ф. 12) відрізняється від звітності по стаціонару (Ф. 20).

У поліклінічних звітах низка рубрик, що є в стаціонарних звітах, відсутні. Отож і «маневр» лікарів-статистиків, що в основному займаються кодуванням захворювання, значно менший, а осіб, що лікуються з приводу обструктивного захворювання, в поліклініці значно більше, ніж у стаціонарі. Тому пропонуємо узгодити звітні документи, і це, найвірогідніше, дещо призупинить «статистичні гойдалки» (табл. 2).

Ситуація, що склалася з діагностикою та формулюванням діагнозу при ХОЗЛ, ускладнюється ще більше у зв'язку з прийняттям 27 червня 2013 р. нового Наказу МОЗ (№ 555).

Незважаючи на те, що новий узгоджувальний документ існує в державі вже близько року, за нашими даними, лікарі ігнорують його існування, не впроваджують у практичну діяльність (рис. 2, 3). По-перше, це відбувається через низьку

Звітність по поліклініці (форма 12)	
Найменування хвороб	Шифр відповідно до МКБ-10
Бронхіт хронічний	J 40 – J 42
Інші обструктивні хвороби легень	J 44 – ???
Звітність по стаціонару (форма 20)	
Інші обструктивні хвороби легень	J 44.0, 1, 9
Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 44.0
Хронічна обструктивна хвороба легень з загостренням, не уточнена	J 44.1
Хронічна обструктивна хвороба легень, не уточнена	J 44.9
Бронхіт хронічний обструктивний	J 44.8.2

Звітність по поліклініці (форма 12)	
Бронхіт хронічний	J 40 – J 42
Інші обструктивні хвороби легень	J 44
Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 44.0
Хронічна обструктивна хвороба легень із загостренням, не уточнена	J 44.1
Хронічна обструктивна хвороба легень, не уточнена	J 44.9
Звітність по стаціонару (форма 20)	
Інші обструктивні хвороби легень	J 44
Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 40.0
Хронічна обструктивна хвороба легень із загостренням, не уточнена	J 44.1
Хронічна обструктивна хвороба легень, не уточнена	J 44.9
Бронхіт хронічний	J 40 – J 42

інформованість спеціалістів про наявність наказу, по-друге, у зв'язку з відсутністю прямих вказівок з боку обласних пульмонологів та терапевтів про необхідність перегляду діагнозу, насамперед у диспансерній групі та у вперше виявлених хворих слід ставити діагноз згідно з новим узгоджувальним документом, хоча про це неодноразово на науково-практичних зібраннях державного рівня наголошував головний пульмонолог України, академік НАМН України, професор Ю.І. Фещенко та інші провідні пульмонологи України.



Рис. 2. Чи встановлюєте ви вперше виявленим хворим діагноз ХОЗЛ?



Рис. 3. Чи провели ви зміни у формулюванні діагнозу згідно з наказом № 555 хворим диспансерної групи?

Отримані нами в результаті опитування дані швидше за все відображають ситуацію і в інших регіонах. У подальшому зупинимось на проблемах лікування ХОЗЛ. Згідно з попереднім Наказом МОЗ України № 128 та наявним Наказом МОЗ України № 555 домінуюче значення в лікуванні ХОЗЛ належить М-холінолітикам тривалої дії та комбінованим препаратам, що містять поєднання інгаляційних кортикостероїдів та β_2 -агоністів тривалої дії (табл. 3).

Група	Препарати першого вибору
А Низький індекс симптомів Низький ризик загострень	Бронхолітик короткої дії (МХЛ або КДБА)
В Високий індекс симптомів Низький ризик загострень	Бронхолітик тривалої дії (МХЛ ТД або ТДБА)
С Низький індекс симптомів Високий ризик загострень	Комбінація ІГКС / ТДБА або МХЛ ТД
Д Високий індекс симптомів Високий ризик загострень	Комбінація ІГКС / ТДБА або МХЛ ТД

МХЛ – М-холінолітик; МХЛ ТД – М-холінолітик тривалої дії; КДБА – β_2 -агоніст короткої дії; ТДБА – β_2 -агоніст тривалої дії



Ю.М. Мостовой

Більшість хворих на ХОЗЛ в Україні мають лікуватися саме ними. Аналіз ситуації щодо ринку респіраторних препаратів демонструє не досить втішну картину (рис. 4).

Переважає більшість хворих на ХОЗЛ та БА, а саме 91%, у 2007 р. лікувалися короткодіючими β_2 -агоністами, в той час як використання базисних ліків загалом становило лише 8%. Це свідчить про те, що хворі на ХОЗЛ та БА в Україні не залучені до системного, тривалого лікування, а невіправдано часто застосовують препарати рятівної дії, що веде не до стабілізації стану хворого, а навпаки, до прогресування захворювання, виникнення його загострень. Слід визнати, що у 2013 р. порівняно з 2007 р. ситуація дещо покращилася. Сегмент ринку короткодіючих β_2 -агоністів зменшився на 12% і, що особливо тішить, у 5 разів зросла частота використання комбінованих препаратів – з 2 до 11%.

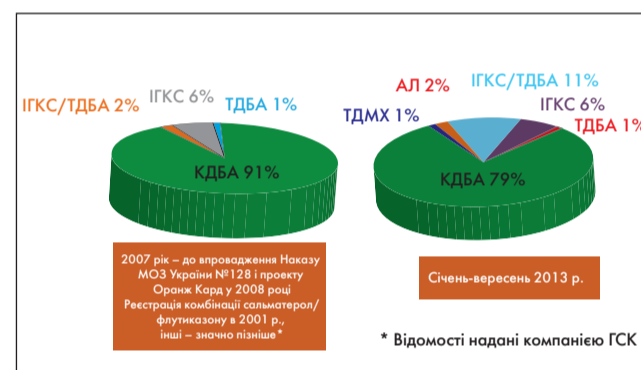


Рис. 4. Ринок препаратів для лікування ХОЗЛ та БА в Україні (упаковки)

Безумовно, глобальне значення в зміні структури продажів базисних препаратів належить послідовній роботі пульмонологів України із впровадження в повсякденну діяльність лікарів державних узгоджувальних документів.

Робота в цьому напрямі має постійно посилюватися, і лише за цієї умови ситуацію з нерациональним використанням ліків при ХОЗЛ та БА вдасться змінити. Доказом цього є результати опитування лікарів (рис. 5, 6).



Рис. 5. Результати аналізу амбулаторних карт хворих на ХОЗЛ (n=75)

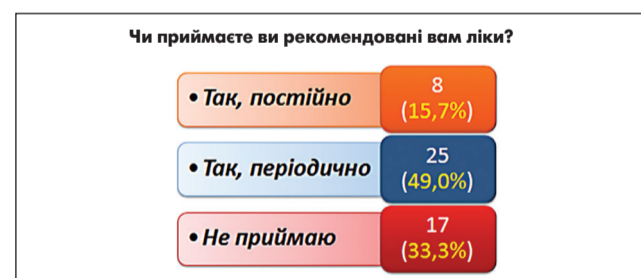


Рис. 6. Результати телефонного опитування хворих на ХОЗЛ щодо прийому базисної терапії (n=50)

Як видно з результатів анонімного анкетування, 30% опитаних узагалі не рекомендують хворим на ХОЗЛ препарати базисної терапії. А серед тих, кому рекомендоване таке лікування, постійно його приймають лише 15,7%, періодично приймають 49,0%, не приймають 33,3%.

Наведені дані та спроба дати їм інтерпретацію висвітлюють низку важливих проблем у діагностиці та лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень. З одного боку, вони свідчать про позитивні тенденції в організації курації цього контингенту хворих, з іншого – демонструють наявність багатьох невирішених питань. Їх розв'язання можливе лише за умови послідовної діяльності лікарів первинної ланки, лікарів-спеціалістів та медичних функціонерів.