

## Ю. М. Мостовой ЦИФРИ, ЩО ГОВОРЯТЬ ТА МОВЧАТЬ: РОЗДУМИ ПРО ХОЗЛ, ЩО БАЗУЮТЬСЯ НА СТАТИСТИЧНОМУ АНАЛІЗІ

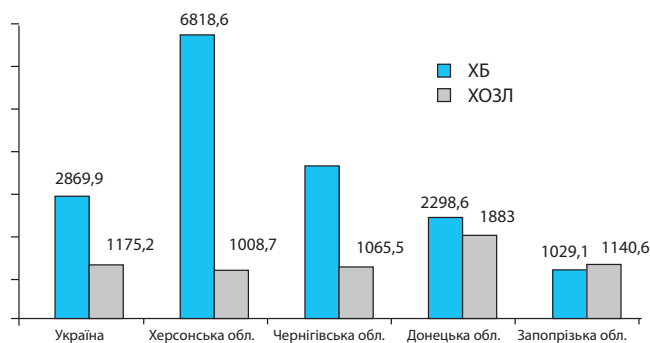
*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

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 Дізраеллі: «Існує три види брехні: брехня, нахабна брехня і статистика» (Марк Твен «Глави моєї автобіографії»).

Але як би ми не відносилися до статистичних показників, інших кількісних індикаторів, якими намагаються якість роботи лікаря з формату «добре», «погано», «дуже погано», «задовільно» перенести до зрозумілого кількісного сприйняття, є задокументовані цифри і над ними слід розмірковувати.

Отож перейдемо до міркувань та роздумів, дивлячись як дані офіційних державних звітів, так і наші власні кількісні оцінки.

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.**

В офіційному звіті наводяться відомості як про ХОЗЛ, так і про хронічний бронхіт (ХБ). Причому донедавна, а саме до 2012 року, ХБ значно домінував над ХОЗЛ. Після рекомендацій головного пульмонолога України акад. Ю. І. Феценка, в статистичних звітах ХОЗЛ став зустрічатися значно частіше. Але все ж загалом в Україні згідно офіційних даних пацієнтів з ХБ більше, ніж хворих на ХОЗЛ, що само по собі не є вірним. Аналогічних показників Ви не зустрінете ні в одній з європейських країн. Найбільше до діагнозу ХБ «приросли» лікарі Херсонщини, де пацієнтів з ХБ в 6 разів більше, ніж з ХОЗЛ. В Чернігівській області хворих на ХБ в 3 рази більше, ніж хворих ХОЗЛ, в Донецькій і Запорізькій областях їх майже однаково. От такі статистичні гойдалки. Звертає на себе увагу ще один парадоксальний факт. В таких несприятливих в екологічному плані регіонах як Донецька та Запорізька області, хворих на ХБ та ХОЗЛ менше, ніж в інших куточках України, що гіпотетично не може бути, адже і осіб, що зайняті на так званих «шкідливих» підприємствах, там значно більше, ніж в інших регіонах держави.

© Мостовой Ю. М., 2014

Де середина між гіподіагностикою та гіпердіагностикою? Мабуть лише прискіпливий аналіз здатен 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 (рис. 2).

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

### НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ №378 від 10.07.2007 р.

Звітність по клініці (форма 12)      Звітність по стаціонару (форма 20)

Найменування хвороб	Шифр відповідно до МКХ-10	Найменування хвороб	Шифр відповідно до МКХ-10
Бронхіт хронічний	J 40 - J 42	Інші обструктивні хвороби легень:	J 44.0,1,9
Інші обструктивні хвороби легень	J 44 ???	Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 44.0
		Хронічна обструктивна хвороба легень загостренням, не уточнена	J 44.1
		Хронічна обструктивна хвороба легень загостренням, не уточнена	J 44.9
		Бронхіт хронічний обструктивний	J 44.8.2

**Рис. 2. Форми статистичної звітності.**

В поліклінічних звітах ряд 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 в стаціонарі. Тому пропонуємо узгодити звітні документи і це, найвірогідніше, дещо призупинить «статистичну гойдалку» (рис. 3)

### ПРОПОЗИЦІЯ

Звітність по клініці (форма 12)      Звітність по стаціонару (форма 20)

Найменування хвороб	Шифр відповідно до МКХ-10	Найменування хвороб	Шифр відповідно до МКХ-10
Бронхіт хронічний	J 40 - J 42	Інші обструктивні хвороби легень:	J 44.0,1,9
Інші обструктивні хвороби легень	J 44	Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 44.0
Хронічна обструктивна хвороба легень з гострою респіраторною інфекцією	J 44.0	Хронічна обструктивна хвороба легень загостренням, не уточнена	J 44.1
Хронічна обструктивна хвороба легень з загостренням, не уточнена	J 44.1	Хронічна обструктивна хвороба легень загостренням, не уточнена	J 44.9
Хронічна обструктивна хвороба легень не уточнена	J 44.9	Бронхіт хронічний	J 40 - J 42

**Рис. 3. Доповнення до форм статистичної звітності.**

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

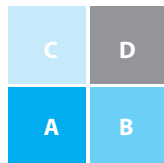
Незважаючи на те, що новий узгоджувальний документ існує в державі вже близько року, за нашими даними лікарі ігнорують його існування, не впроваджують в практичну діяльність (рис. 4). В першу чергу, через низьку інформованість про наявність Наказу, по-друге, в зв'язку з відсутністю прямих вказівок з боку обласних пульмонологів та терапевтів про необхідність перегляду діагнозу, насамперед в диспансерній групі та у вперше виявлених хворих слід ставити діагноз згідно нового узгоджувального документу.

#### ЧИ ВИСТАВЛЯЄТЕ ВИ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ХВОРИМ ХОЗЛ ДІАГНОЗ ЗГІДНО НАКАЗУ МОЗ УКРАЇНИ № 555?

Опитано 69 лікарів загальної практики (12.03.2014 р.)

**Так** 3 (4,3%)

**Ні** 66 (95,6%)



#### ЧИ ПРОВЕЛИ ВИ ЗМІНИ У ФОРМУЛЮВАННІ ДІАГНОЗУ ЗГІДНО НАКАЗУ МОЗ УКРАЇНИ № 555 У ДИСПАНСЕРНОЇ ГРУПИ ХВОРИХ?

Опитано 69 лікарів загальної практики (12.03.2014 р.)

**Так** 0 (0%)

**Ні** 69 (100%)

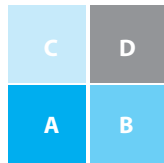


Рис. 4. Результати опитування.

Отримані нами, в результаті опитування, дані швидше за все відображають ситуацію і в інших регіонах.

В подальшому зупинимося на проблемах лікування ХОЗЛ. Згідно попереднього Наказу МОЗ України № 128 та наявного Наказу МОЗ України № 555 домінуюче значення в лікуванні ХОЗЛ належить М-холінолітикам тривалої дії та комбінованим препаратам, що містять поєднання інгаляційних глюкокортикостероїдів та  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії (рис. 5).

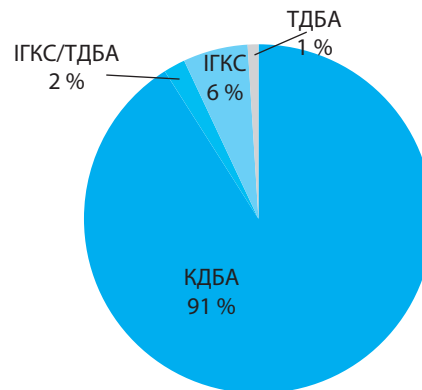
#### НОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ (НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ № 555 від 27.06.13 ТЕРАПІЯ ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ ВІДПОВІДНО ВАРИАНТІВ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ

Група	Перший вибір
<b>A</b> Низький ризик загострень Низький індекс симптомів	Бронхолітик короткої дії (МХЛ або КДБА)
<b>B</b> Низький ризик загострень Високий індекс симптомів	Бронхолітик тривалої дії (МХЛ ТД або ТДБА)
<b>C</b> Високий ризик загострень Низький індекс симптомів	Комунікація ІГКС/ТДБА або МХЛ ТД
<b>D</b> Високий ризик загострень Високий індекс симптомів	Комунікація ІКС/ТДБА або МХЛ ТД

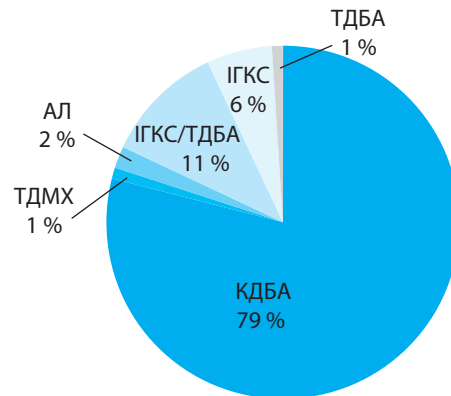
Рис. 5. Алгоритм лікування ХОЗЛ.

Більшість хворих на ХОЗЛ в Україні мають лікуватися саме ними. Аналіз ситуації щодо ринку респіраторних препаратів демонструє не досить втішну картину (рис. 6).

#### РИНОК РЕСПІРАТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ (БА та ХОЗЛ) В УКРАЇНІ, УПАКОВКИ



2007 рік - до впровадження наказу МОЗ України №128 і проекту Оранж Кард у 2008 році. Реєстрація сальматерол/флутиказон у 2001 році, інші - значно пізніше. (Дані надані компанією ГСК.



Січень-вересень 2013 р.

Рис. 6. Ринок респіраторних препаратів в Україні.

Переважає більшість хворих на ХОЗЛ та БА, а саме 91 %, в 2007 році лікувалися короткодійними  $\beta_2$ -агоністами, в той час як використання «базисних» ліків загалом склало лише 8 %. Це свідчить про те, що хворі на ХОЗЛ та БА в Україні не залучені до системного, тривалого лікування, а невинувато часто застосовують препарати «рятівної» дії, що веде не до стабілізації стану хворого, а навпаки до прогресування захворювання, виникненню його загострень. Слід відмітити, що в 2013 році в порівнянні з 2007 роком ситуація дещо покращилася. Сегмент ринку короткодійних  $\beta_2$ -агоністів зменшився на 12 % і, що особливо тішить, в 5 разів зросло використання комбінованих препаратів з 2 % до 11 %. З нашої точки зору, зростання продажів комбінованих препаратів в основному пов'язано зі збільшенням використання сальматеролу / флутиказону. Цей препарат має низку доведених клінічних переваг в порівнянні з іншими, існує в різних дозуваннях, інгалюється як за допомогою евохалера, так і дискаса. Все це в цілому впливає на значно більшу прихильність до лікування як лікарів, так і пацієнтів. Цьому також сприяє програма по лібералізації ціни на препарат, що виробник сальматеролу/флутиказону впровадив в Україні багато років тому.

Але, безумовно, глобальне значення в зміні структури продажів базисних препаратів належить послідовній роботі пульмонологів України по впровадженню в повсякденну діяльність лікарів державних узгоджувальних документів.

Робота в цьому напрямку має постійно посилюватися і лише за цієї умови ситуацію з нераціональним використанням ліків при ХОЗЛ та БА вдасться змінити. Доказом цього є результати опитування лікарів (рис. 7, 8).

#### АНАЛІЗ АМБУЛАТОРНИХ КАРТ 73 ХВОРИХ НА ХОЗЛ (12.03.2014 р.)

Чи наявні рекомендації щодо прийому базисної терапії?

**Так** 51 (69,86 %)

**Ні** 22 (30,14 %)

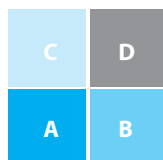


Рис. 8. Результати аналізу амбулаторних карт.

Як видно з результатів анонімного анкетування 30 % опитаних взагалі не рекомендують хворим на ХОЗЛ препарати базисної терапії. А серед тих, кому рекомендована ця терапія, постійно її приймають лише 15,7 %, періодично приймають 49,0 %, не приймають 33,3 %.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТЕЛЕФОННОГО ОПИТУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ ЩОДО ПРИЙОМУ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ (N=50)

(12.03.2014 р.)

Чи приймаєте Ви рекомендовані Вам ліки?

Так, постійно	8 (15,7 %)
Так, періодично	25 (49,0 %)
Не приймаю	17 (33,3 %)

Рис. 9. Результати телефонного опитування.

#### Заключення

Наведені дані та спроба дати їм інтерпретацію висвітлюють низку важливих проблем в діагностиці та лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень. З одного боку вони свідчать про ряд позитивних тенденцій в організації курації даного контингенту хворих, з іншого — демонструють наявність багатьох невіршених питань. Їх розв'язання можливе лише при послідовній діяльності лікарів первинної ланки, лікарів-спеціалістів та медичних функціонерів.