

Г.О. Слабкий, Г.Я. Пархоменко, Н.Ю. Кондратюк, О.М. Торжевська
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ

Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання

У статті наведено дані щодо змін кількості закладів системи охорони здоров'я за період 2009–2013 рр. в Україні. Показано, що їх кількість зменшилася на 900 (36,2%). Забезпечення населення лікарняними ліжками скорочено на 14,77 (17%). У розрізі регіонів ліжковий фонд розподілений і використовується нерівномірно.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, мережа, лікарняні ліжка, забезпеченість, показники використання, динаміка.

Вступ

Із 2011 р. в Україні діє реформа, що зумовила зміни в галузі системи охорони здоров'я. Її основні положення сформовані раніше і передбачають структурну перебудову системи надання медичної допомоги (Лехан В.М. та співавт., 2008; 2009). На вторинному рівні медичної допомоги передбачено формування лікарень нового типу залежно від потреб населення у спеціалістах певного профілю, спеціалізації та інтенсивності медичної допомоги. Це лікарні інтенсивної допомоги, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування, спеціалізовані лікарні та хоспіси (МОЗ України, 2011; Слабкий Г.О., 2011). Структурну основу в наданні госпітальної допомоги становлять госпітальні округи (Слабкий Г.О. та співавт., 2012; Шевченко М.В., Яценко Ю.Б., 2013). На сьогодні нова модель системи медичної допомоги відпрацьовується в пілотних регіонах (Верховна Рада України, 2011). Для ефективного проведення реформи необхідний детальний аналіз існуючої госпітальної бази та ефективності її використання.

Мета дослідження — вивчити та проаналізувати за 5-річний період мережу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в Україні, які відносяться до системи охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, забезпеченість населення госпітальними ліжками та основні показники їх використання.

Об'єкт і методи дослідження

У ході дослідження використано бібліосемантичний та статистичний методи, метод структурно-логічного аналізу. Методично дослідження базувалося на системному підході. Первинними матеріалами слугували дані статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України.

Обробку отриманих матеріалів проводили з використанням програм «Statistica-6» та «Microsoft Excel 2000».

Результати та їх обговорення

Погіршення стану здоров'я населення призводить до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі. Існуюча система охорони здоров'я не задовольняє ні пацієнтів, ні медичних працівників. Саме тому керівництво держави акцентує увагу на модернізації сфери охорони здоров'я.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я — збереження та зміцнення здоров'я населення і поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб, що неможливі без аналізу основних

характеристик стану і тенденцій розвитку мережі ЗОЗ в Україні.

Станом на кінець 2013 р. продовжувалося упорядкування та репрофілювання мережі, структури й функції ЗОЗ, реорганізація первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики — сімейної медицини (ЗП/СМ), реструктуризація вторинної і третинної медичної допомоги.

У 2013 р. мережа ЗОЗ України складалася з 1587 лікарняних закладів, із них:

- 27 обласних лікарень;
- 29 дитячих обласних лікарень;
- 390 міських лікарень;
- 88 дитячих міських лікарень;
- 14 міських лікарень швидкої медичної допомоги;

Таблиця 1 Мережа ЗОЗ системи МОЗ України у 2009–2013 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка скорочення, %
	2009	2010	2011	2012	2013	
АР Крим	82	81	74	78	69	15,9
Область						
Вінницька	116	115	56	57	50	56,9
Волинська	56	56	50	50	43	23,2
Дніпропетровська	172	168	110	122	104	39,5
Донецька	208	204	161	169	138	33,7
Житомирська	73	73	62	65	55	24,7
Закарпатська	65	64	49	53	43	33,8
Запорізька	96	92	78	81	61	36,5
Івано-Франківська	78	78	61	74	58	25,6
Київська	96	94	80	88	66	31,3
Кіровоградська	77	74	56	61	40	48,1
Луганська	151	150	109	123	96	36,4
Львівська	122	122	102	118	102	16,4
Миколаївська	61	62	51	44	39	36,1
Одеська	125	123	100	96	73	41,6
Полтавська	118	110	74	80	51	56,8
Рівненська	69	69	56	59	41	40,6
Сумська	70	69	56	63	45	35,7
Тернопільська	64	63	54	59	51	20,3
Харківська	120	121	88	98	80	33,3
Херсонська	66	65	57	58	33	50,0
Хмельницька	79	78	66	65	39	50,6
Черкаська	93	88	72	72	60	35,5
Чернівецька	65	59	46	51	25	61,5
Чернігівська	87	86	74	80	55	36,8
Місто						
Київ	65	65	60	66	61	6,2
Севастополь	13	13	9	12	9	30,8
Україна	2487	2442	1911	2042	1587	36,2

Таблиця 2 Динаміка забезпеченості населення України лікарняними ліжками у період 2009–2013 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка скорочення, %
	2009	2010	2011	2012	2013	
АР Крим	86,7	85,9	83,1	81,61	72,4	16,5
Область						
Вінницька	84,0	84,2	79,8	75,37	64,1	23,7
Волинська	80,9	80,9	79,8	79,12	71,5	11,6
Дніпропетровська	98,1	97,3	85,0	83,97	74,9	23,6
Донецька	81,8	81,9	79,0	77,73	68,8	15,9
Житомирська	75,0	74,6	74,1	73,69	66,0	12,0
Закарпатська	78,8	77,8	75,3	72,75	65,6	16,8
Запорізька	87,8	87,7	85,9	84,83	72,3	17,7
Івано-Франківська	89,3	88,9	85,2	83,08	70,3	21,3
Київська	84,7	84,1	82,2	80,46	71,7	15,3
Кіровоградська	93,4	93,6	91,4	86,57	77,1	17,5
Луганська	99,8	99,0	90,0	89,19	77,9	21,9
Львівська	90,8	90,9	89,2	88,77	77,3	14,9
Миколаївська	80,1	80,5	80,1	79,06	69,2	13,6
Одеська	84,5	84,2	79,3	76,85	68,7	18,7
Полтавська	84,4	84,2	82,2	81,52	70,7	16,2
Рівненська	87,0	87,3	82,6	81,58	69,7	19,9
Сумська	92,8	93,2	91,2	87,68	77,5	16,5
Тернопільська	89,6	89,7	88,2	85,88	76,6	14,5
Харківська	78,5	78,7	77,4	76,52	70,0	10,8
Херсонська	84,1	83,8	82,5	81,01	71,3	15,2
Хмельницька	87,8	88,0	84,0	83,17	73,6	16,2
Черкаська	86,8	86,4	83,9	82,53	71,1	18,1
Чернівецька	88,8	85,2	78,8	78,28	65,5	26,2
Чернігівська	113,3	114,0	110,6	109,99	93,6	17,4
Місто						
Київ	77,1	76,7	76,6	74,15	71,2	7,7
Севастополь	78,9	78,9	78,8	78,32	68,1	13,7
Україна	86,8	86,5	83,0	81,47	72,03	17,0

Таблиця 3 Кількість днів роботи ліжка за період 2009–2013 рр. (у днях)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка змін, %
	2009	2010	2011	2012	2013	
АР Крим	332,96	329,21	320,31	331,13	326,53	-1,93
Область						
Вінницька	333,87	335,50	330,79	336,64	338,92	+1,51
Волинська	341,01	346,13	343,00	341,69	342,46	+0,43
Дніпропетровська	332,50	337,14	334,59	339,32	334,23	+0,52
Донецька	333,26	335,95	335,74	334,93	331,84	-0,43
Житомирська	320,85	328,17	326,34	326,29	333,84	+4,05
Закарпатська	318,13	322,80	315,06	322,25	316,83	-0,41
Запорізька	321,04	324,82	317,66	322,64	319,67	-0,43
Івано-Франківська	317,56	322,41	309,21	316,13	318,58	+0,32
Київська	323,04	328,34	323,87	325,21	328,81	+1,79
Кіровоградська	336,76	347,65	338,83	344,34	342,71	+1,77
Луганська	336,16	335,03	339,37	341,91	337,67	+0,45
Львівська	331,39	335,01	332,95	335,40	334,82	+1,04
Миколаївська	344,60	341,58	330,79	337,94	331,46	-3,81
Одеська	321,74	323,13	325,20	331,35	329,70	+2,47
Полтавська	309,79	316,61	308,53	310,11	304,85	-1,59
Рівненська	333,90	336,43	340,72	336,04	336,13	+0,67
Сумська	315,32	319,21	318,87	328,70	327,47	+3,85
Тернопільська	337,51	341,22	337,33	335,40	336,69	-0,24
Харківська	323,45	323,42	318,87	316,15	315,15	-2,57
Херсонська	333,61	333,19	329,12	335,44	326,66	-2,08
Хмельницька	321,45	326,70	334,74	331,98	337,29	+4,93
Черкаська	325,28	329,92	328,33	335,49	335,31	+3,08
Чернівецька	332,75	344,70	350,98	348,58	344,31	+3,47
Чернігівська	328,36	324,42	325,65	330,83	332,07	+1,13
Місто						
Київ	292,71	294,95	299,61	305,84	308,56	+5,41
Севастополь	329,73	331,98	320,99	311,88	305,79	-7,26
Україна	326,62	329,43	326,91	330,11	328,58	+0,6

- 33 госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни;
- 122 спеціалізовані лікарні (у тому числі 23 інфекційні лікарні для дорослих, 6 інфекційних лікарень для дітей, 36 туберкульозних лікарень для дорослих, 3 туберкульозні лікарні для дітей, 3 офтальмологічні лікарні, 11 лікарень відновного лікування, 8 центрів боротьби зі СНІДом та 32 інших);
- 471 центральна районна лікарня;
- 101 районна лікарня;
- 104 дитячих лікарень;
- 88 пологових будинків;
- 17 клінік науково-дослідних інститутів і вищих медичних навчальних закладів;
- 84 психіатричні лікарні;
- 5 наркологічних лікарень;
- 7 лікарень «Хоспіс»;
- 2 госпрозрахункові лікарні;
- 1 лепрозорій;
- 4 інші лікарняні заклади.

За останні 5 років (2009–2013 рр.) мережа лікарняних закладів системи МОЗ України значно (на 36,2%) скоротилася (із 2487 до 1587).

Зменшення загальної кількості ЗОЗ відбулося із регіональними відмінностями (табл. 1). Загалом протягом зазначеного періоду мережа лікарняних закладів скоротилася на 36,2%; цей показник коливався від 56,9% у Вінницькій області до 6,2% — у м. Києві.

Усі зміни у структурі ліжкового фонду відбувалися з урахуванням потреб населення в медичній допомозі й не перешкоджали наданню допомоги та роботі лікарняних закладів (ліжок).

Забезпеченість населення України стаціонарними ліжками зменшилася з 86,8 на 10 тис. населення у 2009 р. до 72,03 — у 2013 р. У країнах Європейського Союзу цей показник у середньому становив 55,0. Кількість стаціонарних ліжок значно зменшилася в усіх областях (табл. 2).

У цілому по Україні забезпеченість лікарняними ліжками на 10 тис. населення зменшилася на 17%: найбільше скорочення зафіксовано в Чернівецькій (26,2%), Вінницькій (23,7%), Дніпропетровській (23,6%) і Луганській (21,9%) областях; найменше — у м. Києві (7,7%), Харківській (10,8%) та Житомирській (12,0%) областях.

Середньорічна зайнятість ліжка — один із вагомих показників ефективності використання ліжкового фонду, оцінювання доступності, якості та ефективності діагностичної та лікувальної роботи спеціалістів відділень вторинної медичної допомоги лікувально-профілактичного закладу.

Результати аналізу динаміки показників використання ліжкового фонду ЗОЗ протягом 2009–2013 рр. свідчать про несуттєве зменшення середньої кількості днів зайнятості (табл. 3).

Лише у Чернівецькій (344,31), Черкаській (335,31), Хмельницькій (337,29), Сумській (327,47), Одеській (329,70) та Житомирській (333,84) областях зафіксовано показники роботи ліжка вищі за середні по Україні.

Дещо нижчу за середній показник по Україні середньорічну зайнятість ліжка відзначено у м. Севастополі (305,79), Херсонській (326,66), Харківській (315,15) та Миколаївській (331,46) областях.

Як альтернатива стаціонарним ліжкам широко впроваджувалися денні стаціонари та стаціонари вдома, що досить ефективно стосовно використання ресурсів і надання медичної допомоги як міському, так і сільському населенню (табл. 4 і 5).

Загалом по Україні у 2013 р. медичну допомогу у 2446 денних стаціонарах при амбулаторно-поліклінічних закладах загальною потужністю 71 944 ліжка отримали 2 963 087 пацієнтів, із них 6378 дітей. Кількість таких закладів та їх потужність у різних регіонах була різною.

Також слід звернути увагу на показники діяльності стаціонарів вдома. Незважаючи на те що їх кількість загалом по Україні лише за рік зменшилася на 41,75% (із 3885 до 2263), медичну допомогу в таких закладах у 2013 р. отримали

Таблиця 4 Робота денних стаціонарів у 2013 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				
	Кількість закладів	Кількість ліжок		Проліковано хворих	
		усього	у тому числі дітей	усього	у тому числі дітей
АР Крим	77	1853	403	124 959	16 770
Область					
Вінницька	59	3842	146	132 991	6822
Волинська	40	1452	85	55 683	3424
Дніпропетровська	116	4864	353	178 454	14 721
Донецька	155	6789	500	299 288	16 323
Житомирська	158	3041	206	161 243	9797
Закарпатська	106	1629	153	71 746	10 113
Запорізька	63	2659	397	78 186	9889
Івано-Франківська	188	2299	77	100 999	5403
Київська	98	2959	132	84 461	3782
Кіровоградська	72	2310	143	70 588	4873
Луганська	91	5724	554	145 166	13 367
Львівська	224	2328	183	95 714	8537
Миколаївська	56	2184	144	86 231	6693
Одеська	98	3391	181	189 793	5786
Полтавська	69	2327	146	79 708	4027
Рівненська	51	1854	62	76 744	5855
Сумська	60	2233	150	74 482	4378
Тернопільська	131	1683	235	107 764	14 006
Харківська	97	5112	474	195 942	13 458
Херсонська	37	1691	190	60 814	7572
Хмельницька	54	2224	269	110 829	15 624
Черкаська	193	2349	167	98 303	5151
Чернівецька	41	1508	253	71 590	9055
Чернігівська	55	1528	226	73 126	10 648
Місто					
Київ	47	1772	477	129 650	21 917
Севастополь	10	339	72	8633	2434
Україна	2446	71 944	6378	2 963 087	250 425

Таблиця 5 Діяльність стаціонарів вдома у 2012–2013 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Стаціонари вдома					
	Кількість закладів		Динаміка змін, %	Проліковано хворих		Динаміка змін, %
	2012	2013		2012	2013	
АР Крим	95	28	-70,53	19 715	27 417	+39,07
Область						
Вінницька	41	37	-9,76	78 003	80 051	+2,63
Волинська	114	37	-67,54	23 942	21 867	+8,67
Дніпропетровська	—	46	—	—	19 959	—
Донецька	74	73	-1,35	199 202	212 911	+6,88
Житомирська	222	143	-35,59	92 169	93 435	+1,37
Закарпатська	276	111	-59,78	65 702	65 301	-0,61
Запорізька	192	69	-64,06	73 843	73 572	-0,37
Івано-Франківська	170	175	+2,94	75 857	83 054	+9,49
Київська	267	230	-13,86	63 667	62 364	-2,05
Кіровоградська	133	63	-52,63	59 126	57 910	-2,06
Луганська	157	64	-59,24	107 124	111 220	+3,82
Львівська	268	266	-0,75	191 870	195 225	+1,75
Миколаївська	78	27	-65,38	50 909	49 667	-2,44
Одеська	219	75	-65,75	105 858	106 318	+0,43
Полтавська	204	59	-71,08	96 426	95 614	-0,84
Рівненська	94	38	-59,57	46 416	54 496	+17,41
Сумська	149	59	-60,40	73 843	71 548	-3,11
Тернопільська	188	120	-36,17	88 212	89 817	+1,82
Харківська	91	89	-2,20	202 603	201 762	-0,42
Херсонська	84	79	-5,95	34 662	34 516	-0,42
Хмельницька	180	53	-70,56	72 604	74 299	+2,33
Черкаська	190	191	+0,53	89 254	89 504	+0,28
Чернівецька	174	31	-82,18	43 138	44 156	+2,36
Чернігівська	149	52	-65,10	55 493	57 776	+4,11
Місто						
Київ	69	41	-40,58	286 264	288 861	+0,91
Севастополь	7	7	—	111 86	11 161	-0,22
Україна	3885	2263	-41,75	2 307 088	2 373 781	+2,89

2 373 781 пацієнт, що на 2,8% більше, ніж у 2012 р. (див. табл. 5). Загальна кількість стаціонарів вдома скоротилася за рахунок значного зменшення їх кількості у Чернівецькій (зі 174 до 31 закладу — на 65,1%), Волинській (зі 114 до 37 закладів — на 67,54%) і Запорізькій (зі 192 до 69 закладів — на 64,06%) областях. Проте значне зменшення кількості таких закладів

не мало негативного впливу на їх діяльність, зокрема на кількість населення, якому надавалася відповідна медична допомога.

Отже, незважаючи на поступове впровадження мережі закладів, існуюча система охорони здоров'я не задовольняє в повному обсязі потребу населення в доступній, високоякісній та ефективній

медичній допомозі. Попередні реформи у сфері охорони здоров'я не дали бажаного результату внаслідок непослідовного, переважно фрагментарного характеру, що не дозволило адаптувати систему медичної допомоги до ринкових відносин.

Одночасне виконання значного числа державних цільових програм в охороні здоров'я призвело до розпорошеності ресурсів галузі.

У зв'язку з цим виникла потреба в подальшому вдосконаленні організації та управління системою охорони здоров'я. Необхідно забезпечити оптимізацію та реструктуризацію мережі ЗОЗ, пріоритетний розвиток ПМСД на засадах ЗП/СМ, розвиток екстреної медичної допомоги, формування мережі закладів реабілітаційної, паліативної допомоги, впровадження сучасних медичних технологій профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, медичних стандартів, клінічних настанов, клінічних протоколів надання медичної допомоги.

Сьогодні необхідно змістити акценти з лікувальної роботи на профілактичну та усунути диспропорції в розвитку і наданні амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги, а саме сприяти подальшому вдосконаленню державної політики в охороні здоров'я шляхом впровадження нової стратегії та програми розвитку галузі відповідно до вимог документа «Здоров'я-2020: основи Європейської політики на підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», прийнятого на 62-й Сесії Європейського регіонального комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я, через застосування загальнодержавного підходу та залучення всього суспільства до вирішення питань охорони здоров'я, формування системи громадського здоров'я, посилення профілактичної спрямованості, вплив на визначальні детермінанти, запровадження стратегічного управління та розширення державно-приватного партнерства, підвищення якості життя населення.

Висновки

В Україні за останні п'ять років (2009–2013 рр.) кількість ЗОЗ скорочена на 900 (36,2%). У розрізі регіонів країни скорочення відбувалося нерівномірно. Незважаючи на певне зменшення ліжкового фонду (17,0%), його рівень (72,03 ліжка на 10 тис. населення) залишається вищим, ніж у країнах Європейського Союзу (55,0). Лікарняні ліжка використовуються недостатньо раціонально. Вони зайняті від 305,79 дня на рік у м. Севастополі до 344,31 дня — у Чернівецькій області. При цьому в регіонах України активно розвиваються стаціонарні форми надання медичної допомоги населенню.

Список використаної літератури

Верховна Рада України (2011) Закон України від 07.09.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони

здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>).

Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. (2008) Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. Східноєвроп. журн. громад. здоров'я, 2(2): 44–52.

Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. (2009) Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, с. 30–31.

МОЗ України (2011) Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111005_646.html).

Слабкий Г. О. (2011) Методичні підходи до оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Практика управління медичним закладом, 11: 10–14.

Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. (2012) Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. Україна. Здоров'я нації, 3: 261–265.

Шевченко М. В., Яценко Ю. Б. (2013) Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р.

Східноєвроп. журн. громад. здоров'я, 1(21): 288–289.

Характеристика сети учреждений здравоохранения, обеспеченности населения госпитальными койками и основные показатели их использования

Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Кондратиук, Е. М. Торжевская

Резюме. В статье представлены данные динамики количества учреждений здравоохранения за период 2009–2013 гг. в Украине. Показано, что их количество сокращено на 900 (36,2%). Обеспеченность населения госпитальными койками сокращена на 14,77 (17%). В разрезе регионов коечный фонд распределен и используется неравномерно.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения, сеть, госпитальные койки, обеспеченность, показатели использования, динамика.

Characteristic of health institutions network, software of population with hospital beds and main indicators of their using

G. O. Slabkyi, G. Ya. Parchomenko, N. Yu. Kondratiuk, E. M. Torjevskaja

Summary. The article presents the dynamics of the quantity of health institutions for the period 2009–2013. It was shown that their amount is reduced by 900 (36.2%). Software of population with hospital beds reduced by 14.77 (17%). In terms of regions bedspace is used and distributed unevenly.

Key words: health service institutions, network, hospital beds, software, indices of exploitation, dynamics.

Адреса для листування:

Слабкий Геннадій Олександрович,
02099, Київ, пров. Волго-Донський, 3
Український інститут стратегічних
досліджень МОЗ України
E-mail: G.Slabkiy@mail.ru

Одержано 18.09.2014

Реферативна інформація

Точны ли результаты исследований, спонсируемых фармацевтическими компаниями?

В средствах массовой информации и научных публикациях часто можно увидеть информацию о том, что результаты медицинских исследований не соответствуют действительности. Несмотря на то что рандомизированные клинические испытания (РКИ) являются наиболее достоверным видом исследований, их результаты могут быть неточными в связи с ограничениями в качестве используемых методов, проведении, анализе, сообщении результатов, что в итоге приводит к недооценке или переоценке эффекта интервенции. К одному из важных источников неточности данных можно отнести влияние фармацевтических компаний, спонсирующих исследование. В некоторых обзорах пришли к выводу, что в таких исследованиях результаты с большей вероятностью, чем в не спонсируемых исследованиях, будут в пользу исследуемого продукта. Группа ученых под руководством доктора Хусейн Нази (Huseyin Naci) из Гарвардской медицинской школы (Harvard Medical School), США, провела анализ возможных ошибок в результатах исследований статинов. Как известно, эту группу липидоснижающих препаратов широко применяют в связи с их эффектами в отношении снижения риска коронарных и цереброваскулярных событий. Клинические протоколы США и Великобритании снизили «порог» назначения статинов, что увеличило количество пациентов, удовлетворяющих критериям их назначения. Тем не менее не все статины одинаковы. Во многих сравнительных РКИ одни статины оказывались эффективнее и безопаснее других. Поскольку часто преимущества оказывались у препарата, выпускаемого спонсором исследования, по мнению авторов, существует необходимость в непредвзятой оценке этих данных.

Исследователи проанализировали все научные работы, опубликованные с 1985 г., в которых изучали эффективность статинов в снижении уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Всего для анализа отобрали 183 РКИ.

Прежде всего, анализировали методологическое качество исследования, то есть оценивали, насколько дизайн и проведение исследования соответствовали его целям. Как отмечают авторы, наиболее высоким методологическим качеством обладали плацебо-контролируемые РКИ с розувастатином и симвастатином, чем исследования, в которых сравнивали эффективность других препара-

тов. Другие сравнения (аторвастатин и флувастатин, аторвастатин и розувастатин, аторвастатин и симвастатин, флувастатин и правастатин, флувастатин и симвастатин, ловастатин и симвастатин, правастатин и симвастатин) имели низкое методологическое качество. Всего 146 РКИ спонсировались фармацевтическими компаниями и 37 — государственными агентствами, академическими исследовательскими центрами и другими неприбыльными организациями. После проведенного анализа ученые пришли к выводу, что систематические различия между этими исследованиями отсутствуют. По данным исследований, спонсируемых фармацевтическими компаниями, статины в среднем снижали уровень ЛПНП на 1,77 мг/дл (95% доверительный интервал –11,12... 7,66), в других исследованиях — на 1,66 мг/дл (–11,27... 7,91).

Далее изучили механизмы возможных неточностей в результатах (или, согласно определению Кокрановского сотрудничества, систематического отклонения от правды), исходя из того, что фармацевтические компании могли предвзято сравнивать эффективность их препарата с плацебо или другим активным лечением. Анализ не подтвердил наличие каких-либо доказательств этого предположения.

Однако авторы отмечают, что много исследований, спонсируемых фармацевтическими компаниями в этом поле, продиктованы стратегическим маркетингом и мотивацией продаж. Это выливается в наблюдаемую тенденцию, когда компания сравнивает свой препарат с заведомо менее эффективными и более ранними статинами. Так, сравнение розувастатина, который вышел на рынок США в 2003 г. («AstraZeneca»), проводили с аторвастатином, одобренным FDA в 1996 г. («Pfizer») (исследование спонсировала «AstraZeneca»). При этом компания «Pfizer» спонсировала большинство исследований, сравнивавших эффективность аторвастатина с более ранними статинами. Ученые подчеркивают, что само по себе это не создает каких-либо отклонений в правдивости результатов, но может исказить саму природу доказательств и не дает возможности напрямую оценить эффективность новых препаратов.

Naci H., Dias S., Ades A.E. (2014) Industry sponsorship bias in research findings: a network meta-analysis of LDL cholesterol reduction in randomised trials of statins. The BMJ, 349: g5741.

Виталий Безшейко