- Клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза костей и суставов у взрослых. Медицинский альянс. 2014. № 4. С. 52-62.
3. Гарбуз А.Е., Мушкин А.Ю., Баринков В.С., Ягафарова Р.К., Гусева В.Н., Коваленко К.Н., Наконечный Г.Д., Олейник А.Н., Олейник В.В., Сердобинцев М.С., Советова Н.А., Семеновский А.В., Хокканен В.М., Беллендир Э.Н., Песчанская И.Н., Ариэль Б.М. Клиническая классификация внелегочного туберкулеза. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005. Т. 82. № 5. С. 52-57.
 4. Saraf S.K., Tuli S.M.. Tuberculosis of hip: A current concept review. Indian J Orthop. Jan-Feb 2015; Volume 49. Issue 1. P.1-9.
 5. Галкин В. Б., Стерликов С. А., Яблонский П. К., Бельтюков М. В., Гришко А. Н., Баглина С. С., Васильева Т. В., Данилова Т. И., Кононенко Ю. С., Кулижская А. И., Милютин П. А., Преснова С. Э., Пятунин С. В., Тоинова С. В., Туркина Е. Н., Юхнова Е. А. Динамика распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и ВИЧ-инфекцией в Северо-Западном регионе России. Медицинский альянс. 2019. №2. С. 6 – 23.
 6. Нечаева О. Б. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России. Медицинский альянс. 2019. том 7. № 4. С. 6 – 16.
 7. Чжао И., Загдын З. М., Павлова М. В., Арчакова Л. И., Соколов Е. Г., Яблонский П. К. Туберкулез и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: факторы риска МЛУ-ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией (обзор). Медицинский альянс. 2020. том 8, № 1. С. 6 – 13.
 8. Хоменко В. А., Семенова Л. А., Власова Е. Б. Туберкулез костей и суставов различной локализации (методы диагностики и хирургического лечения). Медицинский альянс. 2019. № 2. С. 77-82.
 9. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. Bone and joint surgery. 1969. №51. P. 737–755.
 10. Insall J. N., Dorr L. D., Scott R. D., Scott W. N. Rationale of the Knee Society Clinical Rating System. Clinical Orthopaedics and Related Reserch. 1989. No. 248. P. 13–14.

Ушаков Е.В.

**Методологические проблемы измерения качества жизни в здравоохранении:
требования интегральной оценки воздействия медицинских вмешательств**

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при
Президенте Российской Федерации
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/lj-07-2021-04

Аннотация

Статья посвящена проблемам оценки качества жизни в здравоохранении как относительно новому направлению в медицинской науке и практике. Качество жизни пациента представляет собой многомерное понятие, основанное на субъективных и объективных параметрах ситуации пациента, связанных с его состоянием и особенностями медицинской помощи. Отмечается, что оценка качества жизни пока сопряжена с наличием множества проблем разнообразной природы: прежде всего, научно-методологических и этических.

Ключевые слова: медицина, здравоохранение, качество жизни, оценка медицинских технологий, эффективность медицинских вмешательств, методологические проблемы современной медицины.

Abstract

The article is devoted to the problems of assessing the quality of life in healthcare as a relatively new direction in medical science and practice. The patient's quality of life is a multidimensional concept based on the subjective and objective parameters of the patient's situation related to his condition and the features of medical care. It is noted that the assessment of the quality of life is still associated with the presence of many problems of a diverse nature: primarily scientific, methodological and ethical.

Keywords: medicine, healthcare, quality of life, assessment of medical technologies, effectiveness of medical interventions, methodological problems of contemporary medicine.

При анализе воздействия медицинских технологий оценка качества жизни используется сегодня как один из важнейших индикаторов последствий (исходов) вмешательств, наряду с прямыми и суррогатными клиническими исходами, экономическими показателями и другими параметрами.

В начальный период успехов медицинских технологий (примерно с 50 - 60-х годов XX в.) медицинское сообщество было увлечено сугубо техническими возможностями медицинских вмешательств. При этом более обширный диапазон эффектов медицинских вмешательств - включая влияние медицинских вмешательств на самоощущение пациента, их совместимость с его личными ценностями и т.п. - интересовал специалистов в гораздо меньшей степени. По сравнению с этими временами, сейчас произошло основательное расширение ориентиров клинической практики - от узко биомедицинских критериев к социальным и гуманитарным параметрам.

Проблема качества жизни пришла в медицинскую сферу из социальных наук, где она сформировалась как особое поле исследований, охватываемых обширной группой дисциплин и направлений: экономикой, социологией, демографией, политологией, экологией, психологией и другими. В основании темы качества жизни лежат глубокие философские обсуждения того, что такое «благополучная» или «совершенная» жизнь, уходящие корнями в философские учения античности. В медицинской сфере эта тематика преломилась, прежде всего, в виде проблемы «качества жизни, связанного со здоровьем» (health-related quality of life). Интерес медицинского сообщества к качеству жизни в связи со здоровьем и лечением возник в 70-е годы, и далее усиливался в возрастающей степени в 80-е и 90-е годы. В 1999 г. появилась первая монография на эту тему и в отечественной литературе [1]. На сегодняшний день проблема оценки качества жизни, связанного со здоровьем, стала обширной и самостоятельной областью исследований в медицинских науках.

Учет качества жизни пациента чрезвычайно важен при долгосрочной помощи, при неизлечимых заболеваниях и состояниях. Более того, в этих ситуациях обеспечение максимально высокого качества жизни оказывается, фактически, *единственной* достижимой целью медицинской помощи.

Еще одна причина интереса к субъективным представлениям пациента в процессе лечения связана с потребностью добиваться *практической* эффективности (effectiveness) медицинских вмешательств. Эта проблема тоже относительно недавно попала в поле зрения исследователей. Необходимость учитывать общее восприятие пациентом своей жизненной ситуации и предоставляемой ему помощи сопряжена с таким понятием, как *комплаенс*, или согласие пациента сотрудничать с лечащим врачом. Очевидно, что при массе побочных эффектов, обременительности лечения и прочих негативных явлениях желание пациента лечиться резко снижается.

Несмотря на то, что качество жизни связано с субъективными оценками индивидов и является трудно уточняемым понятием, оно, в соответствии с современными методологическими нормами, должно быть максимально прояснено, операционализировано и выражено в виде определенного конструкта (желательно в количественной форме). Итоговая оценка качества жизни является, как правило, многомерным понятием и строится как на самооценке пациента, так и на объективных данных, характеризующих текущее состояние здоровья пациента.

Основным инструментом изучения качества жизни, связанного со здоровьем, являются специальные опросники. Они включают в себя различные стороны восприятия пациентом своей жизненной ситуации в связи с заболеванием и лечением. Многочисленные и длительные усилия исследователей по созданию валидных

инструментов привели к появлению более или менее надежных шкал, которые сегодня вошли в широкую практику. К ним можно отнести, например, профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile), SF-36 и другие.

Эти инструменты сегодня активно используются в исследованиях. К примеру, шкала SF-86 является хорошо валидизированным и достаточно распространенным в международной практике средством для изучения качества жизни. Практическое достоинство опросника SF-86 состоит в том, что он небольшой и его можно относительно быстро и легко заполнить (например, пациент может ответить на вопросы даже по телефону).

Потребность в сравнениях альтернатив, касающихся различных медицинских технологий (в том числе вмешательств, проводимых по отношению к совершенно различным классам заболеваний), по их экономическим эффектам, привела к поиску шкал высокой степени общности. Значительную популярность в этой области завоевала шкала QALY (quality adjusted life years, или «годы жизни с поправкой на качество»), которая измеряет качество жизни пациентов в терминах субъективных полезностей (utilities). В основу шкалы положено соглашение о том, что «совершенно» здоровая жизнь оценивается в единицу, а летальный исход - в ноль. Все остальные ситуации (жизнь в условиях заболевания) находятся между этими крайними точками. Чем хуже качество жизни пациента, тем меньшее значение соответствует ей на этой шкале. Если медицинская технология достигает определенного выигрыша в продолжительности жизни, но ценой заметно сниженного качества, то такая жизнь будет условно оцениваться как более «короткая» по сравнению со здоровой жизнью.

Шкала QALY активно применяется сегодня для проведения научных исследований и для практического решения проблем здравоохранения. Так, сопоставление полезности (utility) медицинского вмешательства по шкале QALY с величиной затрат (например, стоимость одного года QALY) позволяет сравнить экономическую эффективность различных медицинских технологий, что может быть рекомендовано для принятия практических решений относительно распределения ресурсов. Этой теме посвящен специальный вид исследований в области экономики здравоохранения: так называемый анализ «стоимость/полезность», или cost - utility analysis.

Однако следует отметить, что измерение качества жизни сталкивается с существенными методологическими трудностями. В частности, притязания исследователей на то, что шкала QALY может служить универсальной системой измерения для различных состояний здоровья, подвергаются критике со стороны многих авторов. Очевидно, что высокая общность этой шкалы достигается путем значительных, часто весьма искусственных модификаций эмпирических данных, а также сопровождается потерями релевантной информации, которая более удачно схватывается с помощью более специализированных инструментов. В этой связи высказываются серьезные сомнения по поводу ее валидности и адекватности для решения исследовательских задач [2, p. 12].

Трудности удовлетворительного уточнения понятия качества жизни связаны не только с его неустранимой субъективностью (т.к. оно по определению является субъективной оценкой), но и с тем, что оно может быть рассмотрено с разных перспектив. Так, Ноттингемский профиль здоровья отражает качество жизни с точки зрения непрофессионала.

Однако представления о том, что такое хорошее качество жизни при данном лечении, могут существенно расходиться у пациентов и медицинского сообщества. При этом трудно ожидать, что эти расхождения могут быть преодолены каким-то приемлемым способом.

Существуют и этические проблемы в измерении качества жизни. Это связано с тем, что качество жизни, будучи оценочным понятием, всегда проводит с собой определенную систему ценностей - в том числе, возможно, скрытую, имплицитную. В результате суждение по поводу приемлемости лечения (которое дальше может стать основой для принятия политических решений) оказывается интерпретацией лечения в некоторой ценностной системе, которая сама по себе может быть далеко не безупречной. Принятые политические решения, в свою очередь, способны принести те или иные политические последствия для партикулярных социальных групп: например, стать проводником контроля или несправедливости. Так, специалист по медицинской этике Джон Харрис утверждает, что шкала QALY на самом деле инкорпорирует предубеждения современного общества со всеми его дискриминационными тенденциями (неравенство по полу, возрасту, неприятие людей с неизлечимой инвалидностью) [3].

Увлечение измерением качества жизни в клинических исследованиях иной раз приводит к тому, что это измерение становится самоцелью, не связанной непосредственно с нуждами практики. Так, сегодня можно наблюдать включение оценки качества жизни в клинические исследования даже тогда, когда основание и структура такой оценки плохо определены. Кроме того, оценка качества жизни не должна иметь абстрактный, непонятный клиницисту характер. Как справедливо замечают М. Теста и Д. Симонсон, практическая польза, извлекаемая из исследований качества жизни, зависит от того, следуют ли из оснований, по которым проводится оценка, практические приложения, а также могут ли изменения в качестве жизни и терапевтические эффекты быть понятны для клиницистов и лиц, планирующих политику здравоохранения [4].

Таким образом, задача измерения качества жизни еще сохраняет множество нерешенных проблем и требует дальнейшей работы. Тем не менее, сегодня можно с уверенностью утверждать, что, несмотря на ряд методологических трудностей, качество жизни уже стало одним из общепринятых критериев оценки медицинских технологий.

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб., 1999.
2. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Open University Press: Buckingham, Philadelphia, 2001.
3. Harris J. QALYfying the value of life // Journal of Medical Ethics 1987; 13: p. 117-123.
4. Testa M.A., Simonson D. C. Assessment of quality-of-life outcomes // The New England Journal of Medicine, 1996, 334, 13, p. 835-840.

Ушаков Е.В.

**Роль коллоквиумов в коммуникативных практиках медицинского сообщества:
дискурс медицины и коллективная клиническая рациональность**

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при
Президенте Российской Федерации
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/lj-07-2021-05

Аннотация

В статье рассматривается проблема коллективных коммуникативных практик в медицинском сообществе (коллоквиумов). Эта форма взаимодействия медицинских специалистов позволяет решить ряд практических проблем оказания помощи пациенту. В статье делается вывод о том, что для дальнейшего продвижения медицины