



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ № 14

Применение результатов в целях усовершенствования лечения боли после хирургического вмешательства: в режиме реального времени, краткосрочных и долговременных

Оценка качества лечения боли включает определение структур, процессов и исходов [15]. Исходы, в большинстве случаев, отражают результаты процессов и структуры. В данном информационном бюллетене уделяется особое внимание описанию исходов для принятия решений о лечении в месте оказания медицинской помощи индивидуальным пациентам, которые используются в программах улучшения качества (УК), в частности, в программе ускоренного выздоровления после хирургического вмешательства, и которые используют для исследования. Измерение исходов все больше требуется для осуществления учета (показателей качества), который в некоторых странах связан с финансовой заинтересованностью систем здравоохранения.

Качественная помощь определяется как «степень, с которой медицинское обслуживание отдельных пациентов и популяции в целом повышает вероятность достижения желательных исходов лечения и соответствует современным профессиональным знаниям» [9]. В настоящее время не существует единого определения относительно того, что включает в себя высококвалифицированное периоперационное лечение боли. Данный пробел отражает несогласованность в отношении желательных исходов лечения в данном контексте, способов и сроков их измерения, а также пороговых критериев, которые следует использовать для оценки качества [10,12].

Значимые исходы, связанные с лечением боли, обусловленной хирургическим вмешательством, могут различаться на основании восприятия наблюдателя (пациента, врача, организатора или исследователя), времени (незадолго до операции или в отдаленном периоде), и имеющихся ресурсов, включая штат сотрудников и оборудование.

Виды исходов, в числе прочих:

- **Исходы, оцениваемые пациентами с помощью анкет (PROs)**, напр., интенсивность боли, влияние на работоспособность, нежелательные явления, качество жизни, удовлетворенность, качество выздоровления, развитие хронической боли
- **Клинические исходы**, напр., осложнения, применение анальгетиков, смертность
- **Анализ стоимости лечения**, напр., стоимость использования ресурсов и вмешательств (сотрудники, оборудование и изделия одноразового использования) в амбулаторных условиях в сравнении со стационаром, а также частное здравоохранение в сравнении с государственным.



Измерение исхода для принятия решений о лечении при оказании медицинской помощи, в режиме реального времени

Чтобы облегчить процесс принятия решений о лечении в клинической практике, для оценки болевого статуса пациента следует использовать несколько инструментов PRO и учитывать вклад множества факторов, которые влияют на болевые ощущения (тип процедуры, генетика, социодемографические характеристики, настроение, утомляемость, а также лекарственное лечение, применявшееся ранее и имеющееся в настоящее время). Эти исходы быть направлены на ключевую задачу раннего функционального выздоровления. Основные критерии исходов должны быть простыми. К их числу можно отнести:

- сообщение пациента о тяжести боли
- влияние боли на функциональные способности (напр. движение в постели и вне ее, влияние на функцию сна)
- наличие нежелательных явлений и их степень тяжести
- как пациент воспринимает получаемое лечение (напр., удовлетворенность, желание более эффективного лечения боли).

Целевые показатели исходов должны, по возможности, включать степень боли, которая не выходит за рамки слабой боли [9], и минимальное влияние боли и методов ее лечения на функциональные способности.

Динамическая природа послеоперационной боли требует проведения повторных измерений боли. Решения в отношении лечения, базирующиеся только на оценке интенсивности боли (например, самая сильная или самая слабая степень интенсивности), не ассоциированы с более эффективной терапией [3], а связаны с сообщениями об излишнем лечении и серьезных нежелательных явлениях [2].

Имеются разные опросники по оценке боли, но исследования не выявили единственный оптимальный инструмент или оптимальную частота его применения для оценки или повторной оценки послеоперационной боли [8].

Траектория боли может определять динамическую природу боли пациента. Траектория боли - это графическое представление интенсивности боли пациента в баллах в течение периода наблюдения. В сравнении только с интенсивностью боли в баллах траектории привлекают внимание к скорости возникновения начального облегчения боли, постоянству облегчения боли и достигнутой общей степени облегчения боли [4,5].

В клинических ситуациях, где оценка боли проводится в плановом порядке, уже имеются исходные данные для создания траекторий. Необходимо иметь представление об этой методике и знать, как интерпретировать результаты.

Измерение исходов для улучшения качества [7]

Программы УК зависят от предоставления корректной информации в нужное время нужным группам людей. Клинический реестр данных может предоставить информацию о качестве и безопасности лечения группы или групп пациентов в палате, стационаре и даже на национальном и международном уровне. Поставщики могут использовать данные, чтобы:



- Отслеживать их собственную деятельность и эффект вмешательств, тем самым выявляя клинически сильные и слабые стороны, и применять данную информацию для распределения ресурсов на основе этих данных
- Сравнить показатели деятельности с другими учреждениями (сопоставительный анализ)

Информация, имеющаяся в реестре, может быть более обобщаемой, потому что она не исключает сложных пациентов.

- БЕЗ БОЛИ (PAIN OUT) (www.pain-out.eu) - это международный реестр периоперационных состояний [13, 14], учрежденный МАИБ
- В Объединенном информационном реестре исходов лечения (Collaborative Health Outcomes Information Registry, CHOIR) (www.choir.stanford.edu) в настоящее время разрабатывается критический модуль для оценки качественных характеристик периоперационной боли в США

Измерение исхода для целей исследования

Учет клинически важных, ориентированных на пациента исходов с использованием стандартизованных валидных инструментов измерения является первостепенным при исследовании в ходе операции. [1]

- Инициативная группа по методам, измерению и оценке боли в клинических исследованиях (группа Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials, IMMPACT) предлагает ключевой набор критериев эффективности для разработки и внедрения рандомизированных, контролируемых исследований, посвященных периоперационной боли [6,11].
- Реестры с большим объемом данных ("Big Data" registries) предоставляют возможности для эпидемиологического и клинического исследования

Измерение исхода для возможности учета: Оценка эффективности системы здравоохранения

О показателях эффективности открыто сообщается получателю/потребителю медицинских услуг; эти показатели могут использоваться для направления рыночного спроса в сторону систем с самыми эффективными показателями. В настоящее время имеется несколько таких показателей в отношении боли. В качестве примеров таких показателей можно привести оценку потребителем поставщиков медицинских услуг и медицинского обслуживания в больницах США (U.S. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, HCAHPS) (www.hcahponline.org) и внутрибольничные исследования института Пикера в Великобритании (Picker Institute inpatient surveys) (www.pickereurope.org/).

Надежная оценка результатов медико-санитарной помощи должна также учитывать боль после выписки, так как нынешний акцент на сокращенном пребывании в стационаре для улучшения протоколов восстановления угрожает развитием боли после операции (например, хроническая послеоперационная боль), недооцениваемой в обществе.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Boney O, Moonesinghe S, Myles PS, Grocott MPW. Standardizing endpoints in perioperative research. *Can J Anaesth* 2016;63:159-168.
2. Vila H Jr, Smith RA, Augustyniak MJ, Nagi PA, Soto RG, Ross TW, Cantor AB, Strickland JM, Miguel RV. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg* 2005;101:474-80.
3. Hadjistavropoulos T, MacNab Y, Lints-Martindale A, Martin R, Hadjistavropoulos H. Does routine pain assessment result in better care? *Pain Res Manag*, 2009;14:;211-6.
4. Chapman CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*. 2011;12(2):257-62.
5. Kannampallil T, Galanter WL, Falck S, Gaunt MJ, Gibbons RD, McNutt R, Odwazny R, Schiff G, Vaida AJ, Wilkie DJ, Lambert BL. Characterizing the pain score trajectories of hospitalized adult medical and surgical patients: a retrospective cohort study. *Pain*. 2016;157(12):2739-2746.
6. Cooper SA, Desjardins PJ, Turk DC et al. Research design considerations for single-dose analgesic clinical trials in acute pain: IMMPACT recommendations *Pain* 2016;157(2):288-301.
7. Gordon DB, Polomono R, Pellino, TA, Turk DC, McCracken L, Sherwood G, Farrar J, Paice J, Wallace M, Strassels S. Psychometrics of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ) for Quality Improvement of Acute and Cancer Pain Management. *J of Pain* 2010;11(11):1172-1186.
8. Gordon DB, DeLeon-Casasola OA, Wu CL, Sluka K, Brennan T, Chou R. Research gaps on practice guidelines for acute perioperative pain management in adults: findings from a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. *J Pain* 2016;17(2):158-66.
9. Lohr K.N. Medicare . *A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
10. Malhotra A, Mackey S. Outcomes in pain medicine: a brief review. *Pain Ther* 2012;1(1):5.
11. McGrath PJ, Walco GA, Turk DC et al. Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. *J Pain* 2008;9(9):771-83.
12. Moore RA, Straube S, Aldington D. Pain measures and cut-offs - 'no worse than mild pain' as a simple, universal outcome. *Anaesthesia*. 2013;68(4):400-12.
13. Rothaug J, Zaslansky R, Schwenkglens M, Korman M, Alvin A, Backstrom, R, Brill S, Buchholz IM, Engle C, Fletcher D, Foror L, Funk P, Gerbershagen HJ, Gordon DB, Konrad C, Kopf A, Leykin Y, Pogatzki-Zahn E, Puig M, Rawal N, Taylor RS, Ullrich K, Volk T, Yahiaoui-Doktor M, Meissner W. Patients' perceptions of post-operative pain management: validation of the International Pain Outcomes questionnaire (IPO). *J Pain* 2013;14(11):1361-1370.
14. Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatzki-Zahn E, Puig MM, Rawal N, Ullrich K, Volk T, Meissner W. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 2015;19:490-502.
15. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260 (12): 1743-8.



АВТОРЫ

Дэб Гордон, RN, DNP, FAAN

Отделение анестезиологии и медицины боли

Соучредитель программы комплексного лечения боли Харборвью
Вашингтона

Сиэтл, Вашингтон, США

Д-р Уинфред Мейсснер

Координатор проекта PAIN-OUT/QUIPS, отделение анестезиологии и интенсивной терапии Университетского госпиталя
Йенского университета имени Фридриха Шиллера

Йена, Германия

Рут Заслански, д-р наук

Менеджер по научной поддержке PAIN-OUT Йенского университетского госпиталя,

Отделение анестезиологии и интенсивной терапии

Йена, Германия

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Джейн Квинлэн, MB, BS, FRCA, FFPMRCA

Консультант в области анестезиологии и лечения боли

Отделение анестезиологии Наффилд

Больницы Оксфордского университета отделения Национальной системы здравоохранения

Оксфорд, Великобритания

Д-р Нариндер Равал, к.м.н., FRCA (Hon), EDRA

Профессор, отделение анестезиологии и интенсивной терапии

Университет Эребру

Эребру, Швеция