

**• ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР № 14**

**Использование исходов для улучшения лечения болевого синдрома после операции:**

**в реальном времени, в краткосрочной и долгосрочной перспективе**

Оценки качества лечения болевого синдрома включает оценку структур, процессов и исходов [15]. Исходы, по большей части, отражают результаты процессов и структур. Настоящий информационный обзор сосредоточен на описании исходов для принятия решений в отношении индивидуального лечения у постели пациента, которые используются для повышения качества (QI) в таких сферах, как расширенная реабилитация в послеоперационном периоде и при проведении научных исследований. Количественная оценка исходов все чаще требуется для отчетности (для оценки деятельности), которая в ряде стран связана с финансированием системы здравоохранения.

Качество лечения было определено как «степень, до которой для отдельных лиц и популяции в целом здравоохранение повышает вероятность достижения желаемого уровня оценки состояния здоровья в соответствии с современными профессиональными знаниями» [9]. В настоящее время не существует согласованного определения факторов, которые составляют высокое качество лечения периоперационного болевого синдрома. Этот пробел свидетельствует об отсутствии согласия о желаемом уровне состояния здоровья в этом контексте, методах и времени проведения его оценки и пороговых значениях, которые должны использоваться при оценке качества [10,12].

Важные аспекты оценки состояния здоровья, связанной с лечением болевого синдрома при оперативных вмешательствах, могут отличаться в зависимости от точки зрения наблюдателя (является ли он пациентом, врачом, администратором или исследователем), времени (в раннем или отдаленном послеоперационном периоде) и имеющихся ресурсов, включая кадровые и технологические. Примеры исходов включают в себя, среди прочего:

* Исходы, полученные путём опроса пациентов (PRO), например интенсивность боли, влияние на функцию, нежелательные эффекты, качество жизни, удовлетворенность, качество восстановления, развитие хронического болевого синдрома
* Клинические исходы; например, осложнения, потребление анальгетиков, смертность
* Фармакоэкономические исходы, например затраты на использование ресурсов и вмешательств (персонал, оборудование и расходные материалы) в амбулаторных условиях по сравнению со стационарными и в частных клиниках по сравнению с государственными учреждениями здравоохранения

**Количественная оценка исходов для принятия терапевтических решений у постели пациента в реальном времени**

Для помощи в процессе принятия решений относительно стратегии лечения в клинической практике должно использоваться несколько PRO для оценки характеристик болевого синдрома у пациента и влияния множества факторов на его ощущение боли (тип процедуры, генетические факторы, социально-демографические характеристики, настроение, утомляемость и лекарственная терапия в прошлом и в настоящее время). Эти исходы должны подчиняться достижению главной цели раннего восстановления функционального состояния пациента. Основные показатели оценки исходов должны быть простыми. Они могут включать:

* сообщение пациента о тяжести боли
* влияние боли на функциональное состояние (например движение в постели и по палате, сон пациента)
* наличие и выраженность побочных эффектов
* восприятие пациентом проводимой терапии (например удовлетворенность, желание более эффективного лечения болевого синдрома).

Цели исходов должны, когда это возможно, включать отсутствие болей с интенсивностью выше легкой [9] и минимальное воздействие боли и ее лечения на функциональное состояние.

Динамический характер послеоперационной боли обуславливает необходимость повторных измерений выраженности болевого синдрома. Обоснование принятия решения о стратегии лечения пациента на основании одной только оценки интенсивности боли (например более или менее интенсивная) не ассоциируется с улучшением лечения [3] и было связано с сообщениями о передозировках и серьезных нежелательных явлениях [2].

Существуют различные анкеты оценки боли, но исследования не выявили одного наилучшего инструмента или оптимальной частоты его использования для оценки и пересмотра лечения послеоперационного болевого синдрома [8].

Кривая динамики болевого синдрома может характеризовать динамичный характер боли пациента. Кривая динамики болевого синдрома представляет собой графическое представление оценки интенсивности боли пациентом в течение периода наблюдения. По сравнению с простой оценкой по шкале боли, кривая динамики болевого синдрома обращает внимание на скорость наступления первоначального облегчения боли, устойчивость облегчения боли и достигнутое общее облегчение боли [4,5].

В клинических ситуациях, когда регулярно проводятся оценки выраженности болевого синдрома, уже существуют первичные данные для создания кривых динамики. Необходима осведомленность об этой технике и знания о том, как интерпретировать результаты.

**Количественная оценка исходов для повышения качества [7]**

Повышение качества зависит от предоставления нужной информации в нужное время нужной группе людей. Реестр клинических данных может содержать информацию о качестве и безопасности лечения группы или групп пациентов в плате, больнице и даже на национальном или международном уровне. Поставщики медицинских услуг могут использовать эти данные для того, чтобы:

* Отслеживать эффективность своей собственной деятельности и вклад лечебных мероприятий, тем самым выявляя сильные и слабые стороны в клинических условиях, и применять эту информацию при выделении ресурсов для совершенствования работы на основании получаемых данных
* Сравнение результатов с другими учреждениями (бенчмаркинг)

Данные реестров могут быть более обобщенными, потому что они не исключают сложных пациентов.

* PAIN OUT ([www.pain-out.eu](http://www.pain-out.eu)) это Международный периоперационный реестр [13, 14], одобренный IASP
* Совместный реестр информации по оценке состояния здоровья (The Collaborative Health Outcomes Information Registry, CHOIR) ([www.choir.stanford.edu](http://www.choir.stanford.edu)) в настоящее время разрабатывает модуль для острых состояний для оценки качества лечения периоперационного болевого синдрома в США

**Количественная оценка исходов для научных исследований**

Важное значение в периоперационных исследованиях имеют клинически значимые ориентированные на пациента исходы, оцененные с использованием стандартизованных валидированных методов измерения. [1]

* Инициатива по методам, измерениям и оценке боли в клинических исследованиях (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials, IMMPACT) предлагает набор основных измеримых исходов для разработки и проведения рандомизированных контролируемых исследований периоперационных болевых синдромов [6,11].
* Реестры «больших объемов данных» обеспечивают возможность проведения эпидемиологических и клинических исследований

**Количественная оценка исходов для целей отчетности Оценка деятельности системы здравоохранения**

Показатели оценки деятельности открыто представляются плательщикам системы здравоохранения/потребителям и могут использоваться для направления спроса к системам с более высокой эффективностью. В отношении лечения болевого синдрома в настоящее время существует несколько индикаторов. Примерами, которые включают элементы оценки лечения болевого синдрома, являются Потребительская оценка госпитальных медицинских работников и систем (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, HCAHPS) (www.hcahpsonline.org) в США и опросы госпитализированных пациентов, проводимые институтом Пикера (the Picker Institute) в Великобритании (www.pickereurope.org/)

Надежные оценки эффективности работы служб здравоохранения должны также учитывать лечение болевого синдрома после выписки из стационара в соответствии с нынешним акцентом на укорочение периода госпитализации для расширенных протоколов реабилитации c рисками послеоперационного болевого синдрома (например, хронических послеоперационных болей), что недооценивается сообществом.

**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, Schwenkglenks M, Korman M, Alvin A, Backstrom, R, Brill S, Bucholz 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, Backstrom R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatski-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:**

Деб Гордон (Deb Gordon) RN, DNP, FAAN

Отделения анестезиологии и лечения болевого синдрома

Соруководитель программы интегративного лечения болевого синдрома Харборвью

Вашингтонский университет

Сиэтл, Вашингтон, США

Винфрид Мейсснер (Winfried Meissner), MD

Координатор проекта PAIN-OUT/QUIPS

Отделение анестезиологии и интенсивной терапии

Университетская больница Йенского университета имени Фридриха Шиллера, Йена,

Йена, Германия

Рут Заслански (Ruth Zaslansky), DSc

Научный руководитель PAIN-OUT

Университетская больница Йенского университета

Отделение анестезиологии и интенсивной терапии

Йена, Германия

**РЕЦЕНЗЕНТЫ**

Джейн Куинлан (Jane Quinlan), MB, BS, FRCA, FFPMRCA

Консультант по анестезиологии и лечению болевого синдрома

Подразделение анестетиков в Наффилде

NHS фонд госпиталей Оксфордского университета

Оксфорд, Великобритания

Нариндер Равал (Narinder Rawal), MD, Ph.D., FRCA (Hon), EDR

Профессор, отделение анестезиологии и интенсивной терапии

Университет Эребру

Эребру, Швеция

**Информация о Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain®, IASP)**

IASP является лидирующим профессиональным сообществом в науке, практике и образовании по проблеме боли. [Членство открыто для всех специалистов,](http://www.iasp-pain.org/Membership/?navItemNumber=501) участвующих в исследованиях, диагностике и лечении болевого синдрома. IASP насчитывает более 7000 членов в 133 странах, 90 национальных отделений и 20 специальных групп.

**В рамках Всемирного года борьбы с послеоперационной болью IASP предлагает серию информационных обзоров, охватывающих отдельные темы, связанные с послеоперационной болью. Эти документы были переведены на несколько языков и доступны для свободного скачивания. Для получения дополнительной информации посетите сайт**  [**www.iasp-pain.org/globalyear**](http://www.iasp-pain.org/globalyear)