

Избранные материалы XXVIII ежегодного конгресса Европейского общества регионарной анестезии (9–12 сентября 2009 года, г. Зальцбург, Австрия)

От редакции журнала «Регионарная анестезия и лечение острой боли»

Предлагаем вниманию наших читателей избранные материалы XXVIII ежегодного конгресса Европейского общества регионарной анестезии (ESRA), который проходил с 9 по 12 сентября 2009 г. в г. Зальцбурге (Австрия). Этот конгресс в значительной степени был посвящен дальнейшей популяризации проводниковой анестезии и постепенному снижению доли нейроаксиальных блокад в общей структуре регионарной анестезии. Действительно, не менее половины докладов, представленных на конгрессе, освещали различные аспекты ультразвуковой локализации нервов и сплетений. Отношение к этому

«ультразвуковому прессингу», возрастающему на протяжении последних форумов ESRA, уже было высказано членами редакции журнала в предыдущем обзоре материалов зальцбургского конгресса и опубликованном нами, буквально «по горячим следам», в четвертом номере журнала за 2009 г. С этого номера журнала мы начинаем публикацию избранных материалов конгресса, хотя и не имеющих отношение к проблемам ультразвуковой локализации нервов и сплетений, однако представляющих, по нашему мнению, интерес для российских анестезиологов.

*Ответственный секретарь журнала
«Регионарная анестезия и лечение острой боли»
Г. В. Филиппович*

Польза, риски и лучшая практика.

Есть ли у нас все доказательства, которые нам нужны?

Б. Фишер

Госпиталь Александры, Реддич, Великобритания

Benefits, risks and best practice; Do we have the evidence we need?

Dr. Barrie Fischer

Alexandra Hospital, Redditch, Great Britain

Я был представлен таинствам и искусству местной анестезии в качестве стажера первого года по анестезиологии более 35 лет назад. С тех пор убежден, что безопасная и эффективная регионарная анестезия может принести пользу, которую даже нельзя представить себе при общем обезболивании или системной опиоидной анальгезии. Качество регионарного обезбоживания по сравнению с анальгезией, основанной на применении опиоидов, может быть единственной причиной предложить пациенту регионарную анестезию [1], хотя некоторые могут попытаться оспорить этот факт.

Облегчение боли у пациентов – всеобщая гуманитарная цель, однако на протяжении всей моей карьеры я был твердо убежден в том, что мы должны иметь возможность доказать: регионарная анестезия действительно предлагает пациенту

нечто большее, чем просто облегчение боли, а именно снижение хирургической заболеваемости и смертности, укорочение продолжительности госпитализации, снижение стоимости лечения, обуславливая тем самым наилучший функциональный исход.

Глубокое погружение в тему обезбоживания сегодня не является моей целью, поскольку гораздо более выдающиеся люди сделали это смыслом своей работы и продолжают давать нам знания в данной области [2]. Я просто хочу взглянуть на «обе стороны медали», оценив пользу и риск регионарной анестезии, используя возможности, предоставленные мне членством в двух отдельных исследовательских группах. The Prospect group [3] – международная группа хирургов и анестезиологов, работающая над созданием доказательных рекомендаций по вопросам

специфических хирургических процедур, которая использует для этого систематические обзоры по проблеме и, по возможности, результаты метаанализов исследований. Говоря об обратной стороне медали, следует заметить, что недостаток проспективных данных о серьезных рисках центральных нейроаксиальных блокад в Великобритании привел к появлению National Adult Project by the Royal College of Anaesthetists [4]. Результаты данного проекта, опубликованные ранее в текущем году, уже внесли важный вклад в получение знаний о рисках нейроаксиальных блокад и в использование этих данных в процессе получения информированного согласия.

Польза

Существует большая база результатов опубликованных исследований, которые указывают на пользу регионарных методов обезболивания по сравнению с другими видами анестезии. Проблема заключается в том, что когда начинаешь углубляться в эти данные, то натываешься на ограничения исследований (недостаток мощности, отсутствие четкости о критериях включения пациентов в исследование, дизайн исследования, конечные величины, отсутствие контроля над другими влияниями на исход и т. д.), и это создает трудности в сравнении результатов разных исследований.

Например, результаты исследования CORTA [5] демонстрируют значительное снижение смертности при использовании методов центральной нейроаксиальной анестезии по сравнению с группой общего обезболивания, что привело к появлению данной темы в заголовках национальных новостей в Великобритании. При этом следует заметить: обсуждение анестезиологических проблем в британской прессе является крайне редким событием.

Однако в печати довольно скоро стали появляться разночтения в анализе данной информации, что было сначала индуцировано выводами исследования MASTER [6], указывающими на то, что эпидуральное введение препаратов не обладает каким-либо преимуществом по сравнению с «другими видами адекватного обезболивания и защитой дыхательных путей», т. е. с общей анестезией. Дебаты были продолжены, и поскольку под их влиянием наметилась тенденция повышения уровня исков о компенсации со стороны пациентов и их адвокатов, многие анестезиологи перестали предлагать эпидуральную анальгезию/анестезию пациентам даже в тех случаях, когда

это могло принести им пользу. Появившаяся затем серия сообщений о росте осложнений эпидуральной анестезии [7] ускорила дальнейшее снижение популярности данного вида обезболивания в Великобритании, несмотря на недостаток доказательной информации об истинной частоте осложнений. То же самое наблюдается и в других странах (Канада, США, Австралия). Таким образом, после 30 лет усилий мы не имеем достаточной доказательной базы о роли регионарной анестезии в оптимизации исхода операции*.

Это происходит преимущественно вследствие того, что даже в наилучшем образе организованные рандомизированные исследования не входят, к сожалению, достаточное количество пациентов, чтобы продемонстрировать четкую разницу между заболеваемостью и смертностью [8]. Крупный систематический обзор, опубликованный группой исследователей под руководством S. S. Liu [9] в 2007 г., подтверждает тот факт, что, хотя регионарная анестезия и обеспечивает лучшее обезболивание по сравнению с назначением опиоидов, точных доказательств улучшения исхода пока не имеется.

Вместе с тем существует большая, но противоречивая база данных о рисках регионарной анестезии. Описанный спектр осложнений сильно варьирует вследствие применения различных методов исследования, и большинство данных этих исследований являются ретроспективными. V. Моен и соавт. [10] представили в 2004 г. полезные результаты ретроспективного исследования, показывающие частоту неврологических осложнений нейроаксиальных методов обезболивания в Швеции. Из данных этой работы следует, что частота неврологических осложнений спинномозговой анестезии составляет 1 на 3600 случаев анестезии, частота неврологических осложнений акушерской эпидуральной анальгезии/анестезии соответствует показателю 1:25 000 и неакушерской эпидуральной анальгезии/анестезии – 1:3600.

Принимая во внимание эти редкие, но потенциально очень тяжелые осложнения нейроаксиальных методов регионарной анестезии, мы задаемся важным вопросом: «Если отсутствует уверенность относительно общей пользы методов регионарной анестезии при повышении интереса общественности к их серьезным осложнениям,

* Наши комментарии относительно этого фрагмента лекции Б. Фишера уже были опубликованы на страницах журнала (2009. Т. III, № 4. С. 5–14). Мы преднамеренно публикуем данную лекцию, желая наглядно отразить для читателей ауру и «красную нить» зальцбургского конгресса. – Прим. редакции журнала «Регионарная анестезия и лечение острой боли».

то где нам получить информацию, которая так необходима для улучшения наших наивысших стандартов клинической практики?»

Если польза регионарной анестезии не ясна, то есть смысл оценить ее роль с использованием более специфичных критериев [3, 11] для создания улучшенных руководств. Систематический обзор и метаанализ являются обычными методами сбора информации, однако масштабы проводимых исследований не позволяют пока осуществить точный анализ [12]. Рекомендации, полученные из систематических обзоров, могут быть собраны в программы по восстановлению и реабилитации после специфических хирургических манипуляций. Недавно опубликованные литературные [13–18] и представленные в Интернете данные [3, 11] обеспечивают доказательства для создания клинических практических руководств по целому ряду хирургических манипуляций. Данные систематического обзора The Prospect group также достаточно надежны для создания вклада в разработку уже известных специфических тем [19].

Риски

Риск тяжелого осложнения должен балансировать с пользой при построении рекомендации или создании информированного согласия. Опубликованные данные о частоте случаев тяжелых осложнений, связанных с эпидуральной анестезией при крупных хирургических вмешательствах, варьируют от 1:875 [7] до 1:19 000 [20]. Наличие различных подгрупп пациентов ведет к различию в рисках, что затрудняет обеспечение детальной информацией пациента. В рамках проекта NAP3 проводилась 12-месячная проспективная оценка риска в 5 группах пациентов (педиатрия, акушерство, периоперационная группа, группа с хронической болью и неанестезиологическая группа). Потребовалось много усилий для сбора информации обо всех осложнениях в этих группах за 12 мес.

Из 707 425 проведенных центральных блокад количество случаев инфаркта спинного мозга, гематом позвоночного канала, менингита, повреждений спинного мозга составило 52. В 22 случаях пациенты полностью восстановились за время наблюдения. Группа периоперационных эпидуральных анестезий дала половину осложнений с частотой между 1:5700 (пессимистично) и 1:12 200 (оптимистично). Эти проспективные данные расходятся с некоторыми публикациями и совпадают с другими крупными исследованиями. Указанные

данные позволяют обеспечивать пациентов информацией о риске, который связан с центральным нейроаксиальным блоком, в зависимости от клинической ситуации, и разделить осложнения на категории.

Лучшая практика

С доступом к лучшей информации о пользе регионарной анестезии и ее рисках предоставляет возможность разработать стандарты для лучшей практической деятельности, целью которой являются:

1. Оптимальное качество послеоперационного обезбоживания с минимальной частотой побочных эффектов.
2. Возможность использования активных программ реабилитации для ускорения восстановления пациентов, улучшения подвижности, оптимизации функционального восстановления и уменьшения продолжительности их нахождения в больнице.
3. Улучшение отдаленных результатов и потенциальное снижение частоты развития хронического болевого синдрома и плохих функциональных результатов вследствие неадекватной терапии сильной интенсивной боли в раннем послеоперационном периоде.

Исходя из данных имеющихся обзоров специфических манипуляций, становится ясно, что имеющейся информации пока недостаточно для создания четких и твердых рекомендаций. Это заставляет нас сфокусироваться на идеях о будущих исследованиях. Примером могут служить проблемы анестезиологического обеспечения таких распространенных операций, как артропластика бедра и колена. При разработке специфических рекомендаций по обеспечению анестезии и послеоперационного обезбоживания этих операций видно, что опубликованные данные не могут ответить на многие вопросы:

- Является ли единственное введение препарата достаточным для обеспечения адекватной продолжительности обезбоживания?
- Является ли бедренная блокада эффективной или дополнительная блокада седалищного нерва улучшает функциональный исход, так же как и обезбоживание при тотальном протезировании коленного сустава?
- Являются ли перинеуральные инфузии препаратов более лучшими по качеству обезбоживания по сравнению с единственным введением препарата и какова их оптимальная продолжительность?

- Является ли регионарная анестезия конечной целью?
- Должна ли анестезия быть эффективной только для достижения активной реабилитации?
- Возможно ли достичь мультимодального обезболивания без опиоидов [18]?

Достичь лучшей практики бывает тяжело даже в случае нахождения с помощью систематических обзоров наиболее эффективных анестезиологических и анальгетических комбинаций. Это является сложной задачей и зависит от

множества хирургических и анестезиологических факторов.

Создание руководств по местному обезболиванию необходимо для демонстрации пользы специфической манипуляции. Кроме того, нам необходимо сбалансировать пользу и возможный риск этих манипуляций с двух сторон: научных доказательств и клинической практики. Мы уже начали данный процесс, у нас уже есть хорошие ответы на некоторые вопросы, и мы знаем, что на часть вопросов нам еще предстоит ответить. Остается еще много работы!

Литература

1. *Barrington M. J., Scott D. A.* Do we need to justify epidural analgesia beyond pain relief? // *Lancet.* 2008; 372: 514–516.
2. *Kehlet H.* Labat Lecture 2005; Surgical stress and postoperative outcome - from here to where? // *Reg. Anesth. Pain Med.* 2006; 31: 47–52.
3. Prospect - Procedure specific postoperative pain management. www.postoppain.org
4. *Cook T. M., Counsell D., Wildsmith J. A. W.* Major complications of central neural block: report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists // *Br. J. Anaesth.* 2009; 102: 179–190. www.rcoa.ac.uk and follow the links to download the document
5. *Rodgers A., Walker N., Schug S. et al.* Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from an overview of randomised trials // *Br. Med. J.* 2000; 321: 1493–1497.
6. *Rigg J. R., Jamrozik K., Myles P. S. et al.* Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial // *Lancet.* 2002; 359: 1276–1282.
7. *Christie I., McCabe S.* Major complications of epidural analgesia after surgery: results of a six-year survey // *Anaesthesia.* 2007; 62: 335–341.
8. *Wijeysundera D. N., Beattie W. S., Austin P. C. et al.* Epidural anaesthesia and survival after intermediate-to-high risk non-cardiac surgery: a population-based cohort study // *Lancet.* 2008; 372: 562–569.
9. *Liu S. S., Wu C. L.* Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: A systematic update of the evidence // *Anesth. Analg.* 2007; 104: 689–702.
10. *Moen V., Dahlgren N., Irestedt L.* Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990–1999 // *Anesthesiology.* 2004; 101: 950–959.
11. *Rosenquist R. W., Rosenburg J.* US Veterans Administration. Postoperative Pain Guidelines // *Reg. Anesth. Pain Med.* 2003; 28: 265–267. www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm
12. *Pogue J., Yusuf S.* Overcoming the limitations of current meta-analysis of randomised controlled trials // *Lancet.* 1998; 351: 47–52.
13. *Fischer H. B. J., Simanski C. J. P., Sharp C. et al.* A procedure-specific systematic review and consensus recommendations for postoperative analgesia following total knee arthroplasty // *Anaesthesia.* 2008; 63: 1105–1123.
14. *Fischer H. B. J., Simanski C. J.* A procedure-specific systematic review and consensus recommendations for analgesia after total hip replacement // *Anaesthesia.* 2005 Dec; 60: 1189–1202.
15. *Rathmell J. P., Wu C. L., Sinatra R. S. et al.* Acute post-surgical pain management: a critical appraisal of current practice // *Reg. Anesth. Pain Med.* 2006; 31:(suppl I): 1–42.
16. *Bonnet F., Marret E.* Influence of anaesthetic and analgesic techniques on outcome after surgery // *Br. J. Anaesth.* 2005; 95: 52–58.
17. *Mauermann W. J., Shilling A. M., Ashley M., Zuo Z.* A Comparison of neuraxial block versus general anaesthesia for elective total hip replacement; A meta-analysis // *Anesth. Analg.* 2006; 103: 1018–1025.
18. *Horlocker T. T., Kopp S. L., Pagnano M. W., Hebl J. R.* Analgesia for total hip and knee arthroplasty: a multimodal pathway featuring peripheral nerve block.
19. *Joshi G., Bonnet F., Shah R. et al.* A systematic review to evaluate the efficacy and safety of regional analgesic techniques for postthoracotomy analgesia // *Anesth. Analg.* 2008; 107: 1026–1040.
20. *Aromaa U., Lahdensuu M., Cozantis D. A.* Severe complications associated with epidural and spinal anaesthetics in Finland 1987–1993. A study based on patient insurance claims // *Acta Anaesth. Scand.* 1997; 41: 445–452.