



По страницам Кокрановской библиотеки

Некоторые аспекты послеоперационного ведения пациентов после эндопротезирования коленных или тазобедренных суставов с позиции доказательной медицины

Исход любого хирургического вмешательства зависит не только от выбранной техники операции и мастерства хирурга, но и в значительной степени от тактики до- и послеоперационного ведения больного. В данной статье приведены краткие результаты систематических обзоров Кокрановского сотрудничества, посвященных особенностям послеоперационного ведения пациентов, перенесших эндопротезирование коленных (ЭКС) или тазобедренных суставов (ЭТС).

Эпидуральная анальгезия для облегчения болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава

Адекватное обезболивание играет важную роль в послеоперационном периоде после ЭКС или ЭТС, так как обеспечивает более раннее вставание пациента после операции и более быстрое начало лечебной физкультуры. Поясничная эпидуральная анестезия является распространенным методом обезболивания после таких хирургических вмешательств. Однако до недавнего времени не было проведено ни одного систематического обзора, посвященного сравнению эпидуральной анальгезии с другими методами послеоперационного обезболивания после ЭТС или ЭКС. Поскольку применение эпидуральной анестезии может отсрочить начало антикоагулянтной тромбопрофилактики ввиду потенциального риска развития эпидуральной гематомы, необходимо выяснить, существуют ли методы послеоперационного обезболивания, которые превосходят по эффективности эпидуральную анальгезию у пациентов, перенесших ЭКС или ЭТС.

Включению в обзор подлежали рандомизированные или псевдорандомизированные контролируемые клинические испытания, в которых сравнивали послеоперационное обезболивание с помощью эпидуральной поясничной анестезии с другими методами анальгезии у пациентов, перенесших ЭКС или ЭТС. Поиск исследований проводили в базах данных MEDLINE, EMBASE, CINAHL, LILACS и в Кокрановском регистре контролируемых испытаний с момента их создания до июня 2001 года. Также поиск осуществляли в списках литературы обзорных статей и уже найденных исследований.

В первые 4-6 ч после операции у пациентов, получавших эпидуральную анестезию, выраженность боли в покое, оцениваемая с помощью визуальной аналоговой шкалы, была достоверно меньше, чем у пациентов, получавших системное обезболивание (средняя разница -0,77 балла; 95% доверительный интервал от -1,24 до -0,31). Однако через 18-24 ч разница уже не была статистически значимой (-0,29 балла; 95% ДИ от -0,73 до 0,16). Также эпидуральная анестезия обеспечивала уменьшение выраженности боли при движении после операции по сравнению с системным обезболиванием во всех четырех исследованиях, посвященных изучению этой конечной точки. Различия между эпидуральной анестезией и системным обезболиванием по частоте тошноты и рвоты не были статистически значимыми (относительный риск 0,95; 95% ДИ от 0,60 до 1,49), как и по частоте угнетения дыхания (ОР 1,07; 95% ДИ от 0,45 до 2,54). Седация отмечалась реже при использовании эпидуральной анестезии (ОР 0,3; 95% ДИ от 0,09

до 0,97) при показателе NNN (number needed to harm; количество больных, которых необходимо пролечить для развития одного дополнительного случая нежелательного явления) 7,7 (95% ДИ от 3,5 до 42) в группе системного обезболивания. При применении эпидуральной анестезии чаще по сравнению с системным обезболиванием возникали задержка мочи (ОР 3,5 при 95% ДИ от 1,63 до 7,51; NNN 4,5 при 95% ДИ от 2,3 до 12,2), зуд (ОР 4,74 при 95% ДИ от 1,76 до 12,78; NNN 6,8 при 95% ДИ от 4,4 до 15,8) и артериальная гипотензия (ОР 2,78 при 95% ДИ от 1,15 до 6,72; NNN 6,7 при 95% ДИ от 3,5 до 103). Для того чтобы сделать выводы о влиянии эпидуральной анестезии на риск серьезных послеоперационных осложнений, функциональные исходы и продолжительность пребывания в стационаре, данных оказалось недостаточно.

В заключение авторы отмечают, что эпидуральная анестезия может быть эффективным методом послеоперационного обезболивания после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей. Однако преимущество этого метода ограничивается ранним послеоперационным периодом (4-6 ч). Эпидуральная инфузия местных анестетиков или комбинации местных анестетиков и наркотических анальгетиков может быть предпочтительнее, чем эпидуральное введение только наркотических анальгетиков. При этом авторы подчеркивают, что анальгетический эффект необходимо оценивать в комплексе с частотой побочных явлений. Имеющихся на сегодня данных недостаточно, чтобы сделать выводы о частоте редких осложнений эпидуральной анестезии, влиянии на частоту послеоперационных осложнений, смертность, функциональные исходы, продолжительность пребывания в стационаре.

Choi P.T. et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (3): CD003071.

Прямые ингибиторы тромбина по сравнению с антагонистами витамина К или низкомолекулярными гепаринами для профилактики венозной тромбоэмболии после тотального эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава

Пациенты, перенесшие тотальное ЭТС (ТЭТС) или тотальное ЭКС (ТЭКС), имеют высокий риск развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ) после операции, даже несмотря на применение в адекватных дозах варфарина или низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Определенные надежды возлагаются на новые антикоагулянты. Данный обзор Кокрановского сотрудничества был проведен с целью изучения эффективности и безопасности

профилактического использования прямых ингибиторов тромбина (ПИТ) по сравнению с НМГ или антагонистами витамина К в профилактике ВТЭ у лиц, перенесших ТЭТС или ТЭКС.

Поиск исследований проводили в регистре Cochrane Peripheral Vascular Disease Group searched their Specialized Register (март 2010 г.) и CENTRAL (2010 г., Issue 2).

В обзор включили 14 рандомизированных контролируемых исследований с оценкой эффективности у 21 642 пациентов и безопасности у 27 360 обследованных. Не было обнаружено достоверных различий по частоте случаев ВТЭ между группами ПИТ и НМГ после ТЭКС и ТЭТС (ОР 0,91; 95% ДИ от 0,69 до 1,19; высокая неоднородность результатов – I² 71%). Также не отмечено существенной разницы между ПИТ и варфарином после ТЭКС (ОР 0,85; 95% ДИ от 0,63 до 1,15; без гетерогенности результатов – I² 0%).

Частота кровотечений была выше в группе ПИТ (при применении ксимелагатрана и дабигатрана, но не дезирудина) по сравнению с группой НМГ у пациентов, перенесших ТЭТС (ОР 1,40; 95% ДИ от 1,06 до 1,85; I² 41%). Статистически значимой разницы в сравнении с варфарином по частоте кровотечений после ТЭКС не отмечено (ОР 1,76; 95% ДИ от 0,91 до 3,38; I² 0%).

Общая смертность была выше в группе ПИТ, если в анализ включали случаи летальных исходов за период последующего наблюдения (ОР 2,06; 95% ДИ от 1,10 до 3,87).

Исследования, в которых применение ПИТ начинали до операции, показали меньшую частоту ВТЭ по сравнению с использованием НМГ, а те, в которых указанные препараты назначали после операции, – более высокую. Таким образом, эффект ПИТ по сравнению с НМГ, по-видимому, зависит в большей мере от времени начала коагуляции, чем от непосредственно эффективности препарата.

Таким образом, ПИТ не уступают по эффективности варфарину и НМГ в предотвращении серьезных тромбоэмболических осложнений после ТЭТС и ТЭКС. Однако они ассоциируются с более высокой смертностью в этой популяции пациентов и чаще вызывают кровотечения, чем НМГ. О тяжелых осложнениях со стороны печени в анализируемых исследованиях не сообщалось. На основании имеющейся доказательной базы использование ксимелагатрана сегодня не рекомендуется для профилактики ВТЭ у пациентов, перенесших ортопедические операции. В отношении дабигатрана необходимы дополнительные исследования.

Salazar C.A. et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Apr 14; (4): CD005981.

Непрерывная пассивная мобилизация для профилактики венозной тромбоэмболии после тотального эндопротезирования коленного сустава

ВТЭ, включающая тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), является одним из частых и потенциально смертельных осложнений после ТЭКС.

Заболеваемость ТГВ после ТЭКС составляет от 40 до 80%, частота ТЭЛА – около 2%. Общепринятым является мнение о том, что тромбопрофилактику следует проводить всем пациентам, которым выполняют ТЭКС. С этой целью возможно использование фармакологических и механических методов. Но поскольку медикаментозные средства изменяют профиль свертывания крови, они повышают риск кровотечений. В тех случаях, когда фармакологические способы не могут быть применены, на первый план выступают механические методы профилактики ВТЭ. Одним из них является непрерывная пассивная мобилизация (НПМ), заключающаяся в автоматизированном постоянном приведении в движение конечностей в тех или иных суставах.

Несмотря на теоретическое обоснование эффективности НПМ и широкое клиническое применение, существуют разные мнения относительно ее реальной эффективности в качестве метода профилактики ВТЭ после ТЭКС. Целью настоящего обзора было обобщить имеющуюся доказательную базу по данному вопросу.

Поиск релевантных исследований проводили в следующих базах данных: регистр Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group (январь 2011 г.), CENTRAL (2011 г., Issue 1), MEDLINE (с 1948 г. до января 2011 г.) и EMBASE (с 1980 г. до января 2011 г.). В дополнение авторы осуществляли поиск в списках литературы уже найденных исследований. В обзор включали рандомизированные контролируемые испытания, в которых оценивали эффективность НПМ в предотвращении ТГВ и ТЭЛА у взрослых пациентов, перенесших ТЭКС, по сравнению с контрольной группой. Клинические испытания с участием больных с ТГВ в начале исследования были исключены. Экспериментальные и контрольные группы получали аналогичное послеоперационное лечение, за исключением НПМ.

Критериям включения соответствовали десять рандомизированных контролируемых испытаний с участием 764 пациентов. В четырех исследованиях, включивших 361 больного, сообщалось о частоте ТГВ. В группе НПМ (182 пациента) отмечено 36 случаев ТГВ (20%) по сравнению с 28 (16%) в контрольной группе (179 пациентов). Метаанализ результатов не показал эффективности НПМ в профилактике ВТЭ после ТЭКС (ОР 1,27; 95% ДИ от 0,87 до 1,86). В одном исследовании (150 участников) частота ТЭЛА служила одной из конечных точек, при этом не были зарегистрированы случаи этого осложнения за период госпитализации или в течение последующих трех месяцев. Ни в одном из исследований не сообщалось о летальных исходах.

Авторы обзора пришли к выводу, что в настоящее время нет убедительных доказательств того, что НПМ снижает риск ВТЭ после ТЭКС. Оценить эффективность НПМ в снижении смертности не представляется возможным ввиду отсутствия летальных исходов во включенных в обзор исследованиях.

He M.L. et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18; 1: CD008207.

Подготовила **Наталья Мищенко**