

## **Euroanaesthesia 2004**

**Lissabon 5.–8.6.2004**

*Ritva Jokela*

Järjestyksessä kolmas ESA:n ja EAA:n yhteiskokous järjestettiin tänä vuonna Lissabonissa, Portugalissa, joka on muutenkin varsinkin jalkapallohullun kansan huomion kohteena tämän alkukauden aikana. Johtuen varsin vetovoimaisesta kokouspaikasta kokouksesta muodostui mittava: ennakkoon ilmoittautuneita oli noin 4000 osallistujaa, joista 85 suomalaisia! Kokouksen järjestelyt olivat onnistuneet, kokouspaikaksi oli valittu Lissabonin kongressikeskus, johon suuri osanottajamäärä upposi melko hyvin, tosin muutaman kerran pieneen luentosaliin työntyi kuulijoita niin, että istuimet ja ilmastoinnin kapasiteetti loppui. Kongressikeskus oli helposti saavutettavissa julkisilla kulkuneuvoilla.

Euroanaesthesia 2004:n ohjelma oli koottu jokaiselle jotakin -periaatteella. Puolentoista tunnin sessioita riitti jokaiselle erityisalueelle tehohoidosta kivunhoitoon ja lääketieteelliseen tutkimukseen. Puolentoista tunnissa ei yhtä aihetta kovin syvälle käsitellä, ja monestikin luennot jäivät pintaraapaisuksi. Toisaalta luennoitsijat olivat tasoltaan kovin vaihtelevia. Esimerkiksi anestesian syvyyden monitorointia käsittelevällä luennolla (Depth of anaesthesia: Concepts and monitoring) luennoitsija kuvasi, kuinka suuri potilasmateriaali tarvitaan osoittamaan monitoroinnin edun tilastollisesti merkitsevästi. Luennoitsija väitti, ettei sellaista tutkimusta ole kukaan vielä pystynyt tekemään saatikka julkaisemaan, vaikka PS Myles ryhmineen oli edellisellä viikolla julkaissut Lancetissa (Lancet 2004; 363: 1757–63) 2500 potilaan monikeskustutkimuksen, jossa riskiryhmillä (sydänkirurgia, traumat, sektiot) saatiin ero anestesianaikaiseen hereilläoloon (11 hereillä ollutta potilasta rutiinimonitoroinnin ryhmässä vs. 2 BIS-monitoroidussa ryhmässä).

Statistiikan käytöstä ja etenkin väärinkäytöstä luennoi erittäin mielenkiintoisesti Manchesterista MO Columb, joka ilmeisesti toimii BJA:n tilastotutkimus-asiantuntijana. Esityksessään hän otti esimerkkejä viimeaikaisesta anesthesiologisesta kirjallisuudesta ns. hyvistä lehdistä. Näissä oli julkaistu alkuperäistutkimuksia, joiden tilastotutkimus oli toteutettu epätydyttävästi, kuten käytetty yksisuuntaista P:n arvoa kaksisuuntaisen asemesta. Yleisesti ottaen P:n arvo tulisi raportoida vähintään kahden merkitsevän numeron tarkkuudella  $P < 0,0001$  ollen matalin raportoitu. Lisäksi kaikki  $P < 0,20$  tulisi raportoida, eikä vain kuitata 'NS'. Tällä luennolla stressiä aiheutti lähinnä pelko siitä, ettei seuraavaksi vain repostella jonkin oman julkaisun tilastotutkimusta.

"Albumin – state of art" oli kompakti, yhteen asiaan keskittyvä sessio, jossa raportoitiin vastailmestyneen SAFE-tutkimuksen tulos (NEJM 2004; 350: 2247–56). SAFE on Australiassa ja Uudessa Seelannissa toteutettu 7000 potilaan randomoitu, kontrolloitu tutkimus, jossa verrattiin kuolleisuutta 4 % albumiinin ja keittosuolaliuoksen välillä tehopotilaiden nesteresuskitaatiassa. Tutkimuksessa ei saatu eroa kuolleisuuteen ryhmien välille, mikä varmasti vahvistaa albumiinin käytön vähentämistä edelleenkin.

"Practical issues in clinical trials"-sessiossa Merwyn Maze Lontoosta kysyi, miksi Eurooppa on menettänyt johtoasemansa biolääketieteellisessä tutkimuksessa. Vuonna 1980 8/10 merkittävästä uudesta lääkeinnovaatiosta tehtiin Euroopassa, kun v. 2000 8/10 niistä tehtiin USA:ssa. Biolääketieteellinen tutkimus on Euroopassa tällä hetkellä 5. suurin teollisuuden sektori, jossa on 582 500 työpaikkaa, jonka tutkimukseen ja kehitykseen investoidaan 19,8 mil-

joonaa € vuosittain ja jonka voitto on 40 miljoonaa €. Viimeisen 20 vuoden aikana USA:ssa on biolääketieteellisen teollisuuden tutkimusvaroja lisätty, kun samana aikana Euroopassa niitä on vähennetty. Euroopan lääkevalmisteiden kaupasta ja tavaroiden vapaasta kuljetuksesta maasta toiseen. Tämä johtaa lääkkeen ostamiseen halvemman hintatason maasta ja myymiseen kalliimmalla hinnalla korkeamman hintatason maassa. Tänä vuonna tuli voimaan EU-direktiivi kliinisestä lääketieteellisestä tutkimuksesta, joka johtaa entistä tiukempaan tutkimusbyrokra-tiaan ja esimerkiksi elvytyslääketutkimusten loppu-miseen EU-alueella. Kaiken kaikkiaan EU huonon-taa alueensa kilpailukykyä kliinisen lääketutkimuk-

sen alalla, mikä johtaa siihen, että tulevaisuudessa joudumme tekemään päätöksiä hoitokäytännöistä EU:n ulkopuolella tehtyjen tutkimusten perusteella. Myös lääkkeiden pääsy Euroopan markkinoille on vaikeampaa kuin USA:ssa. Esimerkiksi dexmedetomidinin tutkimusnäyttö FDA:lle oli 95 %:sti eurooppalaisten tutkijoiden tuottamaa. FDA hyväksyi eurooppalaisen näytön, mutta Euroopassa saman näytön perusteella myyntilupaa ei ole saatu. Kiitän SAY:a saamastani matka-apurahasta. □

---

Ritva Jokela  
Anestesiologian el, LT  
ritva.m.jokela@hus.fi



Lauri Hirvonen