

antihistaminiky. Přidání kortikoidů do terapie bylo ale spojeno s vyšším výskytem nežádoucích účinků (18 vs. 10 %) (8).

Výsledky obou metaanalýz prokazují, že přidání kortikosteroidů k antihistaminikům není spojeno s klinicky relevantním a statisticky významným přínosem pro pacienty s mírnou až středně těžkou formou akutní urtikárie. U těžších případů mohou kortikosteroidy pomoci s rychlejší úlevou od příznaků, ale tato léčba je spojena s vyšším rizikem nežádoucích účinků. Kombinace H1- a H2-antihistaminik se ukázala být účinná a aditivní při zvládání symptomů akutní urtikárie ve srovnání s monoterapií H1-antihistaminiky. Kortikosteroidy by tedy měly být zvažovány pro pacienty s těžkou symptomatologií akutní urtikárie, zatímco kombinace H1- a H2-antihistaminik může být účinná u širokého spektra pacientů s minimálním rizikem vedlejších účinků.

Recentní doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti

V roce 2024 byly publikovány české překlady doporučení Evropské kardiologické společnosti pro léčbu infekční endokarditidy, pro léčbu akutních koronárních syndromů a aktualizace doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání [9, 10, 11]. Z hlediska urgentní medicíny poskytují doporučené postupy pro léčbu infekční endokarditidy především praktický návod pro empirickou iniciální antibiotickou léčbu u pacientů s nejasným agens. Doporučené postupy pro léčbu akutních koronárních syndromů poprvé v historii v jednom uceleném dokumentu shrnují postup u všech forem akutních koronárních syndromů s elevacemi i bez elevací ST úseku.

Adrenalin pro léčbu anafylaktického šoku v intranazální formě

Adrenalin je lékem první volby při anafylaxi a měl by být podán co nejdříve po rozpoznání tohoto závažného stavu. Samoaplikace ale může být ovlivněná strachem z jehel a může vést k opožděnému podání pomocí autoinjektoru. V srpnu 2024 byl americkým Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv schválen nosní sprej s adrenalinem pro použití u dětí a dospělých s tělesnou hmotností ≥ 30 kg [12]. Sada obsahuje jednu dávku v množství 2 mg adrenalinu, která se aplikuje do jedné nosní dírky a poskytuje tak srovnatelné hladiny adrenalinu v krvi jako při použití autoinjektorů [13]. Bezjehlové podání by tak mohlo pomoci překonat bariéry k rychlé léčbě.

Ceftriaxon pro prevenci pneumonie u ventilovaných pacientů s akutním kraniocerebrálním traumatem

Pacienti s akutním kraniocerebrálním traumatem (TBI) jsou vystaveni vysokému riziku rozvoje pneumonie spojené s umělou plicní ventilací (VAP). V klinické studii PROPHY-VAP (Prophylaxis of Ventilator-Associated Pneumonia in Patients with Acute Brain Injury) autoři zkoumali efekt jednorázové dávky ceftriaxonu na riziko vzniku VAP u pacientů s TBI, kteří vyžadovali umělou plicní ventilaci [14]. Studie byla multicentrická, randomizovaná, dvojitě zaslepená a placebem kontrolovaná a probíhala v devíti francouzských nemocnicích. Do studie bylo zařazeno 345 pacientů, kteří byli randomizováni k podání 2 g ceftriaxonu intravenózně

(171 pacientů) nebo placeba (174 pacientů) v období do 12 hodin od intubace. Primárním cílem bylo zjištění porovnání incidence rozvoje VAP mezi 2. a 7. dnem umělé plicní ventilace. Výsledky ukázaly, že incidence byla statisticky významně nižší ve skupině s ceftriaxonem (14 %) ve srovnání s placebem (14 vs. 32 %; OR 0,60, 95% CI 0,38–0,95, $p = 0,030$). V aktivní skupině nebyl zaznamenán výskyt nežádoucích účinků ceftriaxonu. Studie tedy dokladuje možnost jednoduché, bezpečné a aktivní prevence VAP u ventilovaných pacientů se závažným TBI v úvodní fázi ošetření.

Reperfuční léčba u pacientů s cévní mozkovou příhodou

Pacienti s ischemickou cévní mozkovou příhodou (iCMP) v rozšířeném časovém okně od začátku symptomů se zachovalou penumbrou jsou kandidáti mechanické trombektomie. Autoři klinické studie TRACE-III (Thrombolysis Research in Acute Cerebrovascular Events) se zaměřili na pacienty s iCMP způsobenou uzávěrem a. cerebri media nebo a. carotis interna v časovém okně 4,5–24 hodin, se zachovalou penumbrou, kteří neměli přístup k mechanické trombektomii [15]. Studie byla provedena v Číně a zahrnovala 516 pacientů. Ti byli randomizováni do skupiny léčené tenekteplázou (0,25 mg/kg, max. 25 mg) a skupiny s placebem. Primárním cílem byla absence invalidity po 90 dnech, hodnocená pomocí modifikované Rankinovy škály (mRS; skóre 0–1). Minimální nebo žádná invalidita byla pozorována signifikantně častěji u pacientů ve skupině s tenekteplázou (33 vs. 24,2 %, RR 1,37, 95% CI 1,04–1,81, $p = 0,030$). Mortalita po 90 dnech byla srovnatelná v obou skupinách (13,3 vs. 13,1 %). Výskyt symptomatického intrakraniálního krvácení do 36 hodin od randomizace byl vyšší ve skupině s tenekteplázou (3,0 % vs. 0,8 %). Podání tenekteplázy u pacientů indikovaných k mechanické trombektomii mezi 4,5–24 hodinami po vzniku CMP tedy vedlo u pacientů s velkým cévním uzávěrem v této klinické studii k lepšímu funkčnímu zotavení při srovnatelné úmrtnosti jako u standardní léčby bez trombolýzy a bez mechanické trombektomie, ale s vyšším výskytem symptomatického krvácení. Pozdní podání trombolýzy je samozřejmě méně účinné než mechanická trombektomie, ale přes všechny limitace tato studie přináší určitou možnost aktivní léčby pro oblasti anebo pro situace (nemožnost transportu během přírodních katastrof, událostí s hromadným postižením osob apod.), kdy je mechanická trombektomie nedostupná.

Li et al. publikovali randomizovanou dvojitě zaslepenou klinickou studii porovnávající účinnost a bezpečnost intravenózní reteplázy u pacientů s iCMP s počátkem symptomů $\leq 4,5$ hodiny ve srovnání se standardní léčbou alteplázou (RAISE studie; Reteplase versus Alteplase for Acute Ischemic Stroke) [16]. Do studie bylo zařazeno 1 200 pacientů a primárním cílem byl funkční stav podle mRS se skóre 0–2 90 dní od zařazení do studie. Tento cíl byl dosažen ve srovnatelné četnosti u pacientů ve skupině s reteplázou i s alteplázou (55 vs. 53 %, $p = 0,320$). Výskyt symptomatického intrakraniálního krvácení (2,5 vs. 3,1 %, $p = 0,450$) a celková mortalita (10 vs. 9 %, $p = 0,560$) byly také v obou skupinách srovnatelné. Klinická studie tedy prokázala, že retepláza má v léčbě akutní iCMP srovnatelnou účinnost a bezpečnost jako altepláza. Může tak být v této indikaci efektivní alternativou k altepláze.