

Zajímavosti z literatury

1 – 10 **Horáček M.**^{1,2}

11 – 20 **Klučka J.**³, **Skříšovská T.**^{4,5}

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Katedra anesteziologie a intenzivní medicíny, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³Výukový a publikační portál AKUTNĚ.CZ [ISSN 1803-179X], Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

⁴Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Fakultní nemocnice Brno

⁵Ústav simulační medicíny, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

1 Vliv tělesné zdatnosti před operací na pooperační mortalitu a morbiditu: prospektivní kohortová studie

Valadkhani A, Sebgathi S, Piehl J, Bell M. Impact of Preoperative Functional Capacity on Postoperative Mortality and Morbidity: A Prospective Cohort Study. Anesthesiology. 2026 Mar 1;144(3):525-534.

doi: [10.1097/ALN.0000000000005779](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000005779).

Tělesná zdatnost je důležitým faktorem při posuzování rizika výkonu. V doporučeních ESAIC pro předoperační vyšetření pacientů podstupujících nekardiologické výkony je prahem zvýšeného rizika hodnota MET (metabolický ekvivalent úkolu) < 4. Není jasné, zda hodnota MET uváděná pacientem (zjištěná např. podle dotazníků DASI, Duke Activity Status Index, nebo MET-REPAIR) koreluje s velikostí rizika, dosavadní studie mají rozporné výsledky. V této švédské prospektivní kohortové studii více než 38 000 pacientů podstupujících plánované nekardiologické výkony (s výjimkou výkonů jednodenních, porodnických a transplantačních) autoři je rozdělili podle hodnoty MET zjištěné v jejich strukturovaném dotazníku do pěti skupin s MET 1, 2–3, 4–5, 6–8 a ≥ 9.

Primárním výsledným ukazatelem byla mortalita bez rozlišení příčiny do 30 dnů a do 365 dnů. Do 30 dnů zemřelo 0,6 % pacientů, do 1 roku 5,4 %. Rozdíly v mortalitě byly ve skupinách statisticky významné, rozdíl v absolutním riziku mortality do 1 roku byl při srovnání s nejzdatnější skupinou ve skupině s MET 6–8 0,8 %, s MET 4–5 2,3 %, s MET 2–3 3,8 % a s MET 1 7,2 %. Nižší zdatnost podle MET byla spojena i s menším počtem dnů naživu a doma po jednom roce (sekundární výsledný ukazatel). Autoři uzavřeli, že tělesná zdatnost v MET takto zjištěná je spojena s krátkodobou i s dlouhodobou mortalitou. Tato studie tedy podporuje užívání MET při předoperačním vyšetření, přičemž rozdělení pacientů do jednotlivých skupin usnadňuje stratifikaci rizika.

2 Doporučení Difficult Airway Society ke zvládnutí neočekávané obtížné intubace trachey u dospělých z roku 2025

Ahmad I, El-Boghdady K, Iliff H, Dua G, Higgs A, Huntington M, et al. Difficult Airway Society 2025 guidelines for management of unanticipated difficult tracheal intubation in adults. Br J Anaesth. 2026 Jan;136(1):283-307.

doi: [10.1016/j.bja.2025.10.006](https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.10.006).

Tato aktuální guidelines Difficult Airway Society (DAS) byla vytvořena tříkolovým Delphi procesem za účasti členů DAS i externích expertů na základě systematického přehledu 1 241 článků. Obsahují 65 doporučení, která se týkají vyšetření dýchacích cest a plánování postupu, fyziologicky obtížných dýchacích cest, obezity, lidských faktorů, preoxygenace, bleskového úvodu do anestezie, pointubační péče, využití ultrazvuku, dokumentace, edukace a tréninku.

Zachovávají lineární algoritmus od intubace trachey (plán A) přes ventilaci supraglotickou pomůckou (plán B) a ventilaci obličejovou maskou (plán C) až po neodkladný přístup z přední strany krku (eFONA, emergency front-of-neck airway, plán D). Při očekávání obtížné intubace doporučují uvážit vhodnost intubace při vědomí. Za

prioritu považují nepřetržitou dodávku kyslíku po celou dobu zajišťování průchodnosti dýchacích cest (peroxygenace = preoxygenace a apnoická oxygenace během pokusů) a monitorování dostatečnosti ventilace kapnometrií. V plánu A je povolen max. 3 + 1 pokus zkušejším lékařem, přednostně videolaryngoskopem, s adekvátní svalovou relaxací a vědomím ubíhajícího času, při obtížích volat o pomoc a zajistit dostupnost soupravy pro eFONA. V plánu B jsou opět max. 3 pokusy, při neúspěchu otevřít soupravu pro eFONA. Plán C je poslední pokus o ventilaci obličejovou maskou, někdy lze uvážit okamžitou reverzi nervosvalové blokády a probuzení pacienta. Při neúspěchu plánu C deklarovat situaci CICO (Cannot Intubate Cannot Oxygenate) a provést eFONA (plán D).