

[aOR], 0,44; 95% interval spolehlivosti [CI], 0,29 až 0,65; počet potřebný k léčbě 7). Skupina IV měla významně nižší riziko ve srovnání se skupinou IVIH (aOR, 0,57; 95% CI, 0,36–0,90; počet potřebný k léčbě 6) i skupinou IH (aOR, 0,25; 95% CI, 0,16–0,39; počet potřebný k léčbě 3).

Závěr: Vedení anestezie s infuzí propofolu navíc k inhalační anestezii nebo samostatně vedlo k progresivnímu snížení incidence PRAE. U dětí podstupujících adenotonzilektomii by mělo být zváženo vedení anestezie propofolem.

14 Dexmedetomidin pro léčbu hyperaktivního deliria u neintubovaných pacientů na JIP: randomizovaná klinická studie 4D

Godet T, Louis C, Rieu B, De Jong A, Couhault P, Pradel G, et al; 4D study group. Dexmedetomidine for treatment of hyperactive delirium in non-intubated ICU patients: the 4D randomized clinical trial. *Intensive Care Med.* 2025;51(12):2305-2317. doi: [10.1007/s00134-025-08135-1](https://doi.org/10.1007/s00134-025-08135-1).

Cílem této multicentrické, dvojité zaslepené, placebem kontrolované randomizované studie bylo porovnat účinek kontinuální infuze dexmedetomidinu vs. placebo po dobu nejméně 36 hodin na kontrolu hyperaktivního deliria u neintubovaných pacientů v kritickém stavu. Primárním sledovaným parametrem byl složený model zahrnující dobu trvání agitovanosti (skóre +1 nebo vyšší na škále RASS), dobu trvání deliria nebo potřebu intubace a hluboké sedace. Sekundárními klíčovými parametry byly výskyt komplikací (jako bradykardie nebo hypotenze), délka pobytu na JIP nebo úmrtí.

Výsledky: Do finální analýzy bylo zahrnuto 151 pacientů. Studie byla předčasně ukončena při plánované průběžné analýze z důvodu prokázané účinnosti. Rozdíl mezi skupinami v primárním sledovaném

parametru byl statisticky významný (MD -30 bodů, 95% CI -49 až -12, $p = 0,001$). Doba trvání agitovanosti byla kratší ve skupině s dexmedetomidinem (1,0 [1,0–2,0] vs. 2,0 [1,0–7,0] hodiny; absolutní rozdíl 95% CI -1,0 [-2,0 až -0,1]; ES -0,60; 95% CI -0,92 až -0,27, $p = 0,001$). Ostatní klíčové sekundární parametry byly mezi skupinami podobné.

Závěr: U neintubovaných pacientů na JIP s hyperaktivním deliriem bylo použití dexmedetomidinu spojeno s vyšším klinickým přínosem než placebo v rámci složeného modelu kontroly agitovanosti, ústupu deliria a nutnosti intubace. Dexmedetomidin se jeví jako cenná alternativa, která významně zkrátí medián trvání agitovanosti přibližně o 1 hodinu ve srovnání s placebem.

15 Doporučení Association of Anaesthetists: bezpečný vaskulární přístup 2025

Johnston AJ, Simpson MJ, McCormack V, Barton A, Bennett J, Chalisey A, et al. Association of Anaesthetists guidelines: safe vascular access 2025. *Anaesthesia.* 2025;80(11):1381-1396. doi: [10.1111/anae.16727](https://doi.org/10.1111/anae.16727).

Cílem tohoto aktualizovaného konsenzu bylo poskytnout praktická doporučení pro bezpečný a efektivní výběr, zavádění a následnou péči o cévní vstupy s důrazem na dlouhodobé zachování cévního řečiště.

Výsledky: Toto aktualizované konsenzuální stanovisko navazuje na předchozí verze doporučení pro bezpečný cévní přístup. Multidisciplinární pracovní skupina složená ze zástupců více odborných společností se shodla na klíkových tématech a provedla přehled literatury a osvědčených postupů. Následně proběhl dvoukolový Delphi proces, jehož cílem bylo dosažení shody nad konkrétními doporučeními a formulace těchto stručných klinických pokynů. Výsledkem bylo přijetí 15 doporučení, která se týkají organizačních, vzdělávacích i klinických aspektů péče, s důrazem na komplexní přístup k cévnímu přístupu a dlouhodobé zachování cév. Doporučení byla rozdělena do šesti hlavních tematických oblastí:

organizace procesu (včetně cévních přístupových týmů a ukazatelů jejich reakční doby), výběr vhodného cévního vstupu, vlastní zavádění (včetně bezpečnostních standardů, použití ultrazvuku, správné polohy špičky katétru a poměru průměru žíly a katétru), management antikoagulační léčby, katérové trombózy a koagulopatií, specifické skupiny pacientů (např. pacienti vyžadující náhradu funkce ledvin, pacienti po mastektomii a axilární disekci a použití periferních vazokonstriktorů) a vzdělávání v oblasti pokročilých cévních přístupů.

Závěr: Autoři předpokládají, že tato doporučení spolu s širším soubojem podpůrných materiálů povedou ke zlepšení péče o pacienty vyžadující cévní přístup, podpoří komplexnější přístup k cévnímu řečišti a jeho celoživotní ochraně a současně poskytnou oporu zdravotnickému personálu i nemocnicím při rozvoji služeb cévního přístupu.

16 Perioperační resuscitace a podpora životních funkcí (PeRLS): aktualizace

Moitra VK, Banerjee A, Ben-Jacob TK, Cortegiani A, Einav S, Gitman M, et al. Perioperative Resuscitation and Life Support (PeRLS): An Update. *Anesthesiology.* 2025;143(6):1453-1483. doi: [10.1097/ALN.0000000000005728](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000005728).

Cílem této aktualizace doporučení Perioperative Resuscitation and Life Support (PeRLS) bylo shrnout nejnovější důkazy týkající se prevence a léčby kardiovaskulárního kolapsu a srdeční zástavy v perioperačním období. Autoři se zaměřili na specifika prostředí periprocedurálního a prostředí intenzivní péče, kde je srdeční zástava

obvykle spatřena, často předvídatelná a její etiologie bývá známá, což umožňuje časnou diagnostiku a cílenou léčbu. Doporučení byla vytvářena pomocí metodologie GRADE a jsou částečně aplikovatelná i mimo operační sál, zejména na jednotkách intenzivní péče a urgentních příjmech.