

cumulative ranking curve 0,91), který byl hodnocen jako „jednoznačně superiorní“ kontrole. Perineurální dexamethason a perineurální dexmedetomidin dosáhly nejlepšího hodnocení v oddálení nástupu rebound bolesti a prodloužení doby do první rescue analgezie. Preemptivní opioidy byly pravděpodobně horší než kontrola. Jistota důkazů se pohybovala od velmi nízké po střední. Údaje o závažnosti bolesti, spokojenosti pacientů a poruchách spánku byly hlášeny nekonzistentně a nebylo je možné sloučit.

Závěr: Intravenózní dexamethason byl neúčinnější intervencí v prevenci rebound bolesti po jednorázové periferní nervové blokadě. Perineurální dexamethason a dexmedetomidin prokázaly přínos v oddálení nástupu a prodloužení analgezie. Tato zjištění podporují intravenózní dexamethason jako lék první volby, zároveň však zdůrazňují potřebu adekvátně dimenzovaných studií dalších strategií.

14 **Přímá laryngoskopie versus videolaryngoskopie pro urgentní tracheální intubaci pacientů s traumatem v nemocnici: systematický přehled**

Atassi G, Louro J, Hneiny L, Dudaryk R. *Direct Versus Videolaryngoscopy for Emergency Tracheal Intubation of Trauma Patients in Hospital: A Systematic Review. Anesth Analg. 2026 Aug 1;143(2):326-336. doi: 10.1213/ANE.0000000000007804.*

Cílem tohoto systematického přehledu bylo zjistit, zda videolaryngoskopie poskytuje vyšší úspěšnost intubace na první pokus (first-pass success) ve srovnání s přímou laryngoskopií u pacientů s traumatem vyžadujících urgentní tracheální intubaci při přijetí do nemocnice. Sledované parametry zahrnovaly úspěšnost intubace na první pokus a výskyt komplikací.

Výsledky: Kritéria pro zařazení do přehledu splnilo devět studií – čtyři byly randomizované kontrolované studie (RCT) a pět studií bylo kohortových zahrnujících celkem 8839 traumatologických pacientů,

u nichž byla v nemocnici provedena intubace. Přestože byla data heterogenní, videolaryngoskopie obecně vedla k neinferiorní nebo lepší úspěšnosti intubace na první pokus, aniž by významně zvyšovala výskyt komplikací.

Závěr: I když by výběr úvodní pomůcky pro zajištění dýchacích cest měl zůstat individuální, použití videolaryngoskopie jako první volby je u traumatických pacientů rozumnou volbou, zejména při nutnosti imobilizace krční páteře.

15 **Vysoký versus standardní cílový krevní tlak u hypertenzních vysoce rizikových pacientů podstupujících elektivní velký břišní výkon: multicentrická randomizovaná klinická studie HISTAP**

Cecconi M, Cortegiani A, Noto A, Sotgiu G, Antonelli M, Anderloni M, et al; SIAARTI Study Group. *High versus STandard blood Pressure target in hypertensive high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: the HISTAP multicenter randomized clinical trial. Intensive Care Med. 2026 Aug;52(8):1619-1634. doi: 10.1007/s00134-026-08501-7.*

Cílem této multicentrické randomizované studie bylo zjistit, zda cílení intraoperačního středního arteriálního tlaku (MAP) ≥ 80 mm Hg vs. ≥ 65 mm Hg snižuje pooperační orgánovou dysfunkci a 30denní mortalitu u hypertenzních vysoce rizikových pacientů (věk ≥ 60 let, chronická hypertenze vyžadující domácí terapii, elektivní velký břišní výkon, alespoň jedno dodatečné rizikové kritérium). Primárním sledovaným parametrem byl složený cíl zahrnující pooperační mortalitu a alespoň jednu závažnou orgánovou dysfunkci.

Výsledky: Ze 636 randomizovaných pacientů bylo 630 zahrnuto do analýzy intent-to-treat (medián věku 74 let [IQR 69–79]). Průměrný intraoperační MAP byl 77 ± 7 mm Hg v kontrolní skupině (cíl ≥ 65 mm Hg)

a 88 ± 9 mm Hg v léčebné skupině (cíl ≥ 80 mm Hg). Primární složený cíl byl dosažen u 48,9 % pacientů v kontrolní skupině vs. 38,1 % v léčebné skupině (relativní riziko 0,78; 95% CI 0,65–0,93; $p = 0,006$). Akutní poškození ledvin bylo signifikantně méně časté ve skupině s vyšším cílovým MAP (23,5 % vs. 33,7 %; $p = 0,005$).

Závěr: U hypertenzních pacientů s kontinuálním hemodynamickým monitorováním a protokolizovanou tekutinovou terapií podstupujících velký břišní výkon s vyšším rizikem snižuje cílení intraoperačního MAP ≥ 80 mm Hg ve srovnání s ≥ 65 mm Hg závažnou orgánovou dysfunkci, především díky nižšímu výskytu mírného až středně závažného akutního poškození ledvin.

16 **Nemocniční strategie podávání kyseliny tranexamové s cílem snížení počtu transfuzí u velkých nekardiálních operačních výkonů**

Houston BL, Mclsaac DI, Breau RH, Kanji S, Greenstreet P, Andrews M, et al. *Hospital Policy of Tranexamic Acid to Reduce Transfusion in Major Noncardiac Surgery. N Engl J Med. 2026 Jun 25;394(24):2419-2428. doi: 10.1056/NEJMoa2515820.*

Cílem této multicentrické, dvojité zaslepené, klastrově randomizované, placebem kontrolované studie bylo posoudit, zda podávání kyseliny tranexamové pacientům podstupujícím velké nekardiální operační výkony vede ke sníženému počtu podaných transfuzních přípravků. Nemocnicím byla náhodně přiřazena celonemocniční strategie peroperačního podávání buď kyseliny tranexamové nebo placeba.

Společnými primárními výslednými parametry účinnosti a bezpečnosti byly transfuze červených krvinek během hospitalizace a stanovení diagnózy venózní trombembolie v průběhu 90 dní. Parametr bezpečnosti byl hodnocen z hlediska non-inferiority, přičemž byla stanovena hranice pro non-inferioritu, definovaná jako horní hranice 1,46 pro 95% interval spolehlivosti relativního rizika. V analýzách byly