

15. Bolash R, Mekhail N. Intrathecal Pain Pumps – Indications, Patient Selection, Techniques, and Outcomes. *Neurosurg Clin N Am*. 2014;25:735–742.
16. Vrba I, Kozák J. Failed back surgery syndrome a neuromodulační léčba. *Bolest*. 2005;8:144–151.
17. Deer TR, Prager J, Lev R, et al. Polyanalgesic Consensus Conference – 2012: Recommendations to reduce morbidity and mortality in intrathecal drug delivery in the treatment of chronic pain. *Neuromodulation*. 2012;5:467–482b.
18. Adler JA, Lotz NM. Intrathecal pain management: a team-based approach. *J Pain Res*. 2017;10:2565–2575.
19. Deer TR, Pope JE, Hayek SM, et al. The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC): Recommendations on intrathecal drug infusion systems best practices and guidelines. *Neuromodulation*. 2017;20:96–132.
20. Wunkelmüller W, Burchiel K, Van Buyten JP. Intrathecal opioid therapy for pain: Efficacy and outcomes. *Neuromodulation*. 1999;2:67–76.
21. Erdine S, De Andrés J. Drug delivery systems. *Pain Pract*. 2006;6:1–7.
22. Aló KM. Continuous intrathecal drug administration trial method for complex benign pain: failed back surgery syndrome. *J Pain Symptom Manag*. 2000;20:41–50.
23. Dario A, Scamoni C, Picano M, et al. The infection risk of intrathecal drug infusion pumps after multiple refill procedures. *Neuromodulation*. 2005;8:36–39.

Práce je původní, nebyla publikovaná ani není zaslána do jiného média.

Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce.

Všichni autoři rukopis četli a souhlasí s jeho zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína.

Podíl autorů na vytvoření článku:

KJ: 60 %

VI: 35 %

KŠ: 5 %

Poděkování patří spolupracovníkům z Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů Fakultní nemocnice v Motole.

Do redakce došlo dne 16. 8. 2019.

Do tisku přijato dne 19. 9. 2019.

Adresa pro korespondenci:

doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.
j.kozak@fnmotol.cz

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Ambulantní kolonoskopie – čas propuštění po výkonu

Edokpolo Lu, et al. Discharge readiness after propofol with or without dexmedetomidine for colonoscopy: a randomized controlled trial. Anesthesiology. 2019;131:279–286.

Ambulantní kolonoskopie – možnost propuštění po podání propofolu, popř. po ovlivnění propofolem v kombinaci s dexmedetomidinem (dále dex) – je zpracována v poměrně malé studii, ale na významné klinické téma.

V USA se ročně provede 15 milionů kolonoskopií a většina z nich je na přání vyšetřovaných provedena ambulantně. Anesteziologický tým z pracovišť v New Yorku se snažil zjistit, zda propofol s rychlým nástupem účinku a s pohotovým probouzením je možno kombinovat s dexem – alfa2 vysoce selektivním agonistou – a podat propofol ve snížené dávce, jež by mohla zkrátit dobu do propuštění bez nežádoucích účinků.

Do dvojité zaslepené randomizované a kontrolované srovnávací studie bylo zařazeno 50 a 51 pacientů. BIS byl udržován při výkonu na hodnotě 60. Pro schopnost propuštění byl zvolen skórovací

systém Modified Post Anesthetic Discharge Scoring System a cílem bylo zjistit, zda je možno propustit vyšetřeného do třiceti minut po výkonu.

Ve skupině 51 pacientů s propofolem a s dexem dosáhlo této časové možnosti 26 pacientů – 51 %. Ve skupině sólo propofolu jí dosáhlo 44 pacientů z 50 vyšetřených – 88 %.

Dávka propofolu byla přitom nižší ve skupině s dexem (140 ug/kg/min) v porovnání se skupinou sólo propofolu s dávkou 180 ug/kg/min; $p = 0,011$.

Systolický krevní tlak klesl častěji v kombinované skupině oproti výchozímu až o 30 %; po podání pouze propofolu u 21 % vyšetřovaných; $p = 0,003$.

Ve výskytu bradykardie nebyly rozdíly: 6 % při kombinaci vs. 2 % po sólo propofolu; $p = 0,62$. Apnoe se nevyskytla v žádné skupině.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmila.drabkova@fnmotol.cz