

41. Wijdicks EF, Rabinstein AA, Hocker SE, Fugate JE. Neurocritical Care. 2nd edition. New York: Oxford university press, 2016.
42. Patsalos PN, Berry DJ, Bourgeois BF, et al. Antiepileptic drugs-best practice guidelines for therapeutic drug monitoring: a position paper by the subcommission on therapeutic drug monitoring, ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2008;49:1239–1276.
43. Jacob S, Nair AB. An Updated Overview on Therapeutic Drug Monitoring of Recent Antiepileptic Drugs. *Drugs in R&D*. 2016;16:303–316.
44. Sutter R, Semmlack S, Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus in adults – insights into the invisible. *Nat Rev Neurol*. 2016;12:281–293.
45. Meierkord H, Holtkamp M. Non-convulsive status epilepticus in adults: clinical forms and treatment. *Lancet Neurol*. 2007;6:329–339.
46. Marchi NA, Novy J, Faouzi M, et al. Status epilepticus: impact of therapeutic coma on outcome. *Crit Care Med*. 2015;43:1003–1009.
47. Ferguson M, Bianchi MT, Sutter R, et al. Calculating the risk benefit equation for aggressive treatment of non-convulsive status epilepticus. *Neurocrit Care*. 2013;18:216–227.
48. Rossetti AO, Oddo M, Logroscino G, Kaplan PW. Prognostication after cardiac arrest and hypothermia: a prospective study. *Ann Neurol*. 2010;67:301–307.

Práce je původní, nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média.

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

Oba autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína.

Podíl autorů na vytvoření článku:

SO: 80 %

ŠV: 20 %

Poděkování: prof. MUDr. Milanu Brázdilovi, Ph.D., za cenné připomínky.

Do redakce došlo dne 2. 5. 2018.

Do tisku přijato dne 6. 7. 2018.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Ondřej Strýček
strycek.ondrej@fnusa.cz

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Restriktivní versus liberální tekutinová terapie

Myles PS, Bellomo R, Corcoran T, et al. Restrictive versus Liberal Fluid Therapy for Major Abdominal Surgery. *New Engl J Med*. 2018;378:2263–2274.

Restriktivní tekutinová nálož se cíleně doporučuje peroperačně i pooperačně. V břišní chirurgii je kontroverzní, vyžaduje zcela individuální posuzování. Riziko zcela nedostatečné perfuze gastrointestinálního traktu je reálné a velmi nepříznivé.

Mezinárodní studie náhodně zařazených 3 000 pacientů se závažnými nitrobřišními komplikacemi a s velkými operačními výkony hodnotila objemovou infuzní terapii a nálož podanou peroperačně a v prvních 24 pooperačních hodinách. Porovnávala řadu údajů: nekomplikované přežití jednoho roku, výskyt a závažnost akutního renálního selhávání (AKI) ke 30. pooperačnímu dnu,

nutnost podpory ledvin kontinuální mimotělní eliminací (CRRT) do 90 dnů, klinické komplikace a mortalitu.

Obsáhlý text s řadou podrobných tabulek a se statistickým vyhodnocením prokazuje výsledky: 1 490 pacientů s restrikcí tekutin – průměr 3,7 l; 1 493 pacientů s liberální náhradou až 6,1 l tekutin.

Pro dlouhodobý celkový průběh byla restriktivní taktika příznivější s $p = 0,60$. Naproti tomu indikace CRRT z důvodu AKI byla v restriktivní skupině častější s $p = 0,001$. Výskyt septických komplikací byl srovnatelný. Chirurgické komplikace byly častější v restriktivní skupině, ale bez statistické významnosti.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmiladrabkova@gmail.com