

Tab. 1. GRADE definice

Stupeň doporučení	Jasnost poměru riziko/benefit	Kvalita podpůrných důkazů
1A Silné doporučení, vysoká kvalita důkazů	Benefity jasně převažují nad riziky a zátěží nebo naopak.	Konzistentní důkazy z dobře provedené randomizované, kontrolované studie nebo přesvědčivé důkazy v jiné formě. Další výzkum velmi nepravděpodobně změní spolehlivost odhadu rizika a benefitu.
1B Silné doporučení, středně vysoká kvalita důkazů	Benefity jasně převažují nad riziky a zátěží nebo naopak.	Důkazy z randomizované, kontrolované studie s významnými limitacemi (nekonzistentní výsledky, nedostatky v metodice, nepřímé nebo nepřesné), nebo velmi silný důkaz v případě jiného designu výzkumu. Další výzkum velmi pravděpodobně má důležitý vliv na spolehlivost odhadu a pravděpodobně změní odhad.
1C Silné doporučení, nízká kvalita důkazů	Benefity se zdají být převažující rizika a zátěž nebo naopak.	Důkazy z observačních studií, nesystematických klinických zkušeností nebo randomizovaných, kontrolovaných studií se závažnými nedostatky. Jakýkoliv odhad účinnosti je nespolehlivý.
2A Slabé doporučení = návrh, vysoká kvalita důkazů	Benefity těsně vyvažují rizika a zátěž.	Konzistentní důkazy z dobře provedené randomizované, kontrolované studie nebo přesvědčivé důkazy v jiné formě. Další výzkum velmi nepravděpodobně změní spolehlivost odhadu účinnosti.
2B Slabé doporučení = návrh, středně vysoká kvalita důkazů	Benefity těsně vyvažují rizika a zátěž, některé nejisté v odhadu benefitů, rizik a zátěže.	Důkazy z randomizované, kontrolované studie s významnými limitacemi (nekonzistentní výsledky, nedostatky v metodice, nepřímé nebo nepřesné), nebo velmi silný důkaz v případě jiného designu výzkumu. Další výzkum velmi pravděpodobně má důležitý vliv na spolehlivost odhadu a pravděpodobně změní odhad.
2C Slabé doporučení = návrh, nízká kvalita důkazů	Nejistota v odhadech benefitů, rizik a zátěže; benefity mohou být těsně vyváženy s riziky a zátěží.	Důkazy z observačních studií, nesystematických klinických zkušeností nebo randomizovaných, kontrolovaných studií s závažnými nedostatky. Jakýkoliv odhad účinku je nespolehlivý.

Tab. 2. Aspirace do plic

Studie	Populace	Design studie	Komentáře
1. Beck et al. [22]	12 093 dětí podstupujících anestezii při plánovaných nebo urgentních výkonech.	Prospektivní observační studie týkající se reálné doby lačnění a nežádoucích příhod v 15 centrech, s využitím režimu 6-4-2, 6-4-1 nebo 6-4-0.	0,26 % případů regurgitace, 0,08 % případů suspektní aspirace a 0,03 % případů potvrzené aspirace. Nebyly prokázány rozdíly v incidenci nežádoucích příhod mezi kohortami s různými režimy.
2. Newton et al. [8]	Děti přijaté na předoperační oddělení. Přesný počet není uveden (několik tisíc).	Prospektivní observační studie týkající se dob lačnění, míry rušení výkonu z důvodu nedostatečného lačnění před a po zavedení režimu lačnění 6-4-1 s limitem objemu pro příjem tekutin.	Počet aspirací: 2 ze 4 828 pacientů (4 : 10 000) ve skupině s liberálním režimem lačnění, což je shodné s incidencí před zavedením nového režimu.
3. Isserman et al. [9]	Děti podstupující celkovou anestezii.	Prospektivní observační studie (n = 16 000) týkající se doby lačnění před a po zavedení režimu lačnění 6-4-1.	Zvýšená incidence regurgitace z 0,1 % na 0,29 % po zavedení hranice 1 h lačnění pro čiré tekutiny. K tomu bylo poznamenáno, že u žádného z těchto případů nebylo předoperační lačnění kratší než 2 hodiny a nedošlo u nich k aspiraci do plic.

Doporučení byla shrnuta do sdíleného dokumentu (autorem P. F.).
Finální verze tohoto dokumentu byla vytvořena autory P. F., N. D., A. A.
a M. T. a následně revidována a schválena všemi členy panelu expertů.

Lačnění pro čiré tekutiny

Doporučení 1: Pokud je to možné, je třeba se u všech dětí vyhnout delšímu lačnění. (1C)

Doporučení 2: Doporučujeme podpořit zdravé děti v příjmu čirých tekutin (zahrnujících vodu s cukrem nebo bez cukru, džus bez kousků dužiny a čaj nebo kávu bez přidaného mléka) až do 1 hodiny před úvodem do anestezie u plánovaných výkonů. (1C)

Shrnutí důkazů: Nebyly nalezeny žádné RCT, které by posuzovaly riziko aspirace do plic. Jedna prospektivní observační studie zahrnovala kohorty dětí lačnicích v režimech 6-4-2, 6-4-1 nebo 6-4-0, se srovnatelnou incidencí ve všech třech kohortách [22]. Dvě prospektivní

observační studie zahrnovaly kohorty dětí lačnicích v režimu 6-4-1 nebo 6-4-2 [8, 9]. Všechny tři studie zahrnovaly vysoký počet pacientů (od 12 093 do 16 000), avšak nebyly dostatečně silné pro určení rozdílů v riziku aspirace do plic (Tab. 2). Nicméně, první studie poskytuje nepřímé důkazy noninferiority režimu lačnění čirých tekutin po dobu kratší než 2 hodin z hlediska rizika regurgitace bez aspirace [22].

V jedné menší RCT autoři u pacientů sledovali sérovou hladinu glukózy jako sekundární výstup poté, co jim byl podán glukózový nápoj 1 nebo 2 hodiny před anestezií [23]. Není k dispozici žádná rozsáhlejší studie, porovnávající hladinu glukózy po implementaci režimů lačnění délky 1 nebo 2 hodin.

Návrh 3: Vyvarujte se prodlouženého lačnění, neboť může být asociováno s akumulací ketoláték. (2C)

Shrnutí důkazů: Byly posuzovány dvě RCT a jedna observační studie. Ve dvou RCT, srovnávajících liberální režim s režimem 6-4-2,