

Tab. 18. Vyprazdňování žaludku a atrezie jícnu

Studie	Populace	Design studie	Komentáře
Montgomery et al. [73]	10 dětí ve věku 5–10 let s chirurgicky korigovanou atrezií jícnu, srovnávané s kontrolní skupinou 11 zdravých dětí	Prospektivní observační studie	Doba vyprázdnění žaludku byla po konzumaci porce palačinek pomalejší u deseti dětí s anamnézou chirurgické korekce atrezie jícnu. Klinický význam je nejasný.
Romeo et al. [74]	11 adolescentů a mladých dospělých ve věku 13–23 let s atrezií jícnu/tracheo-ozofageální přístějí	Prospektivní observační studie	Zpomalené vyprazdňování žaludku po konzumaci pevné stravy bylo přítomné u 4 z 11 osob (u 3 ze 6 adolescentů).

Tab. 19. Vyprazdňování žaludku a diabetes

Studie	Populace	Design studie	Komentáře
Perano et al. [75]	30 adolescentů ($15 \pm 2,5$ let) s diabetem I. typu a 20 adolescentů stejného věku a pohlaví v kontrolní skupině	Prospektivní observační studie. Vyprazdňování žaludku bylo hodnoceno pomocí 13C-oktanoátového dechového testu po standardizovaném pokrmu (palačinky).	Medián [IQR] doby polovičního vyprázdnění žaludku byl kratší u dětí s diabetem I. typu, než u kontrolní skupiny: 78 [61–99] min vs. 109 [71–124] min, $P = 0,02$.
Porter et al. [76]	19 dětí věku 7–15 let s diabetem I. typu a 15 dětí stejného pohlaví a stáří v kontrolní skupině	Prospektivní observační studie. Vyprazdňování žaludku bylo hodnoceno pomocí 13C-oktanoátového dechového testu po standardizovaném pokrmu (palačinky).	Průměrný poločas vyprázdnění žaludku u dětí s diabetem byl $99 \pm 52,1$ vs. $103 \pm 27,5$ min u kontrolní skupiny ($P = 0,8$).

Návrh 16: Samotná přítomnost vrozené srdeční vady nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí. (2B)

Shrnutí důkazů: Byly zařazeny dvě relevantní RCT (Tab. 16) [23, 70]. V jedné ze studií byl srovnáván objem rezidua žaludku po požití daného množství čirých tekutin 1 nebo 2 hodiny před zahájením anestezie, mezi skupinami nebyl prokázán signifikantní rozdíl. V další studii byl hodnocen reziduální objem po požití tekutiny v rámci volnějšího režimu (tj. příjem možný libovolně do dvou hodin před úvodem) a v rámci režimu striktnějšího. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Návrh 17: Obezita nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu dětí normální hmotnosti. (2C)

Shrnutí důkazů: Zařazeny byly dvě prospektivní observační studie (Tab. 17). Toto doporučení je primárně založeno na jedné prospektivně observační studii dobré metodologické kvality, přímo relevantní k tématu předoperačního lačnění [71]. Druhá prospektivní observační studie zkoumající tekutou a pevnou stravu přinesla výsledky, jejichž význam pro standardní předoperační hladovění je nejasný [72].

Návrh 18: Přítomnost chirurgicky korigované atrezie jícnu/tracheo-ozofageální přístěže bez dokumentovaného zpomaleného vyprazdňování žaludku nebo stenózy jícnu nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí. (2C)

Shrnutí důkazů: Zařazeny byly dvě prospektivní studie s celkovým počtem 21 zařazených pacientů (Tab. 18) [73, 74].

Intervence zahrnovaly podání pevné stravy značené radioaktivním markerem a zhodnocení vyprazdňování žaludku pomocí scintigrafie. Jedna studie hodnotila motilitu žaludku pomocí manometrie. Žádná ze studií se nevěnovala vyprazdňování žaludku po konzumaci čirých tekutin.

Návrh 19: Samotná přítomnost diabetu I. typu nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí. (2C)

Shrnutí důkazů: Byly zařazeny 2 prospektivní studie (Tab. 19) [75, 76]. V obou studiích byl účastníkům podán standardizovaný pokrm (palačinky) po celonočním lačnění. Doporučení je založeno

na dvou menších studiích s diabetem I. typu, v jejichž rámci nebylo prokázáno zpomalené žaludku.

Prohlášení 20: Neexistují dostatečné důkazy pro doporučení specifických a odlišných požadavků na předoperační lačnění s ohledem na vliv léků nebo faktorů prostředí.

Shrnutí důkazů: Byly zařazeny 2 retrospektivní/observační studie a 5 RCT. Ve 4 studiích byl zkoumán cisaprid, 1 studie hodnotila vliv perorálního podání baklofenu, v další byl hodnocen perorálně podaný paracetamol, 1 ze studií hodnotila nizatidin a v rámci jedné studie byl hodnocen metoklopramid a erytromycin (Tab. 20) [55, 57, 59, 62, 69, 77–79]. Výstupy ze studií zahrnovaly dobu vyprazdňování žaludku a objem žaludečních šťáv.

Návrh 21: Žvýkání žvýkačky nezvyšuje objem žaludečních tekutin natolik, aby bylo zvýšeno riziko aspirace, nicméně by dětem před úvodem do anestezie měla být položena otázka, jestli mají v ústech žvýkačku, a v případě, že ano, měly by být požádány o její vyplivnutí. (2B)

Shrnutí důkazů: Jedna meta-analýza, založená na 4 RCT (z nichž jedna zaměřená na pediatrickou populaci), naznačuje, že žvýkání žvýkačky během předoperačního lačnění statisticky významně nezvyšuje objem žaludku ani nemění pH žaludečních šťáv (Tab. 21) [80, 81].

Návrh 22: U dětí vyživovaných pomocí intestinální sondy nebo gastrostomie by měla být dodržena stejná klinická doporučení pro lačnění před anestézií jako u ostatních dětí a v závislosti na konzistenci a obsahu kalorií podávané potravy (čirá tekutina, mléko, hustá polotuhá tekutina). (2C)

Shrnutí důkazů: Byla nalezena 1 observační studie se vzorkem 34 dětí věkového rozmezí 1,4–5,6 let, které podstupovaly laparoskopickou gastrostomii [82]. Autoři uvádí zvýšení mediánu poločasu vyprázdnění žaludku z 45 na 71 minut po 3 měsících od provedení gastrostomie ($P = 0,03$). Nejdelší doby vyprázdnění žaludku byly pozorovány předoperačně a pooperačně u pacientů s neurologickým postižením.