

17 Opioid-free vs. opioidová anestezie s, nebo bez regionální anestezie v léčbě pooperační bolesti: systematický přehled a network metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií

de Carvalho CC, El-Boghdady K, Guedes IHL, Dantas MVM, Tomé DPB, Ramos IB, Gomes CSH, et al. Opioid-free vs. opioid-inclusive anaesthesia with or without regional anaesthesia for postoperative pain: a systematic review with network meta-analysis of randomised controlled trials. *Anaesthesia*. 2026 May;81(5):702-712. doi: 10.1111/anae.70121.

Cílem tohoto systematického přehledu a network metaanalýzy RCT bylo zhodnotit přínosy opioid-free anestezie ve srovnání s technikami zahrnujícími opioidy, a to zejména v přítomnosti regionální anestezie. Studie porovnávala šest strategií u dospělých pacientů: bezopioidovou anestezii a opioidovou anestezii (s použitím samotného remifentanilu nebo jiných opioidů), přičemž každá z těchto strategií byla analyzována s použitím regionální anestezie nebo bez ní. Primárním sledovaným parametrem byla pooperační bolest. Sekundární parametry zahrnovaly pooperační spotřebu opioidů, čas do propuštění z dospávacího pokoje (PACU), délku hospitalizace a výskyt komplikací.

Výsledky: Do analýzy bylo zahrnuto 885 studií z 59 zemí. Techniky zahrnující regionální anestezii se konzistentně umístily nejvýše z hlediska kontroly pooperační bolesti. Regionální anestezie v kombinaci s bezopioidovou intraoperační strategií dosáhla jedné z nejlepších výsledků pro kontrolu bolesti po 2, 12 a 48 hodinách (nízká jistota důkazů). Pokud byla použita regionální anestezie, rozdíly mezi bezopioidovými

a opioidovými technikami byly minimální (střední jistota důkazů). Z hlediska pooperační spotřeby opioidů se regionální anestezie s bezopioidovou strategií umístila nejlépe po 2 h (střední jistota), 12 h i 48 h (nízká jistota). Techniky bez regionální anestezie byly spojeny s vyšším skóre bolesti a větší potřebou opioidů. Bezopioidové přístupy (zejména v kombinaci s regionálními technikami) byly zároveň spojeny s nižší mírou pooperační nauzey a zvracení (PONV).

Závěr: Regionální anestezie byla klíčovým determinantem pro lepší kontrolu pooperační bolesti, přičemž intraoperační podávání opioidů přineslo jen malý dodatečný benefit v případech, kdy regionální techniky poskytovaly adekvátní analgezii. Bez použití regionální anestezie nevykázala ani opioid-free ani opioidová strategie konzistentní analgetickou převahu. Opioid-free techniky však snižují výskyt pooperační nauzey a zvracení. Tato zjištění podporují preferenční využití regionální anestezie všude tam, kde je to možné, a naznačují, že vynechání intraoperačních opioidů může usnadnit pooperační zotavení pacienta.

18 Doporučení Society of Critical Care Medicine pro péči o starší dospělé pacienty na JIP

Ferrante LE, Chaudhuri D, Laiya Carayannopoulos K, Jain S, Tate JA, Álvarez-Espinoza E, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Caring for Older Adults in the ICU. *Crit Care Med*. 2026 May 1;54(5):1060-1072. doi: 10.1097/CCM.0000000000007085.

Jedná se o evidence-based doporučení sestavená 22členným multi-profesním panelem American College of Critical Care Medicine (lékaři, sestry, farmaceut, fyzioterapeut, ergoterapeut, zástupce pacientů, metodologičtí experti pro GRADE). Panel zpracoval pět klinických otázek PICO; pro každou byl proveden systematický přehled a hodnocení kvality důkazů dle GRADE.

Primárním cílem bylo vytvořit doporučení zaměřená na péči o starší dospělé (≥ 65 let) během kritického onemocnění i po něm.

Výsledky: SCCM guidelines 2026 doporučují pro všechny starší dospělé pacienty (≥ 65 let) přijaté na JIP zavést geriatrický model péče postavený na principu „4M“ – What Matters, Medications, Mentation a Mobility. V praxi to znamená kompenzaci sluchového postižení,

odstranění zbytečných omezovačů a katétrů a ergoterapii zaměřenou na dlouhodobé funkční zotavení. Co se týče deliria, panel jednoznačně nedoporučuje profylaktické podávání antipsychotik (haloperidol, kvetiapin) – jejich účinnost není prokázána a u starších pacientů převažuje riziko poškození včetně nevhodné dlouhodobé preskripce. Ohledně cílového středního arteriálního tlaku při vazodilatačním šoku (MAP 60–65 mm Hg vs. > 65 mm Hg) panel žádné doporučení nevydal – nižší cíle mohou snižovat expozici vazopresorům, dostupné důkazy však zatím nejsou dostatečné.

Závěr: Panel vytvořil doporučení pro geriatrickou péči na JIP s důrazem na geriatrický model péče a opatrnost při podávání antipsychotik. Identifikované oblasti s nedostatečnými důkazy vyžadují další výzkum.

19 Přednemocniční zahájení mimotělní podpory oběhu u refrakterní mimonemocniční srdeční zástavy

Lunz D, Philipp A, Petermichl W, Graf B, Lubnow M, Schmid Ch, et al. Prehospital initiation of extracorporeal life support for refractory out-of-hospital cardiac arrest—results of a prospective observational study. *Crit Care*. 2026;30:163. doi: 10.1186/s13054-026-05958-2.

Cílem této prospektivní observační studie bylo zhodnotit vliv zavedení ECPR přímo na místě zásahu na míru propuštění z nemocnice a neurologický stav pacientů a rovněž analyzovat prediktory nepříznivého klinického výsledku. Zahájení VA ECMO na místě zásahu probíhalo podle

předem definovaných indikačních a vylučovacích kritérií. Pacienti byli následně transportováni do univerzitního centra k postresuscitační péči dle doporučených postupů. Byla zaznamenávána a analyzována klinická data včetně parametrů KPR, vstupních fyziologických hodnot a výsledků léčby.