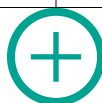
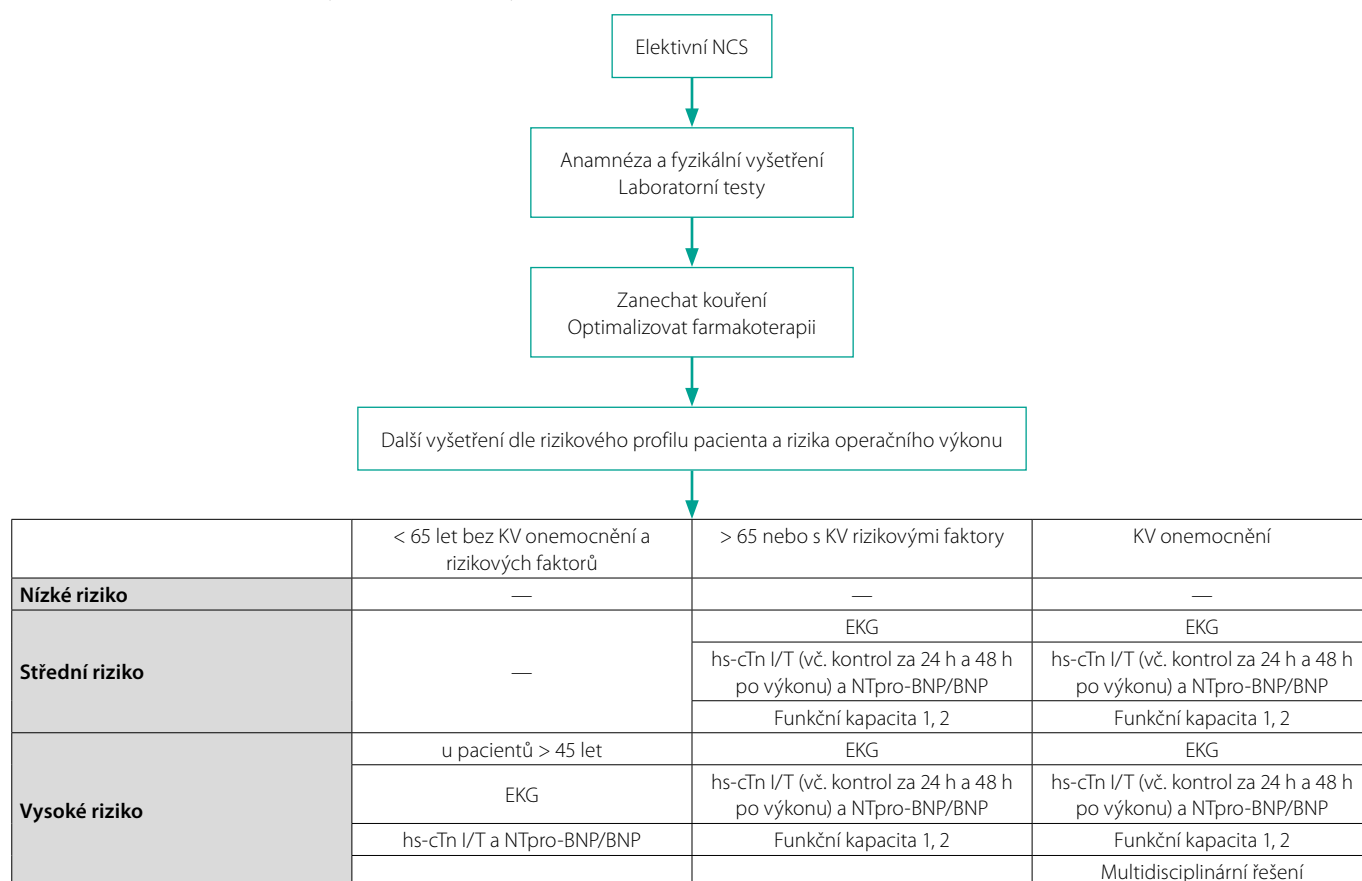


Tab. 2. Indikace předoperačních vyšetření (dle literatury (1))

	Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
Šelest	—	(TTE při symptomech KV onemocnění) 3	TTE
Bolesti na hrudi	Komplexní diagnostika před elektivním výkonem		
Dušnost, otoky dolních končetin	Doplnit hs-cTn I/T a NTpro-BNP/BNP, při pozitivitě doplnit TTE		
Frailty syndrom	—	(U pacientů > 70 let zvážit screening Frailty syndromu) 3	
Abnormální EKG	—	(TTE) 3	TTE
Snížená výkonnost	—	(TTE, zátěžové testy) 2, 3	TTE, (zátěžové testy) 2, 3

1) subjektivní sebehodnocení schopnosti vyjít 2 patra schodů

2) zvážit zátěžové testy při snížené funkční kapacitě, vysoké pravděpodobnosti chronické koronární nemoci, u pacientů po PCI nebo CABG

3) doporučení uvedené v závorce je možno zvážit

hoto důvodu není zahájení terapie statiny před NCS doporučeno. Perioperačně bychom měli v terapii statiny pokračovat, a to především před vysoce rizikovými vaskulárními výkony (1).

Inhibitory renin-angiotensin-aldosteronového systému

Nepřerušené podávání inhibitorů renin-angiotensin-aldosteronového systému (RAAS) v perioperačním období zvyšuje riziko hypotenze a jako důsledek zvýšené užití vasopresorů a inotropik. Perioperační hypotenze je pak spojena s rozvojem AKI, IM a iCMP (9). Naopak vysazení RAAS inhibitorů před NCS snižuje riziko perioperační hypotenze, ale pravděpodobně nemá vliv na mortalitu a MACE (1).

Blokátory kalciových kanálů

U pacientů na chronické terapii blokátory kalciových kanálů (BKK) je doporučeno v této terapii pokračovat i v perioperačním období, ovšem s vynecháním dávky v den operačního výkonu k omezení rizika perioperační hypotenze (1).

Diuretika

Dávkování diuretik u pacientů s HF by měla být v předoperačním období upravena k optimalizaci volumového stavu, aby se předešlo retenci tekutin nebo naopak dehydrataci. Veškeré elektrolytové dysbalace by měly být před operačním výkonem korigovány (včetně farma-