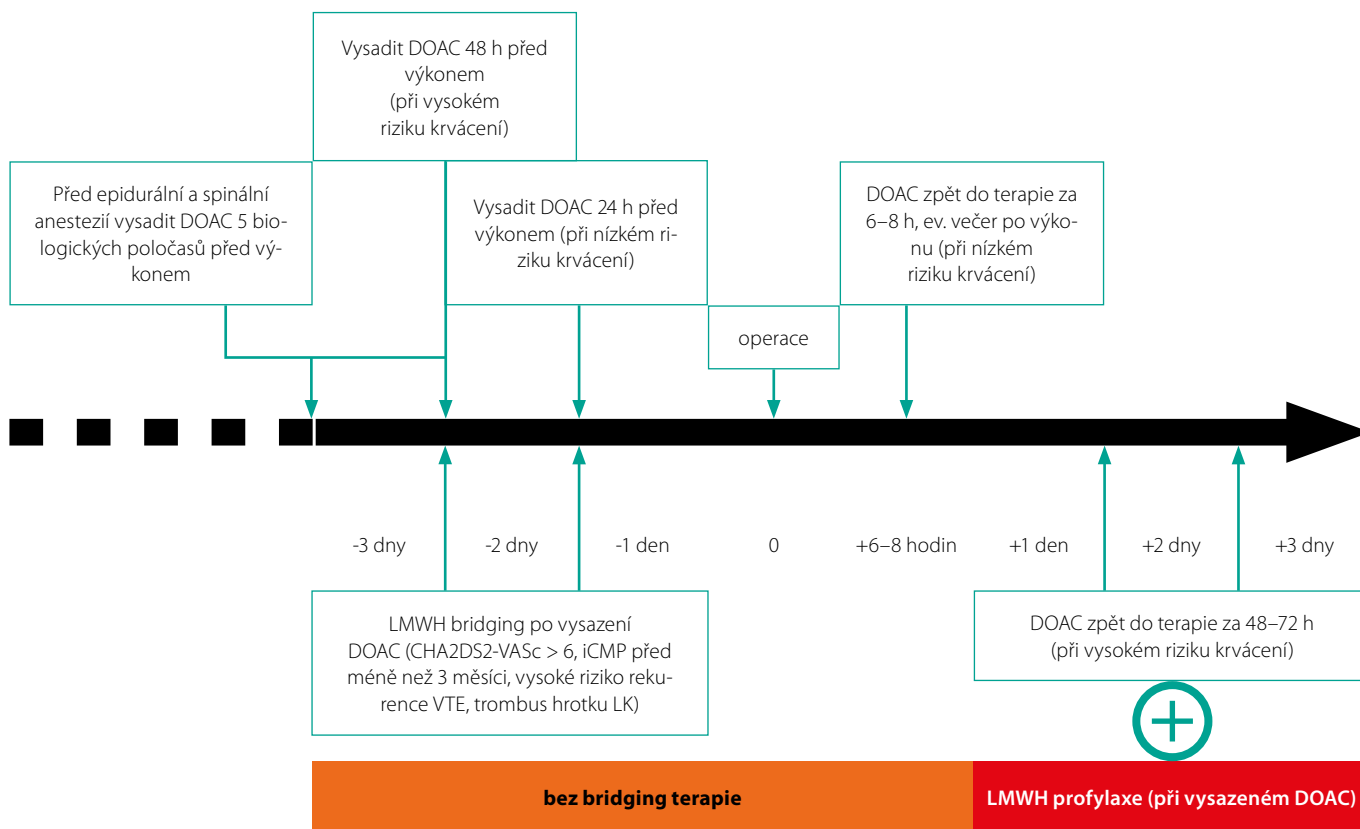


Schéma 1. Management DOAC v perioperačním období (1)

pak podávána dle rizika krvácení do obnovení plné mobility pacienta (nebo do propuštění domů).

Krevní ztráty

Velké operační výkony nesou vyšší riziko perioperačních krevních ztrát. Již lehká anémie významně zvyšuje pooperační morbiditu (respirační selhání, močové, rané, septické a tromboembolické komplikace) a mortalitu (1). Anemiční pacienti vyžadující perioperační podání krevní transfuze mají o 50 % nižší dlouhodobé přežití (1).

Kromě poruchy kostní dřeně je většina anemií korigovatelná během 2–4 týdnů. Autotransfuze jsou doporučeny u operačních výkonech s předpokládanou krevní ztrátou přes 500 ml (1).

Koronární nemoc

Perioperační riziko KV komplikací u pacientů s koronární nemocí (coronary artery disease, CAD) závisí na několika faktorech (typ operačního výkonu a jeho načasování). Starší pacienti mají vyšší riziko než mladší a pacienti s recentním akutním koronárním syndromem (ACS) mají vyšší riziko než pacienti s chronickým koronárním syndromem (CHCS).

U pacientů s ACS bychom měli postupovat nezávisle na plánovaném elektivním operačním výkonu (který je možno alespoň o 3 měsíce odložit) – je tedy preferovaná PCI se zavedením DES stentu, až poté elektivní chirurgický výkon. V jiných případech by mělo být rozhodnutí mezi řešením ACS a operačním výkonem hodnoceno individuálně (1).

Chronické srdeční selhání

Srdeční selhání (heart failure, HF) je známým rizikovým faktorem pooperační mortality. Riziko pooperačních komplikací závisí přímo na ejekční frakci levé komory (EFLK), hemodynamické kompenzaci a přítomnosti příznaků HF (1). Pacienti s akutní dekompenzací HF mají vyšší perioperační mortalitu než pacienti se stabilním chronickým HF (1). Perioperační mortalita se zvyšuje se snižující se EFLK.

Ke snížení rizika akutní dekompenzace HF je doporučeno optimalizovat farmakoterapii dle doporučení ESC z roku 2020. K monitoraci pacientů s HF během NCS lze využít kontinuální intraarteriální monitoring krevního tlaku nebo techniku k analýze pulzní křivky k monitoraci hemodynamiky. Základní farmakoterapie HF by neměla být v perioperačním období přerušena. U pacientů s resynchronizační terapií je doporučeno ponechat přístroj zapnutý k zajištění lepší hemodynamické stability.

Hypertrofická obstrukční kardiomyopatie

U pacientů s hypertrofickou kardiomyopatií je doporučeno před NCS provést TTE k posouzení rozsahu hypertrofie, obstrukce a diastolické funkce. Je důležité se předoperačně vyhnout protrahovanému lačnění, protože dehydratace může snížit ejekční objem a zhoršit obstrukci výtokového traktu levé komory (LVOT). Farmakoterapie zaměřená na snížení obstrukčního gradientu v LVOT by neměla být v perioperačním období přerušena (1).