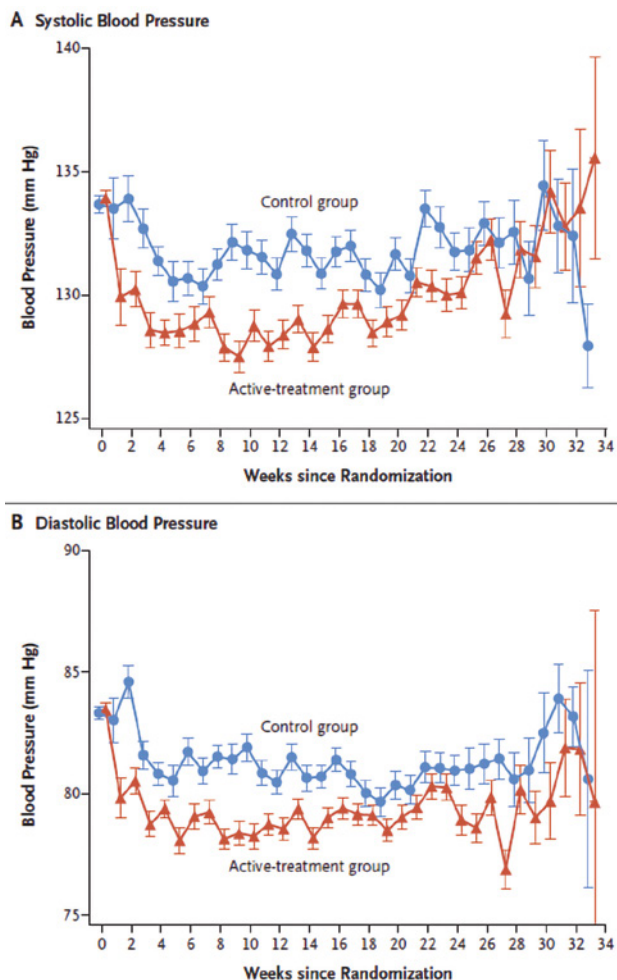


důkazů je tedy vhodné zahajovat farmakoterapii hypertenze v těhotenství vždy, pokud hodnoty krevního tlaku přesahují 140/90 mm Hg.

## Doporučení ESC 2022: Vyšetřování troponinu v perioperačním období u rizikových pacientů

Celosvětově je ročně provedeno více než 300 milionů operačních výkonů (tedy více než 5 % populace). Nemocniční úmrtnost opera-

**Obř. 4.** Systolický a diastolický tlak dosažený u aktivní a standardní léčby těhotných hypertoniček ve studii CHAP. Převzato z (3)



ných pacientů v evropských zemích je dle studie EuSOS průměrně 4 % (1,4–21,5 %; cca 12 mil. úmrtí). Asi u 15 % rizikových pacientů (s manifestním KV onemocněním, nebo > 65 let) dojde ke vzniku perioperačního infarktu či poškození myokardu (PMI), který u 90 % pacientů probíhá asymptomaticky.

Ke zlepšení diagnostiky a léčby doposud často opomíjených perioperačních infarktů myokardu by dle nových doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro předoperační vyšetření a perioperační péči 2022 měl být u rizikových pacientů perioperačně stanovován vysoce senzitivní troponin (hs-cTn I nebo hs-cTn T), a to jak před operací, tak také 24 a 48 hodin po operaci (4).

Doporučení se týká pacientů ≥ 65 let, pacientů s přítomností KV rizikových faktorů (hypertenze, kouření, dyslipidemie, diabetes, pozitivní rodinná anamnéza KV příhod) a pacientů s manifestním kardiovaskulárním onemocněním, kteří podstupují nekardiální operační výkony se středně vysokým nebo vysokým chirurgickým rizikem (Tab. 2).

Podrobněji je tato problematika diskutována v jiném článku v tomto čísle (<https://doi.org/10.36290/vnl.2023.002>).

## Cílový arteriální tlak a oxygenace u pacientů po mimonemocniční oběhové zástavě

U pacientů v kómatu, kteří byli resuscitováni po mimonemocniční srdeční zástavě, byly dosud omezené důkazy o tom, zda by specifický cíl pro střední arteriální krevní tlak či oxygenaci zlepšil klinické výsledky.

V prospektivní studii bylo 789 komatózních pacientů po KPCR randomizováno k vysoké nebo nízké cílové hodnotě středního arteriálního tlaku (MAP) (77 versus 63 mm Hg). Po 90 dnech nebyl rozdíl mezi oběma skupinami cílového tlaku ve výskytu úmrtí, těžkého postižení nebo komatu. Výskyt závažných nežádoucích příhod v obou skupinách byl srovnatelný (5).

V předchozích observačních studiích bylo vyšší okysličování mozku spojováno se zvýšeným rizikem ischemické encefalopatie, zatímco restriktivnější kyslíková terapie zase může zvyšovat riziko tkáňové hypoxie.

Díky 2x2 designu byla v této studii také porovnána nižší (restriktivní) cílová hodnota oxygenace po KPCR (PaO<sub>2</sub> 9-10 kPa) s vyšší (liberální; PaO<sub>2</sub>

**Tab. 1.** Výskyt těhotenských komplikací ve studii CHAP u aktivní a standardní léčby

Primární a bezpečnostní výsledky.						
Výsledek	Imputační analýza (N = 2408)*		Kompletní analýza případů (N = 2325)†			
	Upravený poměr rizik (95% CI)	Hodnota P	Aktivní léčba	Kontrolní skupina	Poměr rizik (95% CI)	Hodnota P
Primární složený výsledek	0,82 (0,74 – 0,92)	<0,001	353/1170 (30,2)	427/1155 (37,0)	0,82 (0,73–0,92)	<0,001
Preeklampsie se závažnými rysy	0,80 (0,70 – 0,92)		272/1170 (23,3)	336/1155 (29,1)	0,80 (0,70–0,92)	
Lékařsky indikovaný předčasný porod < 35 týdnů	0,73 (0,60 – 0,89)		143/1170 (12,2)	193/1155 (16,7)	0,73 (0,60–0,89)	
Abrupce placenty	0,88 (0,49 – 1,59)		20/1170 (1,7)	22/1155 (1,9)	0,90 (0,49–1,64)	
Úmrtí plodu nebo novorozence < 28 dnů	0,81 (0,54–1,22)		41/1170 (3,5)	50/1155 (4,3)	0,81 (0,54–1,21)	
<b>Bezpečnostní výsledek</b>						
<b>Malý pro gestační věk</b>						
< 10. percentil	1,04 (0,82–1,31)	0,76	128/1146 (11,2)	117/1124 (10,4)	1,07 (0,85–1,36)	0,73
< 5. percentil	0,89 (0,62–1,26)	0,51	58/1146 (5,1)	62/1124 (5,5)	0,92 (0,65–1,30)	0,63