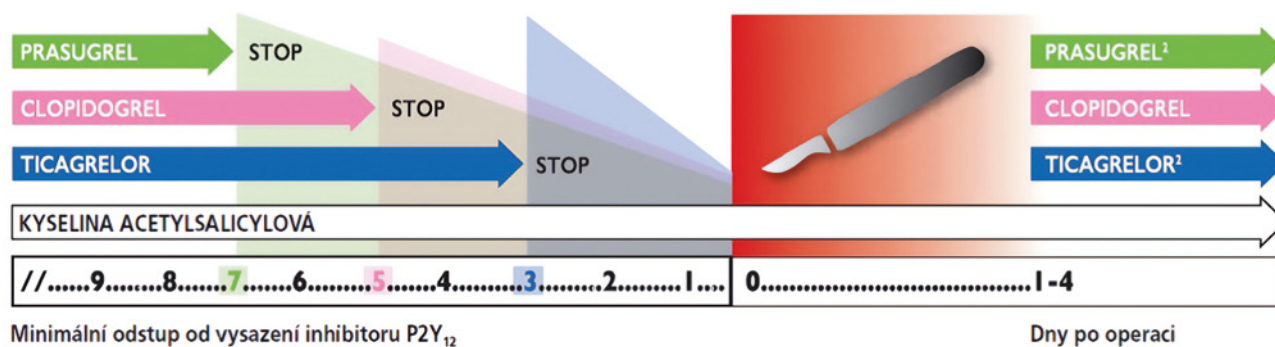


Tab. 1. Vysazování antikoagulační léčby před plánovanou operací. Upraveno dle (33)

	Operace s vysokým rizikem krvácení	Operace s nízkým rizikem krvácení
Vysoké riziko tromboembolie		
Warfarin	Převedení na terapeutické dávkování nízkomolekulárního heparinu: 6 dnů před operací ukončit, pokračovat v nízkomolekulárním heparinu v terapeutické dávce, vynechat v den operace na 24 hodin	
NOAC	Poslední dávka 3 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 2–3 dny po operaci	Poslední dávka 2 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 24 hodin po operaci
Střední riziko tromboembolie		
Warfarin	Přechodné vysazení warfarinu 6 dnů před operací se zvážením úplného přerušení antikoagulační léčby, opětovné nasazení 24 hodin po operaci	
NOAC	Poslední dávka 3 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 2–3 dny po operaci	Poslední dávka 2 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 24 hodin po operaci
Nízké riziko tromboembolie		
Warfarin	Přechodné vysazení warfarinu 6 dnů před operací s úplným přerušením antikoagulační léčby, opětovné nasazení 24 hodin po operaci	
NOAC	Poslední dávka 3 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 2–3 dny po operaci	Poslední dávka 2 dny před operací (bez renální insuficience), vrácení medikace 24 hodin po operaci

V situaci snížených renálních funkcí – clearance kreatininu < 0,8 ml/s je při léčbě dabigatranem lék vysazován ještě o jeden den dříve.

Schéma 1. Minimální doba pro vysazení a opětovné nasazení DAPT při elektivním chirurgickém zákroku. OAC – perorální antikoagulační léčba. Převzato z (16)

▲ Očekávaná průměrná doba do obnovy funkce trombocytů

¹ Rozhodnutí vysadit kyselinu acetylsalicylovou by mělo být přijímáno ryze individuálně, v závislosti na chirurgickém riziku krvácení.

² U pacientů nevyžadujících OAC.

©ESC 2017

dávku chronicky užívaného betablokátoru. Riziko perioperační ischemické mozkové příhody je při současné léčbě betablokatory zvýšené a souvisí s perioperačním poklesem krevního tlaku.

Alespoň tři dny před velkou operací je vysazován metformin. Léčba statiny není kolem operace vysazována. Důvodem je pleiotropní účinek statinů na stabilitu endotelu. Warfarinizovaní pacienti se převádějí před operací na terapeutické podávání nízkomolekulárního heparinu. U pacientů s antikoagulační léčbou nové generace NOAC je doporučeno jen krátkodobé přerušení léčby bez přemostující terapie nízkomolekulárním heparinem podle konkrétních doporučení k příslušnému léku – tabulka 1.

Předoperační vysazování antiagregační terapie není paušální. Vždy je třeba zvážovat riziko pooperačního krvácení spolu s rizikem trombózy. U duální antiagregace by neměl být odložitelný výkon proveden méně než za měsíc po vaskulární intervenci s nasazením duální antiagregace, lépe po 6 měsících. Modifikace duální agregace se provádí většinou 5 dnů před operací a navrací se po 24–48 hodinách po operačním výkonu. Trvale bez přerušení je podáván preparát ASA.

V situaci monoterapie ASA platí, že u pacientů s implantovanými stenty by terapie neměla být přerušována. Strategie modifikace antiagregační terapie kolem operačního výkonu je přísně individuální a u rizikových pacientů se provádí vždy ve spolupráci s příslušným odborníkem, který antiagregační léčbu ordinoval. Příklad vysazení ukazuje tabulka 1 (17). Přehled nejčastěji upravované medikace z důvodu operačního výkonu je v tabulce 2 (18).

Kardiální rizika u nekardiálních operací

Riziko srdečního infarktu a úmrtí z kardiální příčiny v důsledku operace je dáno individuálním stavem operovaného organismu v závislosti na typu operačního výkonu a dalšími známými vyvolávajícími faktory jsou změny tělesné teploty během operace, výkyvy krevního tlaku, ztráta krve a tekutinové přesuny v organismu v pooperačním období. U velkých operací je popisováno obecné kardiální riziko přesahující 5 % (18).

Problematika myokardiálních ischemických příhod po nekardiálních operacích je složitá vzhledem k asymptomatickému průběhu léze, která