

operací nevysazovat, aby nedošlo k rozvoji psychotických komplikací nebo exacerbaci onemocnění [1, 2, 5]. Pacienti jsou také zvýšeně náchylní na rozvoj perioperační hypotermie kvůli přímému účinku na termoregulační centrum v hypotalamu. Proto je důležitý důsledný termomanagement [5, 24].

Velmi často se u těchto pacientů objevuje dNCR, pneumonie a paralytický ileus kvůli anticholinergnímu a noradrenergnímu účinku antipsychotik [2]. Méně častými, ale za to závažnějšími komplikacemi, je plicní embolie, komorové arytmie, anasarka nebo rhabdomyolýza, jejichž výskyt je v porovnání s běžnou populací vyšší [1].

Chronické užívání antipsychotik může snížit vnímání bolesti, jelikož většina antipsychotik má analgetické účinky [5, 25].

Fentanyl, propofol a ketamin v perioperačním období mohou snižovat riziko rozvoje pooperační zmatenosti a dNCR u schizofrenických pacientů [1, 26]. Přestože se ketamin v poslední době využívá terapeuticky u některých jiných psychiatrických onemocnění [27], ketamin u pacientů dlouhodobě léčených antipsychotiky vyžaduje opatrnost, protože tato kombinace může snižovat práh pro vznik epileptiformních záchvatů [5]. Volba jiné formy anestezie než celkové redukuje riziko rozvoje dalších organických komplikací. Například při kombinaci epidurální anestezie a regionální blokády u břišních operací je významně nižší riziko rozvoje pooperačního ileu [1].

Demence

Demence je charakterizována významným poklesem kognitivních funkcí oproti předchozí úrovni, což narušuje soběstačnost v každodenním životě. Často chybí náhled na vlastní onemocnění [28].

V procesu rozhodování o péči je třeba vycházet z vůle pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Názory rodinných příslušníků a pečovateli mohou být v rámci komunikace zohledněny [18].

V pooperačním období jsou pacienti s demencí vystaveni vyššímu riziku rozvoje deliria a dNCR. Je nutné dbát na prevenci jejich vzniku volbou vhodného typu anestezie a důslednou léčbou bolesti. V průběhu výkonu může být přínosná monitorace hloubky anestezie [18].

Pacienti s demencí často užívají inhibitory cholinesterázy již v raných stádiích onemocnění. Tyto léky mohou ovlivnit účinek depolarizujících i nedepolarizujících myorelaxancií – některé studie popisují prodloužený účinek [29], jiné naopak snížený [30]. Dále se inhibitory cholinesterázy podílejí na zvýšeném vagovém tonu, což může ovlivnit perioperační hemodynamiku [29]. Otázka vysazení inhibitorů cholinesterázy před operací je komplikovaná a kontroverzní. Některé přístupy vysazení doporučují, jiné proti němu silně varují, všechny se však shodují, že je nutné jej individuálně zvážit s přihlédnutím k efektivnosti léčby, rizikům pro pacienta, nutnosti výkonu a poločas eliminace léčiv [29, 32]. Zajímavý pohled na toto téma nabízí britská asociace anesteziologů v doporučení z roku 2019, které jako jediné uvádí přesné časové doporučení. U rivastigminu a galantaminu, které mají krátký poločas, lze dle článku zvážit vysazení den před výkonem, zatímco u donepezilu s poločasem 2–3 týdny není vysazení vhodné [31]. U pacientů užívajících memantin může vést současné podání ketaminu k aditivním účinkům na CNS, je nutné tedy dbát zvýšené opatrnosti a monitorovat nežádoucí účinky, jako je sedace či psychóza [18, 33].

Psychofarmaka a anestezie

Pacienti užívající psychofarmaka mohou být perioperačně vystaveni specifickým rizikům souvisejícím s jejich medikací [1]. Psychofarmaka jsou nejen látky se širokou škálou nežádoucích účinků, ale většina z nich interaguje jak s anestetiky, tak s dalšími léčivy v perioperačním období [2]. Léčiva užívaná během anestezie jsou často psychotropní, proto kromě chronické medikace mají vliv i na samotné základní onemocnění [1]. Psychiatrická medikace by v perioperačním období neměla být vysazována s výjimkou specifických případů. Pokud není možný perorální příjem, je vhodné zajistit adekvátní intravenózní substituci. Náhlé přerušení léčby může vést k abstinenčním příznakům nebo dekompenzaci základního psychiatrického onemocnění. Zvýšené riziko perioperačních komplikací a lékových interakcí je pozorováno zejména u lithia, tricyklických antidepresiv (TCA) a inhibitorů monoaminoxidázy (IMAO) [1]. Pacienti s psychiatrickým onemocněním mohou být vzhledem k potenciálním komorbiditám a farmakoterapii zařazení do vyšší kategorie ASA, obvykle ASA III. U dlouhodobě dobře kompenzovaných pacientů bez závažných nežádoucích účinků léčby lze uvažovat o zařazení do ASA II [1].

Vzhledem ke vzrůstající spotřebě psychofarmak probíhá intenzivní výzkum jejich vlivu na všechny aspekty pacientova života a další onemocnění. Velká část psychiatrické medikace má samostatný analgetický účinek nebo ovlivňuje efekt analgetik, proto je zkoumán zejména vliv medikace na akutní i chronickou pooperační bolest [4].

Antidepresiva

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)

SSRI patří mezi nejvíce předepisovaná antidepresiva [1]. Mechanismus jejich účinku spočívá v blokování zpětného vychytávání serotoninu neurony ze synaptické štěrby [1, 2, 5].

Nejzávažnějším rizikem je život ohrožující hypermetabolický serotoninový syndrom při jejich kombinaci s dalšími serotoninergními léčivy, v rámci perioperační péče se jedná zejména o jejich kombinaci s tramadolem [1, 2, 5, 34, 35]. Dalšími rizikovými léčivy jsou inhibitory monoaminoxidázy, fentanyl, petidin, dextrometorfan, tapentadol, metadon, linezolid, tricyklická antidepresiva, SARI a SNRI (viz níže), 5HT3 antagonisté (setrony) a triptany [36].

Vzhledem k serotoninergnímu mechanismu účinku mohou SSRI snížit agregaci krevních destiček a mohou zvýšit riziko perioperačního krvácení, zejména v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou, nesteroidními protizánětlivými léky (NSAID) nebo při užívání perorálních antikoagulancií [1]. Stejně jako tricyklická (TCA) a tetracyklická antidepresiva (TeCA) mohou prodlužovat QT interval [2].

V současné době probíhá rozsáhlý výzkum vlivu SSRI na pooperační analgezii [4]. Ačkoliv jsou často off-label předepisovány na chronickou bolest, jejíž vnímání snižují, jejich vliv na akutní pooperační bolest je kontroverzní [37]. SSRI jsou inhibitory určitých izoform játerního enzymu P450, zejména CYP 2D6 a 3A4, proto mohou zvýšit plazmatickou koncentraci léčiv se stejnou cestou metabolisme, jako jsou například warfarin či benzodiazepiny [1]. Z tohoto důvodu je důležité myslet na