

Komentář k článku: Použití plné krve u pacientů se život ohrožujícím krvácením v důsledku traumatu: souhrn a konsenzus jednání mezioborového panelu

Bláha J., Bohoněk M., Černý V., Klugar M., Kočí J., Loužil J., et al.
 Použití plné krve u pacientů se život ohrožujícím krvácením v důsledku traumatu: souhrn a konsenzus jednání mezioborového panelu.
 Anest. intenziv Med. 2024;35(2):127-130. doi: 10.36290/aim.2024.022.

Blatný J.

Oddelenia hematológie a transfuziológie, Nemocnica Bory, Bratislava, SR

Uvádět v manuscriptu odvolání se na nepublikovaná data nepovažuji za relevantní, neboť nejsou publikovaná, a tím pádem ani známá a ověřitelná...

Stanovisko 2 se vyjadřuje k tomu v čem „může být“ přínos podání PK. Tato formulace je nejasná a zavádějící. Nabízí se odpověď, že může znamenat též nemusí. Rovněž taková formulace explicitně navozuje otázku o rizicích, která nejsou srovnatelně hodnocena a nezabývá se srovnáním se standardním postupem, kterým je v současné době podávání jednotlivých složek krve ve formě transfuzních přípravků a krevních derivátů.

Ke stanovisku 3 podotýkám, že nejenže není dostatek EBM údajů k tomu, že je PK preferovaným postupem při léčbě masivní krevní ztráty a/nebo traumatem indukované koagulopatie, ale není ani dostatek dat na to, aby se vůbec mohl takový postup (mimo válečnou medicínu) považovat za srovnatelný (efektivitou a bezpečností) se standardním postupem. Extrémně nízký počet referencí pod daným konsenzem to jen dokládá.

Ke stanovisku 4 poznamenám, že autoři neuvádí jediný EBM důvod pro to, aby byla PK podána místo standardního postupu tam, kde je standardní postup možný (i. e. v nemocnici, včetně

urgentního příjmu). Standardní postup je při nejmenším noninferiorní (a pakliže by to chtěli autoři zpochybnit, musí to dokázat, nikoli naopak) a je prokazatelně bezpečnější a standardizovatelný. Jinými slovy, tam, kde jsou k dispozici standardní transfuzní přípravky (EBR, FFP/Octaplasma, trombocyty) a krevní deriváty (Fibrinogen, PCC a další), jejichž (nejen virová) bezpečnost je nesrovnatelně vyšší, než u PK, není důvod PK podávat, resp. o tom není dostatek důkazů a ani autoři je nepřináší.

Závěrem vyjadřuji hluboké přesvědčení, že text nepřináší žádný prokazatelný důvod, proč by se měla PK v ČR civilní medicíně používat, proč by úvaha o ní měla být vůbec potřebná. Otázkou může být použití v přednemocniční péči v situacích, kdy dostupnost zdravotnického zařízení je spojena s časovou prodlevou, která si nutně vyžaduje podání transfuzních přípravků a/nebo krevních derivátů. Taková situace však v naší zemi nastává s ohledem na geografické podmínky a systém RZP zřídka a na zvážení by byla spíše v zemích, kde jsou transportní vzdálenosti a s nimi spojená časová prodleva delší.