

Operačních výkonů v tělních dutinách neustále přibývá. Jedná se o výkony, které jsou technicky náročné, většinou přesahují 2 hodiny délky a často jsou prováděny u pacientů starších 65ti let s řadou komorbidit a přidružených patologických stavů. Anatomicky lze tyto výkony rozdělit na výkony v dutině lební, hrudní a břišní. Při každém výkonu v tělní dutině dochází ke styku krve s její serózní výstelkou a incizí uvolněným tkáňovým faktorem a tím k nastartování patofyziologické reakce tkáňového faktoru a hemokoagulačních mechanismů. Tato krev je z důvodu přehlednosti operačního pole aktivně odsávána mimo tělo pacienta a v drtivé většině případů není již pacientovi opětovně vrácena do oběhu. K masivnímu ovlivnění hemokoagulace tak tedy nedochází. Výjimkou jsou stavy zatížené velkou krevní ztrátou řádově ve stovkách mililitrů krve, při kterých může být použit rekuperátor erytrocytů, tzv. cell-saver (rekuperátor krve). Při dodržení kontraindikací (maligní tumor a sepse) je díky němu možno část odsáté krve vrátit zpět do oběhu pacienta. Filtr cell-saveru dokáže odfiltrovat velké molekuly a tkáňovou drť (také tuk, koagula), nedokáže však rekuperát zbavit nejrůznějších biochemických sloučenin, cytokinů a tkáňového faktoru. V tomto případě pak hemokoagulace pacienta bývá silně ovlivněna. Operační výkony jsou stále složitější, pooperační st. delší, komplikovanější a dražší. Porucha hemokoagulace patří mezi ty nejzávažnější, jelikož s sebou nese potřebu opakovaných a nezřídka masivních krevních převodů. Ty pak bývají v přímé souvislosti se zpomaleným hojením operační rány a vyšším rizikem infekčních komplikací, které nezřídka limitují další osud nemocného. V první části práce jsem se věnoval potvrzení či vyvrácení hypotéz, zda styk krve s tělními dutinami ovlivňuje hemokoagulační systém pacienta a zda mimotělní oběh ovlivňuje hemokoagulační systém podobně jako transfuze rekuperované krve. Obě hypotézy byly potvrzeny romboelastografickým nálezem akcentované fibrinolýzy.