

## **Ginekologia ambulatoryjna - co możemy jeszcze zrobić?** ***Ambulatory gynaecology: what can we do?***

**Barbara Lisowska, Elżbieta Nowacka**

**Klinika Reumoortopedii, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**

**I Zakład Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Warszawie**

### **Streszczenie**

Ginekologia ambulatoryjna zawdzięcza swój rozwój wykorzystaniu nowoczesnych technik laparoskopowych oraz zastosowaniu bezpiecznych i skutecznych metod znieczulenia umożliwiających szybki powrót pacjentki do zdrowia i aktywności społeczno-zawodowej.

W systemie ginekologii ambulatoryjnej zabiegi diagnostyczno-lecznicze są coraz częściej wykonywane u pacjentek w wieku podeszłym i obciążonych obecnością chorób przewlekłych. Właściwa ocena i przedoperacyjne przygotowanie pacjentki do zabiegu wpływa na poprawę jej bezpieczeństwa, zmniejsza występowanie objawów niepożądanych i pozwala obniżyć koszty przeprowadzonego leczenia.

W artykule przedstawiono aktualne opinie dotyczące korzyści i ryzyka zastosowania zabiegów ginekologicznych w systemie ambulatoryjnym. *Geriatrics 2008; 2: 45-54.*

*Słowa kluczowe: ginekologia ambulatoryjna, znieczulenie, postępowanie okołooperacyjne*

### **Summary**

Gynaecology in the ambulatory setting has developed worldwide and the improvements in laparoscopic and anesthetic techniques allow patients to return to their regular environment and lifestyle with minimal disruption.

Ambulatory gynaecological practice can be performed in, and is being offered to, the elderly patients with significant coexistent disease.

Anaesthetic techniques that use short-acting drugs and minimize postoperative morbidity and mortality should become the focus. Adequate perioperative pain management and effective control of postoperative side effects may further improve the patients' experience after anesthesia for ambulatory gynaecology and significantly improving cost-efficacy

Prospective observational and interventional trials are required to better define perioperative management. In this review, a brief assessment of current ambulatory gynaecological practice is attempted, followed by a discussion concerning benefit-risk balance associated with those procedures. *Geriatrics 2008; 2: 45-54.*

*Keywords: ambulatory gynaecology, anaesthesia, perioperative management*

Dynamiczny rozwój nowych technik operacyjnych i technologii farmaceutycznej znacząco zwiększył zakres badań diagnostycznych i leczniczych wykonywanych w trybie jednodniowym, w tym możliwości zastosowania technik endoskopowych w ginekologii ambulatoryjnej rozumianej jako zabiegi z zakresu ginekologii wykonywane w trybie jednodniowym. Ginekologia ambulatoryjna swój rozwój zawdzięcza wykorzystaniu nowoczesnych technik diagnostyczno-leczniczych oraz zastosowaniu bezpiecznych i skutecznych metod znieczulenia umożliwiających szybki powrót pacjentki do zdrowia i aktywności społeczno-zawodowej.

Wobec coraz większej popularności zabiegów wykonywanych w trybie jednodniowym można postawić pytanie: *co jeszcze można zrobić dla polepszenia komfortu pacjentek i większej dostępności zabiegów zwłaszcza dla pacjentek w wieku podeszłym, których liczba wraz ze starzeniem się społeczeństwa systematycznie wzrasta?*

Powody, dla których nowoczesna ginekologia ambulatoryjna rozwija się tak dynamicznie są oczywiste i obu stronom przynoszą wymierne korzyści. Pacjentki leczone w trybie ambulatoryjnym unikają długiego pobytu w szpitalu i związanego z nim stresu psychicznego. Za kolejne korzyści należy uznać zmniejszenie ryzyka zakażenia i skrócenie czasu oczekiwania na zabieg.

Menadżerom zarządzającym służbą zdrowia rozwój ginekologii ambulatoryjnej umożliwia realizację większej liczby zabiegów w krótszym czasie przy jednoczesnym obniżeniu kosztów, co w globalnym rozliczeniu powinno znacznie poprawiać efekty ekonomiczne. [1,2].

Coraz częściej w trybie jednodniowym hospitalizowane są także pacjentki w wieku podeszłym, u których obecności chorób przewlekłych nie da się uniknąć. Należy jednak zaznaczyć, że możliwości stabilizacji większości często występujących chorób przewlekłych są dość duże.

Kwalifikacja do zabiegu wymaga dokładnej oceny chorego, gdyż fizjologiczny proces starzenia się jest w niejednakowym stopniu zaawansowany u równoletków, co znacznie utrudnia możliwości przewidzenia reakcji organizmu na stres okołoperacyjny. Do przyczyn nieprzewidywalnych przedłużonych hospitalizacji, obok chirurgicznych i anestezyjologicznych związanych bezpośrednio z zabiegiem, należą przyczyny medyczne, w których wyróżnia się sytuacje

spowodowane zaostrzeniem lub niewłaściwą kontrolą choroby podstawowej oraz wcześniej przeoczone zaburzenia psychiczne uniemożliwiające wypisanie pacjenta do domu [3,4]. Ginekologia ambulatoryjna, podobnie zresztą jak i zabiegi dotyczące innych specjalności wykonywane również w trybie ambulatoryjnym, jest obwarowana pewnymi zasadami, których przestrzeganie wymuszone zostało koniecznością zachowania maksymalnego bezpieczeństwa.

Pierwszy i najważniejszy krok należy do lekarza rodzinnego, od którego właściwej kwalifikacji i przygotowania pacjentki do zabiegu zależy przynajmniej połowa sukcesu terapeutycznego, zwłaszcza, że coraz częściej pacjentkami ginekologii ambulatoryjnej są kobiety w wieku powyżej 65 lat.

W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, że wiek nie stanowi zasadniczo bezwzględnie przeciwwskazania, chociaż wiek powyżej 70 lat może być pewnym ograniczeniem do wykonania zabiegu w trybie jednodniowym. Jak wykazały badania retrospektywne prowadzone na dużej grupie pacjentów, leczonych w systemie jednodniowym, wiek nie był czynnikiem zwiększającym konieczność ponownego, nieplanowanego przyjęcia do szpitala [5]. Powiązanie wieku pacjentki z mniejszą wydolnością krążeniowo-oddechową i zwolnionym metabolizmem organizmu oraz obecność chorób przewlekłych o różnym stopniu zaawansowania powinny skłonić lekarza rodzinnego do zastanowienia czy ogólny stan pacjentki pozwoli jej w krótkim czasie po zabiegu na wyjście do domu, a tym samym czy można ją zakwalifikować do zabiegu w trybie jednodniowym. Bowiern wyniki innych badań przeprowadzonych na grupie 4,786 pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia potwierdziły zależność między wiekiem (>65) a częstością występowania śródoperacyjnych i okołoperacyjnych zaburzeń hemodynamicznych [6]. Dlatego, jak nigdzie indziej, współpraca między lekarzem rodzinnym a lekarzami uczestniczącymi w zabiegach ginekologii ambulatoryjnej jest tak bardzo potrzebna i doceniana. My - anestezyjodolodzy, niestety rzadko, ale z prawdziwą przyjemnością czytamy obszernie informacje lekarza rodzinnego o jego podopiecznych. Chociaż trzeba przyznać, że coraz częściej mamy do czynienia z prawidłowo przygotowaną pacjentką.

Warunkiem zakwalifikowania do zabiegu ambulatoryjnego jest dobry stan ogólny chorej oceniany według skali ryzyka anestezyjologicznego ASA w I lub II grupie.

Ponadto pacjentka powinna być w dobrym stanie psychicznym, stabilna emocjonalnie i prezentować w miarę wysoki próg bólowy [7,8]. Najczęściej dolegliwości bólowe po zabiegach ginekologii ambulatoryjnej są średnio nasilone i ustępują po zastosowaniu ogólnie dostępnych doustnych leków przeciwbólowych. Nie mniej jednak należy się liczyć z koniecznością zastosowania silniejszych analgetyków w wybranych grupach pacjentek, zwłaszcza, jeśli wiadomo o złej tolerancji bólu w przeszłości i dlatego dobrze byłoby takie chore zawczasu w te leki zabezpieczyć [9].

Z rutynowych badań laboratoryjnych u chorych bezwzględnie wymagana jest morfologia oraz ocena poziomu cukru i elektrolitów w surowicy krwi. Wymagania odnośnie pozostałych badań zależą od stanu chorego. Za niezbędne, zwłaszcza u pacjentek powyżej 50 roku życia należy uznać badanie EKG.

Kontrolne rentgenowskie badanie klatki piersiowej wymagane jest u pacjentek powyżej 65 roku życia, palaczek papierosów oraz u pacjentek z wywiadem wskazującym na czynną chorobę płuc lub u których stwierdzono fizykalne objawy choroby układu oddechowego i/lub krążenia.

Pacjentka leczona w trybie ginekologii ambulatoryjnej jest pacjentką formalnie przyjętą do oddziału z założoną dokumentacją i przewidywanym 12-godzinnym pobytem.

Do zabiegów wykonywanych w systemie jednodniowym należą wyłyżeczkowanie jamy macicy, usuwanie torbieli gruczołu Bartholina oraz zabiegi histeroskopowe i laparoskopowe.

Nowoczesne techniki operacyjne i leki anestetyczno-logiczne umożliwiają szybkie i łagodne wprowadzenie do znieczulenia, odpowiednią analgezję i amnezję oraz szybki powrót świadomości i odruchów obronnych.

Histeroskopia wykonywana w trybie ambulatoryjnym umożliwiając przeprowadzenie pełnej diagnostyki w ciągu jednego dnia, zyskała akceptację usatysfakcjonowanych pacjentek, a także - z racji mniejszych kosztów - została zaaprobowana przez firmy zarządzające służbą zdrowia [10,11]. W większości przypadków zabiegi ginekologiczne wymagają znieczulenia dożylnego lub przynajmniej głębokiej analgosedacji, gdyż powstałe podczas zabiegu bodźce bólowe, do najsilniejszych należy rozszerzanie szyjki macicy, mogą prowadzić do wyzwolenia odruchu wazowagalnego. Ponadto, podczas zabiegu wymagane jest unieruchomienie pacjentki, co również ma związek z koniecznością głębokiego znieczulenia. Najczęściej

stosowanym znieczuleniem jest krótkie znieczulenie dożylnie z zastosowaniem szybko działającego opioidu (alfentanyl) i propofolu, którego niewątpliwą zaletą jest krótki okres półtrwania i szybkie działanie oraz efekt przeciwwymiotny, wadą natomiast pozostaje możliwość depresji krążenia i ból podczas podawania. Histerofiberoskopia, z racji używania mniej traumatycznego oprzyrządowania może być wykonana tylko w sedacji z niewielkimi dawkami propofolu i midanium, pod warunkiem, że tak planowany zabieg nie zostanie rozszerzony o abrazję [12]. U większości pacjentek midanium jest stosowane również do premedykacji przed zabiegiem.

Do najczęstszych pooperacyjnych objawów niepożądanych należą nudności i wymioty, których przyczyny ze strony pacjenta obejmują wiek, otyłość, chorobę lokomocyjną w wywiadzie, lęk i zaburzenia gastryczne powodujące opóźnione opróżnianie żołądka, co także należy uwzględnić podczas kwalifikacji pacjenta do zabiegu.

Kryteria ogólne umożliwiające wypisanie pacjentki z oddziału obejmują pełną stabilizację czynności życiowych przez co najmniej 30 minut, pełny powrót świadomości z dobrą orientacją odnośnie osoby, czasu i miejsca, brak objawów aktywnego krwawienia, dobrą kontrolę bólu a także możliwość samodzielnego przyjmowania płynów droga doustną i prawidłową mikcję.

Ponadto pacjentka po zabiegu może opuścić oddział pod warunkiem zabezpieczenia opieki drugiej osoby i zapewnienia transportu do szpitala w wypadku wystąpienia powikłań. Zwłaszcza osoby samotne muszą być o tej konieczności poinformowane wcześniej, aby mogły sobie taką opiekę zorganizować.

Oprócz karty informacyjnej i formalnego wypisu każda pacjentka powinna otrzymać również ustną i pisemną informację o ewentualnych objawach ubocznych i sposobu kontaktowania się z oddziałem.

Ogólny zakres działalności ginekologii ambulatoryjnej obejmuje przyjęcie, leczenie i wypisanie pacjentki w ciągu jednego dnia. Sprawnie i efektywnie działający oddział wymaga przede wszystkim dobrej organizacji opartej na wyraźnie sprecyzowanych zasadach. Przykładem rozwiązania poprawiającego dostępność do zabiegów ginekologii ambulatoryjnej może być organizacja wielospecjalistycznych poradni, umożliwiająca przeprowadzenie pełnej diagnostyki w jednym miejscu i czasie, co na pewno przyczyniłoby się do większej satysfakcji pacjentek i poprawy wizerunku

służby zdrowia [13,14]. Duże znaczenie ma również prowadzenie szkoleń i doskonalenie umiejętności personelu oraz ustalenie standardów postępowania [15]. Szeroko pojęte współdziałanie pacjentki, jej rodziny, lekarza rodzinnego oraz ginekologa i anestezjologa uczestniczących w operacji umożliwia dokładniejszą kwalifikację chorej a także ogranicza ryzyko sytuacji, w której, mimo włożonego przez pacjentkę wysiłku w przygotowanie do zabiegu, trzeba od niego odstąpić z przyczyn wcześniej możliwych do uniknięcia.

Adres do korespondencji:

Barbara Lisowska

Klinika Reumoortopedii, Instytut Reumatologii im.

prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

ul. Spartańska 1; 02-637 Warszawa

E-mail: aleksander\_lisowski@sggw.pl

## Piśmiennictwo

1. Castillón Vela IT, Redondo González E, Linares Quevedo AI, Vallejo Herrador J, Ríos González E, Sáenz Medina J, Páez Borda A. Outpatient female stress urinary incontinence surgery: budget impact study. *Arch Esp Urol* 2007 Apr; 60(3): 267-72.
2. Sørensen J, Axelsen SM. Cost-minimisation analysis of vaginal wall repair in an inpatient or outpatient regimen. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(4): 473-9.
3. Johnson CD, Jarrett PE. Admission to hospital after day case surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1990 Jul; 72(4): 225-8.
4. Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006 Dec; 19(6): 622-9.
5. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery – a prospective study. *Can J Anaesth* 1998; 45: 612-9.
6. Chung F, Mezei G, Tong D. Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. *Can J Anesth* 1999; 46: 309-12.
7. Bryson GL, Chung F, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, van Vlymen J, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, Henderson C; Canadian Ambulatory Anesthesia Research Education group. Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review: part I. *Can J Anaesth* 2004 Oct; 51(8): 768-81.
8. Lermite J, Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005 Dec; 18(6): 598-602.
9. Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, Di Venere R, Masciopinto V, Pansini V, Pinto L, Santoro A, Cormio G. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004 Feb; 11(1): 59-61.
10. Lau WC, Ho RY, Tsang MK, Yuen PM. Patient's acceptance of outpatient hysteroscopy. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47(3): 191-3.
11. Marsh F, Kremer C, Duffy S. Delivering an effective outpatient service in gynaecology. A randomised controlled trial analysing the cost of outpatient versus daycase hysteroscopy. *BJOG* 2004 Mar; 111(3): 243-8.
12. Chang CC. Efficacy of office diagnostic hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007 Mar-Apr; 14(2): 172-5.
13. Panda JK. One-stop clinic for postmenopausal bleeding. *J Reprod Med* 2002 Sep; 47(9): 761-6.
14. Lotfallah H, Farag K, Hassan I, Watson R. One-stop hysteroscopy clinic for postmenopausal bleeding. *J Reprod Med* 2005 Feb; 50(2): 101-7.
15. Mikos T, Downes E. Ambulatory gynaecology: what can we do? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005 Aug; 19(5): 647-61.