

O współpracy lekarza anestezjologa, ginekologa i pierwszego kontaktu

Cooperation between anesthesiologists, gynecologists and family physicians

Barbara Lisowska¹, Elżbieta Nowacka²

¹ Klinika Reumortopedii, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

² I Zakład Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

Streszczenie

Intensywny rozwój ginekologii i anestezjologii ambulatoryjnej umożliwia przyjęcie, leczenie i wypisanie pacjentki do domu w ciągu jednego dnia i z pewnością przynosi korzyści obu stronom. Dobra współpraca pomiędzy lekarzami: kwalifikującym i przygotowującym pacjentkę do zabiegu i anestesjologiem umożliwia sprawne jego przeprowadzenie i ma istotny wpływ na zminimalizowanie ryzyka powikłań związanych z zabiegiem. W artykule omówiono postępowanie okołoperacyjne u pacjentek w okresie około- i postmenopauzalnym w aspekcie ambulatoryjnych zabiegów ginekologicznych. *Geriatrics 2008; 2: 121-125.*

Słowa kluczowe: ginekologia ambulatoryjna, kobiety w okresie około- i postmenopauzalnym

Summary

The aim of ambulatory gynaecology is to admit, treat and discharge the patient on the same day in an outpatient setting. Ambulatory gynaecology and anesthesia continued to grow and develop over the last few years and offers advantages to both patients and providers.

It is imperative to ensure appropriate case selection, pre-operative counselling, a suitable environment, trained staff, adequate analgesia and post-operative care both in the hospital and the community. Good communication and teamwork between anesthesiologists, gynaecologists and admitting doctors are necessary.

In this review, a brief assessment of current ambulatory gynaecological practice in postmenopausal women is attempted, followed by a discussion of audit and quality assessment methods. *Geriatrics 2008; 2: 121-125.*

Keywords: ambulatory gynaecology, peri-, postmenopausal women

W oddziałach ginekologicznych stale wzrasta liczba wykonywanych zabiegów operacyjnych i diagnostycznych przeprowadzanych z udziałem lekarza anestezjologa. W ginekologii ambulatoryjnej najczęściej wykonywane znieczulenia należą do tzw. krótkich znieczuleń dożylnych. Do wprowadzenia i kontynuacji znieczulenia w pierwszej kolejności stosowany jest propofol, którego szybki początek i krótki czas działania ułatwiają sterowanie głębokością znieczulenia. Niekiedy bezpośrednio przed zabiegiem pacjentki otrzymują również sedację w

postaci doustnej lub dożylniej podażą midazolamu. W powszechnej opinii pacjentki takich oddziałów są na ogół zdrowe, a jedynym problemem jest aktualne schorzenie ginekologiczne. Niestety, ostatnio coraz częściej lekarz „zabiegowiec” przeprowadza zarówno badanie podmiotowe, jak i przedmiotowe w sposób ograniczony do chorego narządu i na tej podstawie kwalifikuje pacjentkę do zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego, wydając jej skierowanie do oddziału. Często - z uwagi na brak czasu, chęci i nieznamość potencjalnych zagrożeń związanych z chorobami

przewlekłymi w okresie okołoperacyjnym - ogranicza się do zadania pacjentce zdawkowego pytania: - *Czy Pani na coś choruje?* i zadawała się odpowiedzią: - *Nie, nie chodzę do lekarza.* Pacjentki oddziałów ginekologicznych można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to kobiety w okresie aktywności prokreacyjnej, zdrowe, bez obciążeń internistycznych. Druga, bardziej liczna, to pacjentki w wieku okołomenopauzalnym, z nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych i/lub w trakcie stosowania hormonalnej terapii zastępczej, nietrzymaniem moczu, zaburzeniami statyki narządu rodowego lub w trakcie leczenia hormonozależnych guzów sutka [1]. Takie pacjentki na ogół wymagają odpowiedniego przygotowania przedoperacyjnego, tak do zabiegu operacyjnego, jak i do krótkiego zabiegu diagnostycznego, a uwarunkowane jest to zmianami ogólnoustrojowymi w tym okresie życia kobiety [2].

Okres menopauzy związany z fizjologicznym wygasaniem hormonalnej funkcji gonad cechuje się niskim poziomem estrogenów z towarzyszącym, wysokim poziomem gonadotropin oraz zmienionym profilem estrogenowym. Brak obecności aktywnego estradiolu ma wyraźnie niekorzystny wpływ na układ krążenia pod postacią zaburzeń gospodarki lipidowej, węglowodanowej, zmienionej funkcji układu krzepnięcia i fibrynolizy oraz uszkodzeniem funkcji ściany naczyniowej w wyniku procesów flebo- i aterosklerozy, co związane jest z fizjologicznym procesem starzenia się organizmu [3-5]. Zwiększa się stężenie cholesterolu całkowitego, czemu towarzyszy wzrost frakcji LDL, VLDL, trójglicerydów oraz spadek HDL. Ma to wpływ na przyspieszenie rozwoju procesów miażdżycowych naczyń krwionośnych. Zmniejsza się wrażliwość na insulinę, głównie w wyniku insulinooporności obwodowych receptorów, a towarzysząca temu hiperinsulinemia przyczynia się do androidalnego rozmieszczenia tkanki tłuszczowej i powstania otyłości brzusznej. Zmiany powyższe prowadzą do upośledzenia tolerancji glukozy i wystąpienia cukrzycy typu drugiego. Po menopauzie zmniejsza się naczyniowa produkcja NO i PGI₂, dochodzi do blokowania kanałów wapniowych, zwiększa się produkcja endoteliny-1, reniny, angiotensyny II i aktywacja układu RAA. Dochodzi do nasilenia proliferacji miocytów naczyń oraz zwiększenia produkcji kolagenu i elastyny. Konsekwencją wymienionych zmian jest wzrost oporu naczyniowego, wzrost ciśnienia tętniczego oraz szybszy rozwój miażdżycy. Wzrost stężenia fibrynogenu, aktywności czynnika VII, PAI-1, Lp(a), homocysteiny, TXB₂ i zwiększenie

aktywacji płytek krwi jest przyczyną wzrostu ryzyka zakrzepowo-zatorowego oraz większej niestabilności blaszki miażdżycowej [6].

Głównym estrogenem występującym u kobiet po menopauzie jest estriol pochodzący z obwodowej pozagruczołowej (szpik, wątroba, mięśnie poprzecznie prążkowane, tkanka tłuszczowa) aromatyzacji nadnerczowych androgenów, a jego nadmiar może powodować rozrosty endometrium i zwiększać ryzyko wystąpienia raka trzonu macicy.

Nadciśnienie tętnicze u kobiet w wieku okołomenopauzalnym należy do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości i często wykrywane jest przypadkowo przez lekarza anestezjologa kwalifikującego pacjentkę do znieczulenia w przeddzień zabiegu operacyjnego w trakcie rutynowej wizyty przedoperacyjnej w oddziale ginekologicznym lub gabinecie zabiegowym [7].

W fizjologicznym procesie starzenia organizmu obserwowany jest stały wzrost wartości ciśnienia tętniczego wraz z wiekiem [8]. U kobiet pomiędzy 30 a 65 rokiem życia ciśnienie skurczowe rośnie średnio o 20 mm Hg, a rozkurczowe przeciętnie o 10 mm Hg. Szacuje się, że nadciśnienie tętnicze występuje u 65-75% osób w populacji powyżej 65 roku życia [9,10]. Porównując populacje kobiet i mężczyzn do 49 roku życia stwierdzono, że nadciśnienie częściej występuje u mężczyzn. Sytuacja zaczyna się zmieniać po 50 roku życia, kiedy to wartości ciśnienia tętniczego zaczynają gwałtownie rosnać u kobiet. W populacji po 60 roku życia są podobne lub wyższe niż u mężczyzn [11]. U kobiet w okresie okołomenopauzalnym we wszystkich przypadkach nadciśnienia tętniczego szczególnie ważna jest wczesna diagnoza oraz możliwie jak najszybsze wdrożenie właściwego leczenia [7]. Znacznym problemem pozostaje niestety powszechny brak świadomości zagrożenia, jakie niesie ze sobą nieleczone lub niewłaściwie leczone nadciśnienie tętnicze w okresie okołozabiegowym, a przewlekłe choroby układu krążenia nadal nie są postrzegane jako najczęstsza przyczyna zgonów. Ryzyko zgonu kobiety z powodu przewlekłych chorób układu krążenia zwiększa się 2,9-krotnie przy podwyższeniu wartości ciśnienia skurczowego powyżej 150 mm Hg, natomiast podwyższenie wartości ciśnienia rozkurczowego powyżej 90 mm Hg podwyższa to ryzyko 2-krotnie [12]. Zawał serca, udar mózgu i miażdżycy naczyń odpowiadają za 53% zgonów kobiet (u mężczyzn odsetek jest mniejszy i wynosi 43%) [13]. Szacuje się, że w Polsce na nadciśnienie tętnicze

choruje około 36–38% populacji kobiet. W przeważającej większości przypadków jest to nadciśnienie samoistne, ale częściej niż u mężczyzn, przyczynami są zaburzenia hormonalnej funkcji tarczycy, zwężenie tętnicy nerkowej, kolagenozy, głównie toczeń rumieniowaty układowy, choroba Cushinga oraz pierwotny hiperaldosteronizm [8]. U kobiet stwierdzono większą zależność pomiędzy danym czynnikiem ryzyka (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, otyłość, cukrzyca, palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta, mała aktywność ruchowa) a ryzykiem chorób układu krążenia. Wśród kobiet po 50 roku życia częściej pojawia się otyłość brzuszna – 41% populacji (u mężczyzn 28%), rzadziej są one palaczkami tytoniu (odpowiednio 25 i 42%) ale cukrzyca silniej niż u mężczyzn zwiększa ryzyko przewlekłych chorób układu krążenia [13].

Choroba wieńcowa serca u kobiet przed menopauzą występuje niezwykle rzadko, nawet w populacjach dużego ryzyka. Natomiast po menopauzie ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej serca szybko wzrasta, co powoduje, że choroby układu krążenia są najczęstszą, niedostrzeganą i niestety często lekceważoną przyczyną zgonów w tej grupie wiekowej [14]. Zawał mięśnia sercowego jest najczęstszą pojedynczą przyczyną zgonu kobiet w USA i śmiertelność wśród nich jest większa niż wśród mężczyzn. Dwie trzecie umiera bez wcześniejszych objawów. W każdym wieku więcej kobiet umiera z powodu zawału serca niż raka sutka. Wzrost zachorowalności na nowotwory w tej grupie wiekowej dodatkowo niekorzystnie odbija się na hemostazie kobiet. W okresie klimakterium kobiety częściej mają podwyższone BMI, otyłość brzuszną, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej oraz zaczynają zapadać na chorobę niedokrwienną mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze i żylną chorobę zakrzepowo-zatorową a progresja niekorzystnych zmian ma znaczną dynamikę [15,16].

Doświadczeni anestezjolodzy zawsze powtarzają, że są małe i krótkie zabiegi oraz duże i długie operacje, ale nie ma małych czy dużych znieczuleń. Każde znieczulenie niesie ze sobą ryzyko powikłań, zwłaszcza tych, których nie da się przewidzieć. Ale można od minimum ograniczyć dające się przewidzieć ryzyko powikłań wynikające ze współistniejących chorób przewlekłych i/lub przygotowania pacjentki do zabiegu. Lekarz anestezjolog zajmujący się medycyną okołoperacyjną odpowiedzialny jest za kwalifikację pacjentki do danego rodzaju znieczulenia, bezpieczne wykonanie tego znieczulenia, wdrożenie odpowiedniego

postępowania i/lub leczenia w bezpośrednim okresie po operacji i coraz częściej jest „swoistą barierą nie do przejścia”, tak dla pacjentki, jak i lekarza ginekologa. Wizyta przedoperacyjna jest częścią rutynowego postępowania anestezjologicznego i przeprowadzana jest po uprzednim zakwalifikowaniu pacjentki do danego rodzaju zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego i po wykonaniu rutynowych badań laboratoryjnych i pracownianych zleconych przez ginekologa (zakres badań ustala ordynator oddziału anestezjologii i oddziału zabiegowego – cytata z rozporządzenia). Do oceny stanu pacjenta przed znieczuleniem anestezjolog otrzymuje wyniki wielu badań, niekiedy zupełnie niepotrzebnie wykonanych u pacjentek zdrowych. Z drugiej strony, u pacjentek obciążonych chorobami przewlekłymi, a tym samym zagrożonych powikłaniami tych chorób w okresie okołoperacyjnym i wymagających często specjalistycznego przygotowania przed zabiegiem tak, aby potencjalne ryzyko dających się przewidzieć powikłań ograniczyć do minimum, nie ma praktycznie żadnych informacji. Pacjentka oddziału ginekologicznego często nie zabiera ze sobą „swoich leków przyjmowanych przewlekle”, nie pamięta, jakie leki przyjmuje i dlaczego, a u swojego lekarza prowadzącego będzie miała wizytę za trzy miesiące”. Na rutynowe pytanie anestezjologa, dlaczego nie poinformowała ginekologa o swojej chorobie internistycznej i nie ma leków, odpowiada: - *Nikt mnie o to nie pytał*. U pacjentek zakwalifikowanych do zabiegów operacyjnych możliwe jest odroczenie zabiegu o dzień, dwa, wykonanie badań dodatkowych uzależnionych od danego schorzenia przewlekłego, wdrożenie odpowiedniego postępowania przedoperacyjnego i/lub przeprowadzenie specjalistycznych konsultacji.

Najwięcej problemów i nieporozumień stwarza przygotowanie pacjentki zakwalifikowanej do krótkiego zabiegu diagnostycznego frakcjonowanego wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy lub do diagnostycznych zabiegów histeroskopowych. W poszczególnych ośrodkach klinicznych istnieją różne, często odmienne schematy postępowania i przygotowania pacjentek przed zabiegiem, ale każdy z nich wymaga współpracy interdyscyplinarnej anestezjologa, ginekologa i najczęściej lekarza pierwszego kontaktu, co zwiększa satysfakcję tak pacjentki, jak i personelu medycznego, głównie z uwagi na ograniczenie sytuacji konfliktowych. Ideałem byłoby stworzenie przychodni anestezjologicznych lub anestezjologicznych punktów konsultacyjnych, w których lekarz anestezjolog zaj-

mujący się medycyną okołoperacyjną konsultowałyby pacjentki zakwalifikowane w trybie planowym do zabiegów ginekologicznych. Po zebraniu wywiadu i zbadaniu pacjentki omówiłby proponowany rodzaj znieczulenia i przygotowanie w bezpośrednim okresie przed zabiegiem oraz ustnie i pisemnie zlecił odstawienie lub przyjęcie określonych leków, zlecił ewentualne badania dodatkowe wynikające ze stanu ogólnego i/lub obciążeń chorobami współistniejącymi lub zalecił konsultację specjalistyczne. Niestety, najczęściej nie bardzo wiadomo kto odpowiada i kto ma przygotować pacjentkę przed zabiegiem. Lekarz ginekolog niekiedy kieruje pacjentkę do lekarza pierwszego kontaktu z prośbą o zaświadczenie, „że może być znieczulona”, i pacjentka na ogół dostarcza zdawkową informację: „Może być znieczulona do zabiegu ginekologicznego”. Jest to najczęstszy schemat postępowania z pacjentką w wieku menopauzalnym zakwalifikowaną do zabiegu diagnostycznego i obciążoną chorobami współistniejącymi. Lekarz anestezjolog najczęściej zbiera pobieżny wywiad i na podstawie badań zaleconych przez ginekologa kwalifikuje pacjentkę do znieczulenia bezpośrednio w gabinecie zabiegowym. Często niestety okazuje się, że pacjentka nie jest odpowiednio przygotowana do zabiegu. Najczęściej nie odstawiono przyjmowanych doustnych antykoagulantów lub preparatów hipoglikemizujących z grupy metforminy, nie wdrożono profilaktyki przeciwzakrzepowej, nie oceniono poziomu glikemii lub częściej pacjentka nie przyjęła w dniu zabiegu leków nasercowych, hipertensyjnych, nie ma ich przy sobie oraz nie pamięta jakie leki i w jakich dawkach stale przyjmuje. Jest to najczęstsza przyczyna dyskwalifikowania pacjentki z zabiegu w danym dniu i odrzucania zabiegu oraz przyczyna konfliktu i niepotrzebnej wymiany zdań. Pacjentka zwykle informuje, że ma badania dodatkowe, zaświadczenie od lekarza prowadzącego, wzięła dzień

wolny w pracy, zorganizowała życie rodzinne, przyjechała kilkadziesiąt kilometrów, nic nie jadła i nie piła od dnia poprzedniego a o godzinie 14 dowiaduje się, że zabiegu nie będzie i nie rozumie dlaczego nikt wcześniej nie poinformował jej o tym, nie spytał o leki internistyczne i nie wyjaśnił zagrożeń wynikających z przyjmowania lub nie przyjmowania określonych leków itp. Stwarza to niepotrzebnie sytuacje konfliktowe, bo zagrożenie widzi tylko anestezjolog, a porozumienie się z innymi specjalistami nie zawsze jest możliwe i często też lekarze innych specjalności opierają się na różnych kryteriach oceny stanu pacjenta. Tradycyjna współpraca wielospecjalistyczna w okresie przygotowania pacjentki do znieczulenia i zabiegu niestety nie jest zbyt efektywna. Wobec powyższego jesteśmy przekonane, że istnieje konieczność wypracowania wspólnych dla anestezjologów, ginekologów i lekarzy rodzinnych rekomendacji lub wytycznych postępowania z pacjentkami w wieku okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym zakwalifikowanych do zabiegów diagnostycznych lub operacyjnych z uwagi na podwyższone ryzyko okołozabiegowe i okołoperacyjne w tej grupie. Niezmiernie ważna dla wszystkich lekarzy, tak ginekologów, jak lekarzy pierwszego kontaktu jest świadomość zagrożeń i podwyższonego ryzyka znieczulenia pacjentki z chorobami układu krążenia do zabiegów ginekologicznych, niezależnie od ich rozległości i przewidywanego czasu trwania.

Adres do korespondencji:

Elżbieta Nowacka

I Zakład Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Szpital Kliniczny im. Ks. A. Mazowieckiej

00-315 Warszawa; ul. Karowa 2

E-mail: mops2506@interia.pl

Piśmiennictwo

1. Mikos T, Downes E. Ambulatory gynaecology: What can we do? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2005;19(5): 647–61.
2. Cox H, O'Connell B. Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. *J of Ambulatory Surgery* 2003; 10: 114-21.
3. Raggi P, Callister TQ, Cooil B, et al. Identification of patients at increased risk of first unheralded acute myocardial infarction by electron-beam computed tomography. *Circulation* 2000; 100: 850-5.
4. Yanes LL, Romero DG, Cucchiarelli VE, et al. Role of endothelin in mediating postmenopausal hypertension in a rat model. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2005; 288(1): R229-33.
5. Regitz-Zagrosek V. Cardiovascular disease in postmenopausal women. *Climacteric* 2003; 6 Suppl. 3: 13-20.
6. Stachowiak G, Niewiarowska J, Liktorska M, Papiewska-Pająk I, Sacewicz I, Pertyński T. Ocena hemostazy płytkowej oraz stanu śródbłonna u kobiet po menopauzie obciążonych czynnikami ryzyka choroby wieńcowej serca – wpływ terapii hormonalnej oraz profilaktyki przeciwzakrzepowej. *Przegląd Menopauzalny* 2006; 2: 102–8.
7. Stachowiak G, Faflik U, Zając A, Stetkiewicz T, Pertyński T. Nadciśnienie tętnicze u kobiet w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny* 2008; 2: 96–101.
8. Suhecka-Rachoń K. Nadciśnienie tętnicze w okresie przed- i pomenopauzalnym. W: *Choroby serca u kobiet*. Świątecka G (red.). Gdańsk: Via Medica; 2000: 263-81.
9. Dannenberg AL, Garrison RJ, Kannel WB. Incidence of hypertension in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1988; 78: 676-9.
10. Belanger A, Cupples LA, D'Agostino RB. Means of each examination and inter-examination consistency of specified characteristics: Framingham Heart Study; 30-year follow-up. National Institutes of Health, Washington: Public Health Service; 1988: 2970-80.
11. Staessen J, Bulpitt C, Fagard R. Isolated systolic hypertension in the elderly. *J Hypertens* 1990; 8: 393-405.
12. Program POL-MONICA. Kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy i jego zmian w latach 1984–1990. Warszawa: Instytut Kardiologii; 1993.
13. Kornacewicz-Jach Z. Nowa szansa dla terapii hormonalnej w prewencji kardiologicznej. *Przegląd Menopauzalny* 2007; 4: 189–94.
14. Marrugat JM, Sala J, Masia R, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *JAMA* 1998; 280: 1405-9.
15. Raggi P, Callister TQ, Cooil B, et al. Identification of patients at increased risk of first unheralded acute myocardial infarction by electron-beam computed tomography. *Circulation* 2000; 100: 850-5.
16. Pertyński T, Stetkiewicz T. Perimenopauza. W: *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Pertyński T (red.). Wrocław: Urban & Partner; 2004: 313-22.