

2

Przygotowanie do operacji

Przed poważną operacją
oddaj się w ręce swojego Boga, swoją miłość
powierz ukochanym przyjaciółom
oraz swojemu lekarzowi.

Lord Gowrie (1999)

Większość operacji ginekologicznych jest przeprowadzanych w trybie planowym. Zatem w znacznej części przypadków nie ma żadnego usprawiedliwienia dla braku starannej i wszechstronnej przedoperacyjnej oceny i przedoperacyjnego przygotowania pacjentki do zabiegu. Na oddziale powinien być przygotowany ujednoczony schemat postępowania dla całego personelu medycznego zajmującego się choroą, aby zapewnić jak najwyższą jakość opieki medycznej. W ramach oceny przedoperacyjnej przeprowadza się z pacjentką wywiad medyczny, dokonuje badania ginekologicznego i ogólnolekarskiego oraz planuje dodatkowe niezbędne badania laboratoryjne i konsultacje specjalistyczne. Często w obecności wyspecjalizowanej pielęgniarki pacjentce udzielane są niezbędne informacje dotyczące stanu jej zdrowia i planowanego postępowania leczniczego oraz podpisywana jest przez nią pisemna zgoda na proponowane procedury. Przed samym zabiegiem operacyjnym powinno się dokonać całościowego przeglądu dostępnej dokumentacji medycznej z uwzględnieniem wyników zaleconych uprzednio badań dodatkowych, laboratoryjnych i obrazowych. Zastosowanie się personelu medycznego na bloku operacyjnym do wytycznych WHO w sprawie *Listy bezpieczeństwa chirurgicznego* może wydawnie zwiększyć komfort i bezpieczeństwo operowanej pacjentki.

Pierwsza wizyta

Większość pacjentek po raz pierwszy pojawia się w przychodni specjalistycznej, gdzie dokonywana jest ocena ich stanu zdrowia i stawiana wstępna diagnoza. Podczas tej

pierwszej wizyty lekarz powinien przeprowadzić wszechstronny wywiad medyczny, wykonać badanie lekarskie, włącznie z oceną miednicy i jamy brzusznej, oraz zaplanować kolejne etapy postępowania. Po zebraniu wszystkich niezbędnych informacji pacjentce wyznaczana jest data przyjęcia na oddział celem przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, jeśli takowy jest konieczny, lub pacjentka jest kierowana do właściwych specjalistów. W Wielkiej Brytanii obserwuje się tendencję do zwiększania nacisku na klinicystów do jak najszybszego postawienia rozpoznania i podjęcia właściwego procesu leczenia. Oczywiście nacisk ten jest najbardziej widoczny w przypadku chorób nowotworowych, chociaż coraz częściej pojawia się również przy diagnozowaniu schorzeń łagodnych.

W celu szybkiego uzyskania i potwierdzenia diagnozy kliniki powinny być zorganizowane w taki sposób, aby przepływ informacji między specjalistami był możliwy dzięki połączeniom telefonicznym, faksowym lub internetowym. Istotne jest również, aby możliwe było przeprowadzenie szybkiej diagnostyki: biopsji endometrium, badania ultrasonograficznego i kolposkopii podczas jednej wizyty, co nierozłącznie wiąże się ze ścisłą współpracą z oddziałami histopatologii i radiologii.

Przeprowadzanie wywiadu medycznego i dokumentacja lekarska

Dla klinicysty tak samo istotne jest nabywanie umiejętności praktycznych, jak i nauczenie się metod przeprowadzania prawidłowego wywiadu lekarskiego. Początkującym lekarzom proces skrupulatnego zadawania konkretnych pytań może wydawać się trudny. Z czasem uczą się kierowania rozmowy z pacjentką na najbardziej interesujące ich obszary i skupiają się na głównych problemach medycznych, jednocześnie dostrzegając mniejsze dolegliwości swoich podopiecznych.

Prowadzenie w sposób odpowiedni dokumentacji medycznej jest niezbędne do celów medyczno-prawnych, przepływu informacji między personelem medycznym i w końcu do badań klinicznych. Autorzy tej książki posiadają, oparte na wieloletniej praktyce, wystandaryzowane kwestionariusze dla pacjentek, na podstawie których możliwe jest przesłedzenie całej historii choroby danej

Bonney's Gynaecological Surgery, 11th edition.

© Tito Lopes, Nick Spirtos, Raj Naik, John Monaghan.

Published 2011 by Blackwell Publishing Ltd.

pacjentki, łącznie z opisem choroby nowotworowej i jej przebiegu. Ta szeroko rozbudowana baza danych pozwala na szybki dostęp do informacji o pacjentkach w celach administracyjno-biurowych, badawczych i kontrolnych.

Obecnie w okresie zwiększonej liczby roszczeń pacjentów wobec lekarzy ostrożny i sumienny lekarz, dokładnie prowadzący historię choroby, poświęcający czas na rozmowę z pacjentką i rzeczowo dokumentujący swoje decyzje, zapewnia sobie konieczną obronę przed ewentualnymi pozwami sądowymi.

Rozmowa z pacjentką

Pacjentki ginekologiczne wymagają szczególnej troski i wsparcia podczas podejmowania decyzji o leczeniu, zwłaszcza zabiegowym. Najistotniejszym czynnikiem jest to, w jaki sposób pacjentka wyobraża sobie wpływ operacji na swoją osobę oraz na swoją seksualność. W tych przypadkach chirurg musi być przygotowany na poświęcenie dość długiego czasu na rozmowę z pacjentką oraz wyjaśnienie jej procesu leczenia i samego zabiegu. Informacja udzielana pacjentce może być uzupełniona odpowiednimi pozycjami z literatury lub rysunkami, których kopie powinny zostać umieszczone w dokumentacji medycznej. Można również posłużyć się odpowiednimi odnośnikami do stron internetowych lub numerami telefonów danej placówki.

Na tym etapie może się zdarzyć, że klinicysta uzna za stosowne skorzystanie z pomocy innych pracowników medycznych, np. wyspecjalizowanych pielęgniarek, psychologów, pracowników towarzystwa stomijnego czy dietetyków. Często czynnikiem uspokajającym pacjentki jest towarzystwo innych chorych cierpiących na daną chorobę i otrzymujących zbliżoną pomoc medyczną.

Oczywiście, takie szczegółowe postępowanie nie jest praktykowane w przypadku każdej pacjentki, zwłaszcza jeśli ma ona być poddana drobnym procedurom medycznym. Jednakże istotne jest nieumniejszanie znaczenia nawet małych zabiegów ginekologicznych, zwłaszcza tych, które są przeprowadzane w znieczuleniu. Powikłania mogą wystąpić nawet podczas wykonywania drobnych diagnostycznych zabiegów w znieczuleniu miejscowym w warunkach ambulatoryjnych i o tym również należy pacjentkę poinformować oraz uzyskać jej zgodę na zabieg. Ważne jest, aby podczas rozmowy z pacjentką nie zagađać jej. Należy używać ścisłej terminologii z dokładnym jej wytłumaczeniem i oprzeć się pokusie używania rażących nieścisłości, które zapadają w pamięć, np. opisywania pochwowego usunięcia macicy jako odsysania macicy.

Zaproponowanie pacjentce rozmowy w obecności jej partnera, bliskiego członka rodziny czy przyjaciela ma często bardzo istotne znaczenie w zapewnieniu chorej wsparcia w leczeniu i przyczynia się do usprawnienia niezbędnej komunikacji z pacjentką. Pacjentki mają bardzo różną zdolność przyjmowania i rozumienia informacji o własnym zdrowiu. Jedne będą usatysfakcjonowane podczas jednorazowej wizyty i poprzestaną na krótkim uzyskaniu wiadomości, inne będą wymagały wielu kontaktów z lekarzem, łącznie z konsultacjami telefonicznymi, które pomogą im pozbyć się wątpliwości.

Informacje organizacyjne

Jeśli to możliwe, przed pierwszą wizytą pacjentka powinna otrzymać pisemne informacje nie tylko na temat terminów wizyt, dojazdu, możliwości zaparkowania itp., lecz także dane dotyczące przewidywanych badań, czasu ich trwania, możliwości uczestniczenia w nich najbliższych. W przypadku niektórych specjalistycznych procedur, np. kolposkopii czy kolonoskopii, pacjentka powinna zostać poinformowana o przebiegu badania i konieczności przygotowania się do niego. Pomocne są również dołączone wykazy numerów telefonicznych i stron internetowych danej placówki.

Dokumentacja medyczna

Bardzo ważne jest przekazanie pacjentce pisemnych informacji dotyczących przebiegu wizyty, choroby, przedyskutowanych procedur medycznych i planu postępowania. W dokumentach tych zwykle jest również pozostawione miejsce na odręczne notatki i rysunki. Oryginalna karta przebiegu choroby jest wręczana pacjentce, natomiast dokładna kopia powinna pozostać w placówce medycznej. W niektórych ośrodkach pacjentki są zaopatrywane w specjalne książeczki, w których umieszczane są stosowne dane dotyczące ich choroby, jak również procedur medycznych.

Ryciny

Istotnym elementem w komunikacji z pacjentką jest przedstawienie jej w formie rysunków czy schematów tkanek i narządów, które zostaną poddane operacji i ewentualnie usunięte. Przydatne jest również wykonanie drobnych adnotacji na tych rysunkach dotyczących możliwych powikłań i komplikacji w przyszłości. Wspomniane rysunki powinny zostać wykonane na karcie informacyjnej przeznaczonej dla chorej, a ich kopie winny pozostać w dokumentacji medycznej. Takie szkice są wprawdzie dość proste, jednak niezwykle przydatne w przypadku skargi pacjentki lub procesów roszczeniowych.

Zgoda pacjentki na proponowane leczenie operacyjne

W ostatnich latach kładzie się olbrzymi nacisk na usprawnienie całego procesu wyrażania pisemnej zgody przez chorą na planowany zabieg operacyjny. Główną tego przyczyną jest nagłaśnianie sprawy w przypadku przeprowadzenia operacji bez uzyskania zgody pacjentki we właściwy sposób.

Pacjentka wyrażająca zgodę na zaproponowany zabieg operacyjny musi być w pełni świadoma tej czynności oraz swego stanu, z powodu którego ma być wykonana dana procedura. Pacjentka musi być także poinformowana o możliwości i rodzaju wystąpienia wszystkich potencjalnych i poważnych powikłań. Musi również wiedzieć o innych dopuszczalnych możliwościach leczenia, łącznie z opcją niepodjęcia terapii. W Wielkiej Brytanii obecnie funkcjonują cztery standardowe formularze zgody na prze-

prowadzane procedury medyczne, w tym zgoda rodziców na leczenie niepełnoletniego dziecka oraz zgoda wymagana od osoby dorosłej niezdolnej do podjęcia samodzielnej decyzji. W ginekologii większość pacjentek jest zdolna do wyrażenia zgody na zabieg w swoim własnym imieniu.

Aktualne przepisy prawne i zasady moralne nakładają na lekarza obowiązek uzyskania pisemnej zgody na proponowane operacje od pacjentki poinformowanej uprzednio o wszystkich możliwych powikłaniach niezależnie od częstości ich występowania. Część chirurgów nie popiera tego rodzaju praktyk, gdyż nie chcą obciążać pacjentki przerażającymi danymi i spowodować utrudnienia w relacji pacjentki z lekarzem, a także doprowadzić do utraty zaufania chorej. Wydaje się istotne, aby podczas rozmowy z pacjentką dostrzec, jak dużo informacji oczekuje i jest w stanie zaakceptować, oraz odnotować to w dokumentacji. Powinno się także zapisać, czy pacjentka domagała się uzyskania skróconej listy możliwych powikłań i ryzyka. Jeśli chora oczekuje pełnego wytłumaczenia wszystkich prawdopodobnych komplikacji, należy przedstawić jej prawdopodobieństwo ryzyka skorelowanego raczej z daną sytuacją kliniczną, niż podawać dane statystyczne, które mogą być bardzo różne dla jej przypadku i mogą w istotny sposób wprowadzić zarówno lekarza, jak i pacjentkę w błąd.

Ryzyko operacji

Dla większości pacjentek pojęcie ryzyka operacji nie jest w pełni zrozumiałe. Podawane w literaturze ryzyko powikłań około 50% brzmi niepokojąco, ale już wyjaśnienie, że wliczone w to jest również ryzyko od 0,5% do 0,75% znacznie uspokoi chorą. Społeczeństwo zasypywane jest danymi statystycznymi, które w przeważającej części przypadków wymagają dokładnej analizy i omówienia. Obowiązkiem, ciężącym na lekarzu przygotowującym pacjentkę do operacji, jest wyczerpujące objaśnienie pacjentce wszystkich istotnych informacji na temat ryzyka przeprowadzanego leczenia w sposób zrozumiały i przystępny. Oczywiście należy być w rozmowie z pacjentką szczerym, jednak wszystkie dane przekazywać, zachowując doń wyważony stosunek. Jest to umiejętność, która powinna być nabywana podczas szkolenia młodych lekarzy na stażu.

Zgoda na operacje nowatorskie

Nabór do operacji nowatorskich zwykle powoduje większe komplikacje podczas uzyskiwania zgody na leczenie. Wymaga to zrozumienia stanu wiedzy lub braku wiedzy w związku z procesem chorobowym lub procesem leczenia, będącym przedmiotem badań klinicznych, i zdolności przekazania pacjentce, jak ważne jest dla osób w przyszłości i obecnie chorujących na daną jednostkę chorobową zdobycie nowych doświadczeń w terapii tej choroby. Prowadzenie rozmowy z potencjalnymi sprawdzianem wiedzy o takich operacji jest wymiernym sprawdzianem wiedzy i kompetencji, zwłaszcza dla młodych lekarzy, i ich zdolności do informowania i przekonywania, łącznie z objaśnieniem pacjentce terminów, takich jak badanie randomizowane czy ślepa grupa. Nauczenie się dobrej techniki rozmowy i przekonywania pacjentki zwykle skutkuje wysokim

wskaźnikiem chętnych do badań. Należy jednak unikać namawiania pacjentek na siłę czy włączania do badań osób, które nie mają żadnej wiedzy na ten temat, nie rozumieją badań i nie akceptują ich. Niezależnie od entuzjastycznego podejścia chirurgów do tych operacji, celowe wydaje się włączenie do tych projektów również pielęgniarek, które będą czuwały nad tym, aby pacjentki, wyrażające zgodę na udział w operacjach doświadczalnych, opierały się na zdrowych podstawach moralnych i etycznych.

Optymalny czas na uzyskiwanie zgody pacjentki na leczenie

Mimo wielu dyskusji, nadal nie wypracowano jednolitego stanowiska co do tego, który moment kontaktu z chorą jest najlepszy, aby podpisała pisemną zgodę na leczenie.

Procedura ta, wykonywana jako część wizyty przedszpitalnej pacjentki, według jej zwolenników jest poprawna, jako że umożliwia pacjentce uwolnienie się od stresu związanego z przyjęciem do szpitala oraz zbliżającą się operacją. Przeciwnicy z kolei uważają, że podczas tej wizyty pacjentka jest obarczana zbyt wieloma informacjami, które nie pozwalają jej na podjęcie rozsądnej i wyważonej decyzji.

Podpisywanie zgody na operację w chwili przyjęcia chorej na oddział jest uważane za niestosowne ze względu na zdenerwowanie związane z czynnikami wymienionymi powyżej. Niepokój chorej może ulec zwiększeniu w miarę przybliżania się terminu samej operacji. Pozytywną stroną tego podejścia jest to, że pacjentka ma czas na przemyślenie informacji dostarczonych jej podczas pierwszej wizyty klinicznej. Takie podejście odzwierciedla zasadę pozyskiwania zgody od pacjentki w procesie ciągłym, a nie podczas pojedynczego epizodu.

Ocena przedoperacyjna

W wielu ośrodkach medycznych powstały specjalne jednostki, nazywane klinikami oceny przedoperacyjnej, prowadzone przez personel pielęgniarski, w których można wykonać wszystkie badania przedoperacyjne i dopełnić procedury administracyjne związane z przyjęciem do operacji chirurgicznych. Jest to bardzo dobre rozwiązanie, jeśli pacjentka mieszka niedaleko szpitala. Jednak gdy miejsce jej zamieszkania jest w znacznym oddaleniu, jak bywa to w przypadku kierowania pacjentki do ośrodka wysposkocjalistycznego, dodatkowa podróż do szpitala może być albo niewygodna, albo wręcz niemożliwa. W związku z tym celowe może być przeprowadzenie wizyty przedoperacyjnej w ośrodku kierującym lub dokonanie tej oceny jako części wizyty początkowej.

Dodatkową zaletą odbycia wizyty w klinice oceny przedoperacyjnej jest pewność, że wszystkie badania i niezbędne informacje zostaną uzyskane odpowiednio wcześniej przed planowanym zabiegiem, tak aby zaskakujące wyniki medyczne nie spowodowały zmiany terminu operacji, co może się zdarzyć w przypadku, gdy badania są wykonywane tuż przed zabiegiem. Taki rodzaj placówek staje się coraz bardziej niezbędny, gdyż stan zdrowia pacjentek przed operacją wymaga coraz częściej przeprowadzania złożo-

nych badań dodatkowych, takich jak echokardiografia czy testy czynnościowe płuc. To także pozwala na uniknięcie kłopotliwych sytuacji, w których chirurg odpowiednio wcześniej przed operacją musi zmodyfikować leczenie na przykład kłopidogrelem czy warfaryną.

Dokładna przedoperacyjna ocena układu sercowo-naczyniowego pod kątem nadciśnienia tętniczego, chorób płuc, cukrzycy czy chorób psychicznych nierzadko ujawnia konieczność konsultacji medycznej z innej dziedziny. Niezmiernie istotne jest zapewnienie odpowiedniego czasu na wymagane konsultacje specjalistów i rozwiązanie innych problemów zdrowotnych przed planowaną operacją. Często o stanie ogólnym chorego jest w stanie wypowiedzieć się wiążąco specjalista anestezjolog. Autorzy uważają, że decyzja o znieczuleniu winna być podejmowana przez anestezjologa, natomiast o operacji przez chirurga.

Czasami zdarza się, że pacjentka musi być przyjęta do szpitala znacznie wcześniej przed planowaną operacją; może to być związane z koniecznością przeprowadzenia u niej dodatkowej procedury przed zabiegiem. Zwykle wystarczające jest stawienie się pacjentki w dniu operacji lub w dniu poprzedzającym zabieg.

Badania przedoperacyjne

Podręcznik chirurgiczny nie jest odpowiednim miejscem do szczegółowego omawiania wszystkich badań przedoperacyjnych. Pomocne oceny przydatności badań zalecanych przez Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologiczne (*American Society of Anesthesiologists*, ASA) w zależności od stanu chorego i typu operacji zawiera podręcznik *The Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery* (Zastosowanie rutynowych testów przedoperacyjnych w planowych zabiegach operacyjnych), opublikowany przez Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonalenia Klinicznego (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE). Specyficzne sytuacje kliniczne zostaną omówione w odpowiednich rozdziałach, natomiast tutaj przedstawiono tylko zasady ogólne.

1. *Badania hematologiczne.* U każdej pacjentki należy wykonać pełną morfologię krwi z uwzględnieniem stężenia hemoglobiny, wartości hematokrytu, liczby białych krwinek krwi i rozdziału krwinek oraz liczby płytek krwi; w uzasadnionych przypadkach należy wykonać rozmaz krwi.
2. *U wszystkich pacjentek, u których operacja niesie ze sobą ryzyko przetoczenia krwi,* należy wykonać ocenę grupy krwi, aby w razie potrzeby mogła być uzyskana krew pełna i produkty krwiopochodne w możliwie najkrótszym czasie. Dawniej stwierdzenie niskiego stężenia hemoglobiny, zwłaszcza w okresie pooperacyjnym, wywoływało nerwowe oczekiwanie na dostarczenie krwi i produktów krwiopochodnych. Obecnie śródoperacyjna staranna dbałość o hemostazę spowodowała zmniejszenie częstości wykonywanych przetoczeń. Pooperacyjne stężenie hemoglobiny na poziomie 7 g/dl jest obecnie częstym wskazaniem do leczenia doustnymi preparatami żelaza.
3. *Badania biochemiczne.* W większości ośrodków badania laboratoryjne oceniane są metodami komputerowy-

mi, co pozwala w szybkim czasie uzyskać dużą liczbę wyników badań z niewielkiej ilości krwi. W przypadku większości operacji ginekologicznych jest potrzebna ocena czynności wątroby i poziomu elektrolitów.

4. *Markery nowotworowe.* W przypadku podejrzenia złośliwych procesów nowotworowych wskazane jest wykonanie oceny stężenia markerów nowotworowych, które w dużym stopniu mogą być pomocne przy stawianiu diagnozy. Przydatna może być ocena jednego lub kilku markerów spośród następujących: CA125, CEA, CA19-9, CA15-3, AFP, HCG, LDH, SCC, inhibina i/lub profil hormonalny.
5. *Badanie moczu.* Przy przyjęciu można uzyskać od pacjentki próbkę moczu i poddać ją badaniu z użyciem szybkich testów paskowych; w przypadku uzyskania nieprawidłowych wyników testów przesiewowych wskazane jest przeprowadzenie bardziej szczegółowych badań.
6. *Badania radiologiczne.* W stawianiu przedoperacyjnego rozpoznania bardzo pomocne mogą być: zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej, ocena jamy brzusznej z użyciem sondy brzusznej i pochwowej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET-TK oraz inne badania radiologiczne z kontrastem. Wskazania do ich stosowania i przydatność zostaną omówione w odpowiednich rozdziałach.
7. *Badanie przesiewowe w kierunku szczepów metycylinoopornych *Staphylococcus aureus* (MRSA).* W marcu 2009 roku większość pacjentów w Wielkiej Brytanii przyjętych w celu wykonania planowego zabiegu została poddana testom przesiewowym w kierunku MRSA. Rozmazy były pobierane z nosa i z innych wybranych okolic ciała. Wszyscy pacjenci z wynikiem pozytywnym otrzymali zestaw eliminujący kolonie przed planowaną operacją.

Konsultacje przedoperacyjne

Autorzy wprowadzili do swojej praktyki zwyczaj cotygodniowych przedoperacyjnych spotkań, podczas których omawiane są przypadki pacjentek planowanych do operacji na następny tydzień. Uczestniczą w nich również pielęgniarki odpowiedzialne za wizyty przedoperacyjne, które zajmują się dokumentacją wszystkich przedoperacyjnych badań i konsultacji, włącznie z oceną anestezjologiczną, kardiologiczną, badaniami hematologicznymi i układu oddechowego. Spotkania te mają na celu dalszą ocenę stopnia przygotowania pacjentki do zabiegu i upewnienie się, że nic nie zostało przeoczone. Podczas spotkań przedoperacyjnych istnieje możliwość ponownego przedyskutowania i oceny zaproponowanego leczenia oraz ewentualnego zastanowienia się, czy nie jest wskazana modyfikacja planu leczniczego, spowodowana ponownym przeanalizowaniem przypadku lub wynikami badań dodatkowych.

Przyczyniają się one także do szkolenia młodych lekarzy, u których rozwijają nawyk pracy w zespole, uczą konieczności uważnej oceny pacjentek zakwalifikowanych przez siebie do operacji i dają sposobność wytłumaczenia decyzji klinicznych w przypadkach, które sami zdiagnozowali.

Omówienie przedoperacyjnego planu leczenia

Ta rozmowa powinna być kontynuacją informacji przedstawionych podczas pierwszej wizyty klinicznej. Wiele z informacji wyszczególnionych podczas pierwszego spotkania mogło zostać przez pacjentkę zapomnianych lub źle zrozumianych, tak więc zaleca się, aby lekarz powtórzył wszystkie dotychczasowe wiadomości, łącznie z wyjaśnieniem konieczności operacji, spodziewanego przebiegu i wyniku leczenia. W szczególności należy chorą poinformować, czego może spodziewać się w okresie pooperacyjnym. Należy jej wyjaśnić możliwość zastosowania kroplówek, drenów, cewników i przyrządów kontrolujących znieczulenie. Podanie przybliżonego czasu ich usunięcia często rozprasza wątpliwości, zwłaszcza jeśli jest dotrzymywany.

Złożone sytuacje pooperacyjne, jak na przykład możliwość wyłonienia stomii czy utrzymywanie pewnych przyrządów, są zwykle najlepiej wyjaśniane przez osoby do tego przeszkolone, na przykład przez pracowników towarzystw wsparcia dla pacjentów ze stomią.

Przedoperacyjna wizyta anestezjologiczna

W przypadku większości pacjentów największy strach przed operacją jest związany ze znieczuleniem. Zatem życzliwy, rozpraszający wątpliwości i budzący zaufanie anestezjolog może uspokoić wszelkie lęki. Doświadczony anestezjolog potrafi wytłumaczyć, dlaczego konkretnie ta technika znieczulenia będzie używana, a inna nie. Ważne jest, aby ten sam lekarz anestezjolog znieczulił pacjentkę, który rozmawiał z nią wcześniej.

Podczas tej wizyty mogą zostać przepisane leki do stosowania w okresie przedoperacyjnym, a dokładne określenie czasu ich przyjmowania skorelowane z czasem operacji, co jest jednym z przykładów korzyści wypływających ze ścisłej współpracy chirurga z anestezjologiem w jednym zespole. Przepisane leki powinny zostać odnotowane w karcie anestezjologicznej, tak aby anestezjolog na sali operacyjnej był w stanie sprawdzić godziny ich podawania.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa

Począwszy od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku zaczęto zwracać dużą uwagę na zmniejszenie częstości występowania choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentek poddawanych dużym zabiegom chirurgicznym. Trwają wciąż dyskusje, czy większe korzyści dają mechaniczne metody śród- i pooperacyjne czy profilaktyczne stosowanie heparyn, rozpoczęte przedoperacyjnie, a kontynuowane w okresie pooperacyjnym do czasu pełnego uruchomienia pacjentki.

Aktualnie rekomenduje się, aby kobiety bez czynników ryzyka stosowały pończochy uciskowe, natomiast u pacjentek z czynnikami ryzyka zaleca się kombinację profilaktyki mechanicznej i podawanie heparyn drobnocząsteczkowych.

W przypadku pacjentek z grupy wysokiego ryzyka preferowane jest stosowanie kombinacji profilaktyki mechanicznej (pończoch uciskowych), heparyny drobnocząsteczkowej i przerywanego ucisku pneumatycznego podczas operacji.

Zależne od pacjentki czynniki ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej powinny być zidentyfikowane podczas pierwszej wizyty. Należą do nich:

- wiek powyżej 60 roku życia,
- otyłość,
- używanie doustnych leków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej,
- ciąża lub połóg,
- rak lub inne stany sprzyjające zakrzepicy,
- przewidywana operacja kolorektalna,
- obciążający wywiad pacjentki lub rodzinny w kierunku wystąpienia zakrzepicy żyłnej,
- trombofilie,
- unieruchomienie,
- wydłużony czas podróży.

Doustne leki antykoncepcyjne i przyjmowanie leków hormonalnych

Istnieją sprzeczne opinie co do tego, czy przed większymi zabiegami operacyjnymi należy zaprzestać przyjmowania złożonych leków antykoncepcyjnych. Należy rozważyć nieznaczne zwiększenie ryzyka wystąpienia pooperacyjnych powikłań zakrzepowo-zatorowych (0,5–1,0%) przy przyjmowaniu leku i ryzyko możliwości zajścia w niechcianą ciążę na skutek odstawienia tabletek antykoncepcyjnych na 4–6 tygodni przed operacją.

W przypadku operacji planowanej decyzję należy podjąć po dokładnym przeanalizowaniu wszystkich wad i zalet wraz z pacjentką. Jeśli zostały odstawione leki antykoncepcyjne, konieczne jest pouczenie chorej o stosowaniu alternatywnej antykoncepcji. W przypadku kontynuacji leczenia hormonalnego należy włączyć odpowiednią profilaktykę przeciwzakrzepową, opierając się na czynnikach ryzyka.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa jest także rutynowo stosowana u kobiet operowanych z przyczyn nagłych i przyjmujących doustne złożone tabletki antykoncepcyjne.

Do grupy o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych zalicza się także pacjentki przyjmujące wysokie dawki progestagenów, raloksyfen i preparaty hormonalnej terapii zastępczej.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa mechaniczna

Pończochy o stopniowanej sile ucisku wywierają stopniowane obwodowo ciśnienie od obwodowych do proksymalnych okolic kończyn dolnych, zwiększają szybkość przepływu krwi i ułatwiają powrót żylny. Powinny być założone przy przyjęciu do szpitala. Pacjentka powinna ich używać do czasu powrotu do swoich codziennych zajęć. Pończochy powinny sięgać ud, natomiast jeśli taki wariant jest niewygodny dla pacjentki lub z innych przyczyn nieodpowiedni, zamiast nich pacjentka może zastosować pończochy sięgające kolan.

Mechanizm przerywanego ucisku pneumatycznego wymaga zastosowania nadmuchiwanej opaski zawiniętej dookoła nóg, która jest napompowywana w sposób przerywany. Mechanizm ten wspomaga powrót żylny i zapobiega zastojowi żylnemu.

Profilaktyka farmakologiczna

Pacjentki ze zwiększonym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych powinny dodatkowo – oprócz stosowanej profilaktyki mechanicznej – otrzymywać heparyny drobnocząsteczkowe. Leczenie powinno być kontynuowane przez co najmniej 5 dni w okresie pooperacyjnym lub do czasu wypisu ze szpitala.

Inne metody zapobiegania powikłaniom zakrzepowo-zatorowym

W przypadku rozległych operacji ginekologicznych lepiej zastosować znieczulenie regionalne, zmniejszające ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych niż znieczulenia ogólne dotchawicze.

U pacjentek z czynną zakrzepicą żylną lub udokumentowanym jej epizodem w niedalekiej przeszłości należy umieścić filtry w żyłę głównej.

Pacjentkę należy motywować do uruchamiania jak najwcześniej po operacji oraz unikać odwadniania pacjentek podczas pobytu w szpitalu.

Przygotowanie jelit

U pacjentek poddawanych operacjom ginekologicznym odpowiednie przygotowanie jelit jest wskazane z wielu powodów:

- *Przyczyny mechaniczne.* W obu rodzajach operacji – klasycznej otwartej i w laparoskopii – oczyszczone jelita poprawiają wizualizację i dostęp do miednicy poprzez ułatwienie ich odsunięcia.
- *Zanieczyszczenie kałem.* W operacjach sromu i pochwy odpowiednie przygotowanie jelit powoduje zmniejszenie ryzyka zanieczyszczenia kałem spowodowanego nietrzymaniem zwieraczy, które może być przyczyną zakażenia rany.
- *Operacje jelit.* W przypadku złożonych zabiegów operacyjnych, gdy istnieje możliwość wciągnięcia jelit w proces chorobowy, aby uniknąć powikłań infekcyjnych i nieszczelności zespolenia, potrzebne jest przygotowanie jelit.

Chociaż analiza Cochrane Library nie wykazała dowodów wskazujących na znaczne zmniejszenie częstości powikłań infekcyjnych i nieszczelności zespolenia w przypadku mechanicznego przygotowania jelit u pacjentek do planowanych procedur ginekologicznych, jednak wydaje się to nieprzydatne w przypadku złożonych operacji ginekologicznych. Zwykle w takich sytuacjach operacje jelit są wynikiem procesu infekcyjnego lub złośliwego, w skład którego wchodzi jelito o zmienionej chorobowo surowi-

cówce. W przypadku zabiegów egzenteracji, biorąc pod uwagę konieczność następnej radioterapii, upośledzającej proces gojenia zespolenia w obrębie moczowodów wszczepionych do zbiornika jelitowego, należy dobrać do wytworzenia tegoż zbiornika fragment jelita zapewniający najwyższą możliwą jałowość, tak aby uniknąć następujących infekcji dróg moczowych (odmiedniczkowego zapalenia nerek).

Znaczące przygotowanie jelit nie jest zwykle wymagane w przypadku drobnych i średnich zabiegów operacyjnych, zwykle wystarczające jest podanie dwóch czopków doodbytniczych rano w dniu operacji. U pacjentek poddawanych dużym operacjom ginekologicznym, u których nie jest rozważana resekcja jelita, podaje się w przeddzień zabiegu doustne leki przeczyszczające.

Natomiast w przypadku dużych operacji z przewidywaną interwencją w obrębie jelit wymagane jest opróżnienie jelit i wyjałowienie. Cel ten jest osiąganym poprzez zalecenie pacjentce dwudniowej diety bezresztkowej i podawanie silnych doustnych środków przeczyszczających. Również na 48 godzin przed operacją podawane są silne niewchłaniane antybiotyki, takie jak neomycyna. Wreszcie podkreślić należy, że stopień i rodzaj przygotowania jelit do operacji zależy od decyzji operatora i dostępnych opublikowanych doniesień.

Częstym działaniem ubocznym po przeprowadzanych procedurach przygotowujących jelita jest odwodnienie pacjentki, co powszechnie wymaga przedoperacyjnego podawania dożylnego płynów w celu uzyskania optymalnego stanu ogólnej chorej do przeprowadzenia operacji.

Sala operacyjna

Profilaktyczna antybiotykoterapia

Profilaktyczna antybiotykoterapia powinna być stosowana we wszystkich poważnych operacjach ginekologicznych zarówno czystych, jak i brudnych. Wybór rodzaju antybiotyku jest uzależniony od miejscowych wymazów bakteriologicznych, za pomocą których ocenia się występowanie danych mikroorganizmów i ich oporność na wybrane preparaty. Pojedyncza profilaktyczna dawka antybiotyku powinna zostać podana podczas wprowadzania do znieczulenia.

Golenie włosów

Celem uniknięcia zakażenia rany pooperacyjnej zwyczajowo wszystkie pacjentki poddawane operacjom ginekologicznym były proszone o usunięcie włosów z okolic dolnej partii brzucha. Obecnie uważa się, że takie postępowanie nie wpływa na częstość zakażeń, natomiast jest wskazane w przypadku, gdy linia cięcia chirurgicznego wypada w okolicy owłosionej, gdyż ułatwia to czynności otwierania i zamykania jamy brzusznej.

Golenie powinno być przeprowadzone z użyciem elektrycznej golarki z wymiennymi ostrzami jednorazowymi, bezpośrednio przed zabiegiem. Nie należy używać żyletek, gdyż zwiększają one ryzyko miejscowej infekcji.

Cewnikowanie pęcherza moczowego

Wymóg cewnikowania pęcherza moczowego zależy od rodzaju operacji oraz doświadczenia i preferencji operatora. W przypadku braku konieczności stosowania cewnika pacjentka powinna oddać moc tuż przed zabiegiem.

Należy zauważyć, że podobnie jak w przypadkach wielu innych drobnych procedur medycznych, rzadko uczy się prawidłowego cewnikowania pacjentki. Podczas czynności przygotowawczych do cewnikowania pęcherza moczowego powinna być przygotowana i odkażona pochwa. Jest to także czas dla operatora na wykonanie dwuręcznego zestawionego badania ginekologicznego, o ile takowe nie zostało wcześniej wykonane, i ocenę narządów płciowych oraz podjęcie decyzji o najbardziej odpowiednim dostępie do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Przygotowanie skóry

Skóra jest odkażana za pomocą preparatów antyseptycznych (wodnych lub alkoholowych), takich jak jodowany poliwidon czy chlorheksydyna. Czynność ta powinna być przeprowadzana w uporządkowany sposób: mycie rozpoczyna się od miejsca nacięcia i stopniowo rozszerza promieniście od brzegów przewidywanej linii cięcia w kierunku do boków i do góry i do dołu.

Przygotowanie pochwy w przypadku planowego brzuszego usunięcia macicy powinno być uważane za nieodłączny punkt przygotowania ogólnej pacjentki do zabiegu. Najlepiej odkazić pochwę podczas czynności przygotowawczych do cewnikowania pęcherza moczowego.

Obłożenie pola operacyjnego

Bielizna operacyjna powinna zostać ułożona w taki sposób, aby uwidocznili okolice przewidywanego cięcia i inne odpowiednie punkty orientacyjne. Należy dołożyć wszelkich starań, aby dokładnie ją dopasować, gdyż podczas operacji jej ułożenie będzie niezwykle pomocne operatorowi. Użycie jednorazowych przyklejanych prześcieradeł znacznie polepsza warunki operacyjne, a całkowite ich przyleganie do skóry uniemożliwia kontakt ewentualnych substancji zakaźnych z tkankami położonymi poza okolicą przytwierdzenia.

Lista bezpieczeństwa chirurgicznego według WHO

W czerwcu 2008 roku Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała drugą edycję akcji poświęconą bezpieczeństwu pacjentów (*Global Patient Safety Challenge*) pod hasłem "Bezpieczny zabieg operacyjny ratuje życie", mającą na celu zmniejszenie liczby zgonów podczas operacji na całym świecie. Sformułowano Listę bezpieczeństwa chirurgicznego, stosowaną w wielu salach operacyjnych. Po przeprowadzeniu badań na 8000 pacjentów chirurgicznych, w których stosowano wytyczne WHO według listy kontrolnej, stwierdzono znaczącą redukcję liczby zgonów i powikłań (Haynes i wsp. 2009). W styczniu 2009 roku brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia zalecił, by zmodyfikowana lista kontrolna WHO była przestrzegana we wszystkich szpitalach w Anglii i Walii.

Protokół operacyjny

Protokół operacyjny jest często wykorzystywany w przypadkach medyczno-prawnych; za jego całokształt i prawidłowo przedstawione informacje odpowiada chirurg. Królewskie Towarzystwo Chirurgów w Anglii (*Royal College of Surgeons of England*) w swoim dokumencie "Dobre praktyki chirurgiczne" (*Good Surgical Practice*) zarekomendowało, jakie dane powinny znaleźć się w protokole operacyjnym:

- data i czas operacji,
- określenie trybu zabiegu – planowy czy pilny,
- imiona i nazwiska operatora i asysty,
- rodzaj przeprowadzonego zabiegu,
- rodzaj nacięcia,
- diagnoza operacyjna,
- opis sytuacji operacyjnej,
- wszelkie trudności, komplikacje,
- dodatkowe procedury wykonane podczas zabiegu, przyczyny ich wykonania,
- szczegółowe informacje o tkankach usuniętych, przeszczepionych, zmienionych,
- informacje o zastosowanych protezach i innych implantach, dane seryjne tych materiałów,
- szczegółowy opis zamykania rany pooperacyjnej,
- wskazówki co do postępowania pooperacyjnego,
- własnoręczny podpis.

Lektury uzupełniające

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje NICE, niezależna organizacja odpowiedzialna za wprowadzanie poradnictwa w zakresie promocji dobrego zdrowia i prewencji chorób. Organizacja publikuje każdego roku wiele poradników dotyczących zdrowia publicznego, technologii zdrowia i umiejętności praktycznych. Pełna lista dostępnych poradników jest wyszczególniona na stronie internetowej organizacji (www.nice.org.uk), natomiast poniżej przedstawiono pozycje odnoszące się do niniejszego rozdziału.

General Medical Council. *Consent: Patients and Doctors Making Decisions Together*. London: GMC, 2008. See http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Consent_2008.pdf.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, *et al.* and the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–499.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *The Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery*. NICE guideline no. 3. London: NICE, 2003. See <http://www.nice.org.uk/CG003>.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism (Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism) in Inpatients Undergoing Surgery*. NICE guideline no. 46. London: NICE, 2007. See <http://www.nice.org.uk/CG046>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obtaining Valid Consent*. RCOG Clinical Governance Advice no. 6. London: RCOG, 2008. See <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/obtaining-valid-consent>.

Royal College of Surgeons. *Good Clinical Practice*. London: RCS, 2008. See www.scts.org/documents/PDF/GoodSurgicalPractice2008.pdf.

World Health Organization. *Safe Surgery Saves Lives*. The Second Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO, 2009. See www.who.int/patientsafety/safesurgery.