

НИИ АГ им. Д.О. Отта  
Военно-Медицинская Академия  
Кафедра анестезиологии и  
реаниматологии

Анестезия у пациентки с ожирением IV  
степени при гистероскопии

Клинический ординатор

Иванов А.И.

A stylized, low-poly silhouette of a mountain range in shades of brown and tan, positioned at the bottom of the slide against a blue gradient background.

250 млн. человек на планете (7% взрослой популяции) страдают ожирением.

ИМТ = массы тела / рост <sup>2</sup>.

Норма: ИМТ ≤ 25

ИМТ = 25–30 - избыточной массы тела

ИМТ > 30 – ожирение

ИМТ > 40, морбидное ожирение

Пациент с ожирением – проблема  
для анестезиолога

- Пациентка К. 36 лет поступила в НИИ АГ им. Д.О. Отта 30 марта 2012 г. В отделение оперативной гинекологии с диагнозом: Гиперплазия эндометрия. Аденомиоз. Менометроррагии.
- Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II ст, АГ III, Риск ССО IV. Сахарный диабет II типа. Гепатоз III ст. Желчекаменная болезнь. Хронический панкреатит вне обострения. Ожирение IV степени.



# ЖАЛОБЫ:

- На обильные, ациклические метроррагии.
- Одышку и быструю утомляемость при незначительных физических нагрузках

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГА:

- Учитывая наличие рецидивирующей гиперплазии эндометрия показано оперативное вмешательство – гистероскопия, раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки.



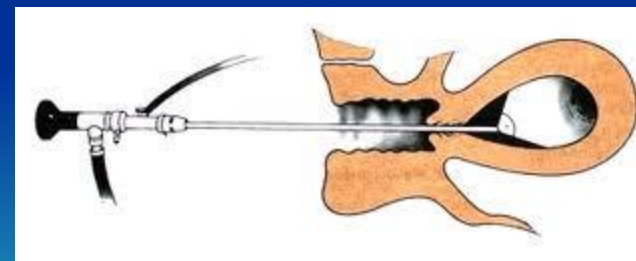
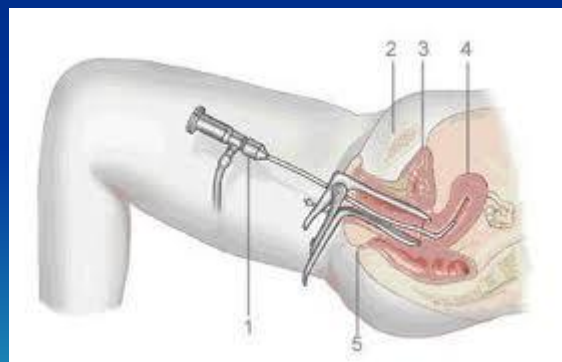
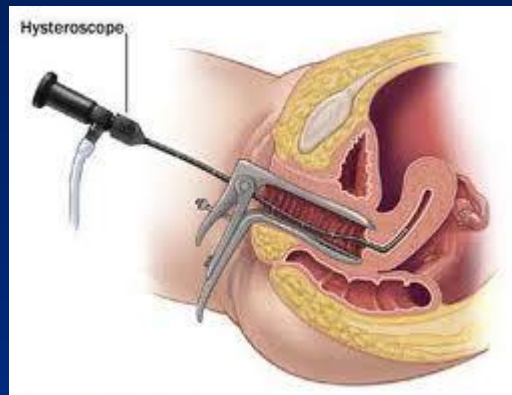
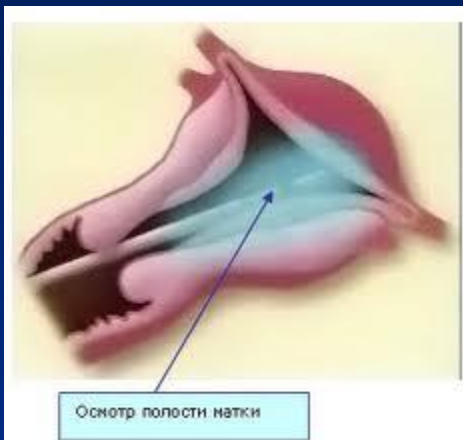
# Заключение эндокринолога:

- Ожирение IV степени.

Сахарный диабет II типа,  
компенсированный диетой и  
сахароснижающими  
препаратами (диабетон)



# ГИСТЕРСКОПИЯ



# Из осмотра анестезиологом:

- Рост 168 см, масса тела 186 кг. ИМТ = 65
- Риск трудной интубации по Малампати II кл.,
- проба Штанге 30 сек, проба Генча 20 сек. Легкие - без патологии.
- ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 90 уд/мин. Нарушение внутрижелудочковой проводимости в обл. задней стенки ЛЖ. Горизонтальное положение оси сердца.
- Риск ТЭО умеренный (I B).
- Риск по ASA III/2
- Планируется сочетанная анестезия - парацервикальная блокада и седация.

# Из лабораторных данных:

ОАК

WBC	$9,1 * 10^9/\text{л}$
RBC	$5,12 * 10^{12}/\text{л}$
HGB	141 г/л
PLT	$282 * 10^9/\text{л}$



# Коагулограмма

		Норма
Протромбиновый инд. %	187,0	70-130
Индекс АПТВ	1,14	0,8-1,2
Тромбин. Время (сек)	17,0	11-17
Фибриноген (г/л)	2,98	1,7-4
МНО	1,23	0,9-1,4
А/Т III%	71	75-125
РФМК (г/л)	8,8	3-4
Тест на волчаночный антикоагулянт	1,5	0,82-1,2

# Из биохимического А К

		Норма
Глюкоза ммоль/л	5,8	
АЛТ ед/л	54,6	5-30
АСТ ед/л	43,0	5-35
ЛДГ ед/л	558,9	до 450
Щелочная фосфатаза ед/л	129,6	80-270
Г- ГТП ед/л	26,6	5-50

# Подготовка к анестезии:

- вечером накануне операции:  
Феназепам 0,5 мг, Фамотидин 20 мг – внутрь; Фраксипарин 0,6 мл - подкожно.
- утром за 30 мин до операции:  
Реланиум 10 мг внутримышечно.
- компрессионный трикотаж







# Из протокола анестезии:

- Проведена сочетанная анестезия: седация + парацервикальная блокада (Лидокаин 2% 20 мл)
- Введено в/в 5 мг дормикума
- Запланированный вариант анестезии оказался неадекватным, провести гистероскопию не удалось.
- Принято решение операцию прекратить.



- На консилиуме запланирована спинальная анестезия
- В случае неудачи – общая ингаляционная анестезия севофлураном.



# Подготовка к анестезии:

- вечером накануне операции:  
Феназепам 0,5 мг, Фамотидин 20 мг – внутрь; Фраксипарин 0,6 мл - подкожно.
- утром за 30 мин до операции:  
Реланиум 10 мг внутримышечно.
- компрессионный трикотаж





Пункция субарахноидального пространства в 2-х промежутках на уровне L 3-4, L 2-3 не удалась



- Принято решение о проведении общей ингаляционной анестезии севофлураном с установкой воздуховода i-gel
- Индукция: севоран 8 об %
- Поддержание анестезии севофлуран до 2-3 об %



Гемодинамика

оставалась  
стабильной,

Дыхание

самостоятель  
ное.

ЧДД 24 в 1 мин,  
 $SpO_2 = 98-99\%$   
,  $Vt = 300-400$   
мл





# Операция

- Длительность операции 20 мин
- Длительность анестезии 30 мин



# Послеоперационный период

- Протекал без осложнений.
- На 2-й день больная выписана домой.





СПАСИБО

ЗА ВНИМАНИЕ