

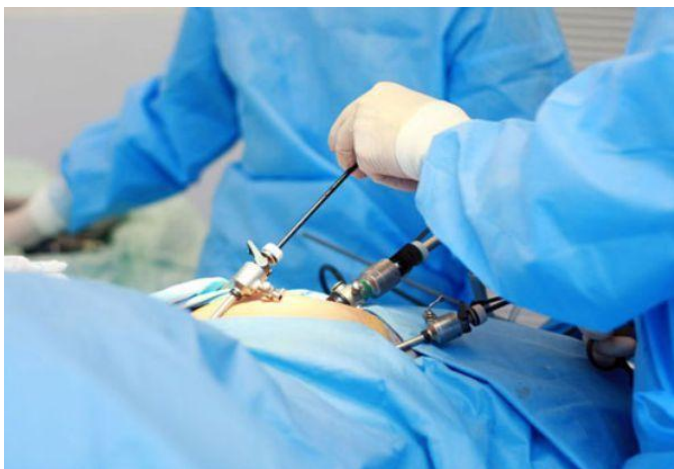
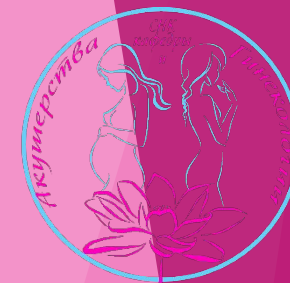


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Акушерства и Гинекологии КГМУ

Студенческое научное общество

**«Использование эндоскопических методов исследования
в акушерстве и гинекологии»**



Курск, 2019 г.

Подготовила: студентка 4 курса
лечебного факультета 26 группы

Байда Анна Сергеевна

Проверил: д. м. н , профессор
Рыбников Владимир Николаевич

История метода эндоскопии



Отт. Д. О

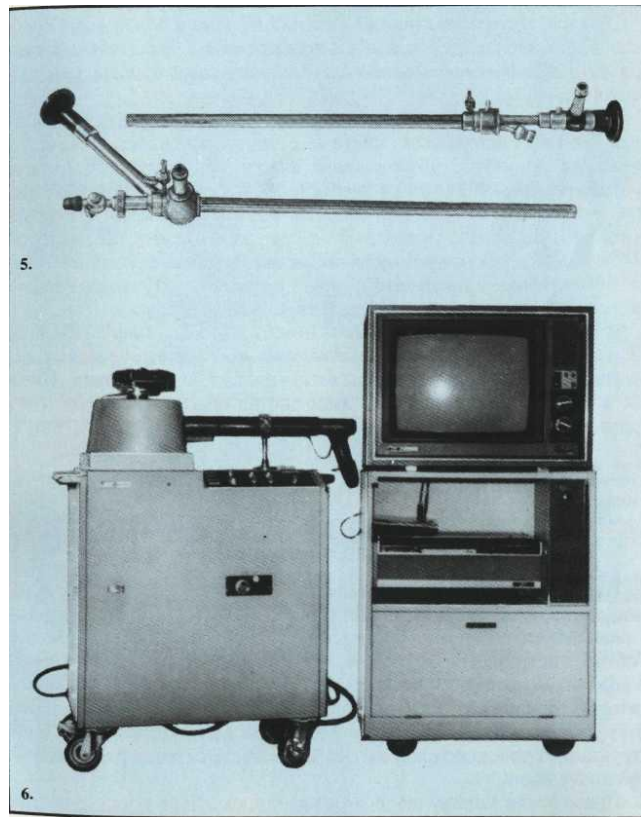
Замысел осмотреть органы брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов появился в начале нашего столетия, и первым, осуществившим его на практике, был выдающийся отечественный акушер-гинеколог, приват-доцент кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии Дмитрий Оскарович Отт. Совершенствуя влагалищное чревосечение, он вводил через операционную рану в брюшную полость электрическую лампочку, что давало возможность осматривать прилежащие органы. Автор назвал данный метод вентроскопией и сделал сообщение о его применении на заседании Санкт-Петербургского общества акушеров-гинекологов 19 апреля 1901 г.

Оперативная лапароскопия в гинекологии – раздел эндоскопической хирургии, в котором преимущества новой технологии проявляются наиболее ярко. Лапароскопическая хирургия изначально была создана гинекологами и для гинекологов. Многие лапароскопические операции были выполнены ещё до появления видеомониторов. Неудивительно, что первые видеоэндоскопические операции в общей хирургии были также выполнены гинекологами, а Курт Земм до сегодняшнего дня остается наиболее ярким и продуктивным хирургом в истории эндохирургии.

Метод Д. О. Отта в дальнейшем видоизменялся и совершенствовался. Название метода было различным: вентроскопия , целиоскопия, пельвиоскопия , перитонеоскопия, органоскопия , абдоминоскопия, кульдоскопия. Сегодня метод известен и признан в мире как лапароскопия.

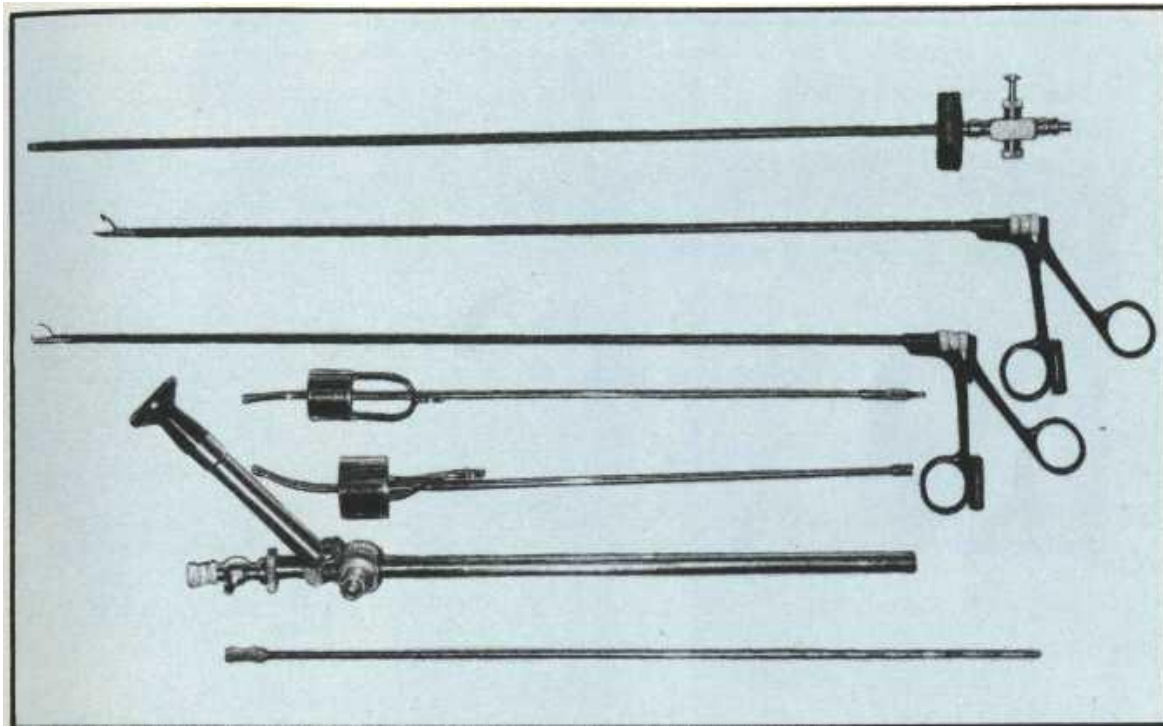
Внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии – несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе.

Эндоскопическая аппаратура

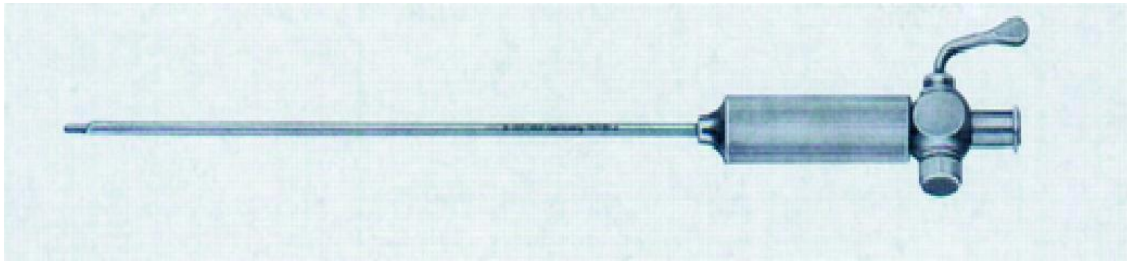


Лапароскоп „Storz” —
модификация лапароскопа
Wildhirt и операционный
лапароскоп „Storz26038A

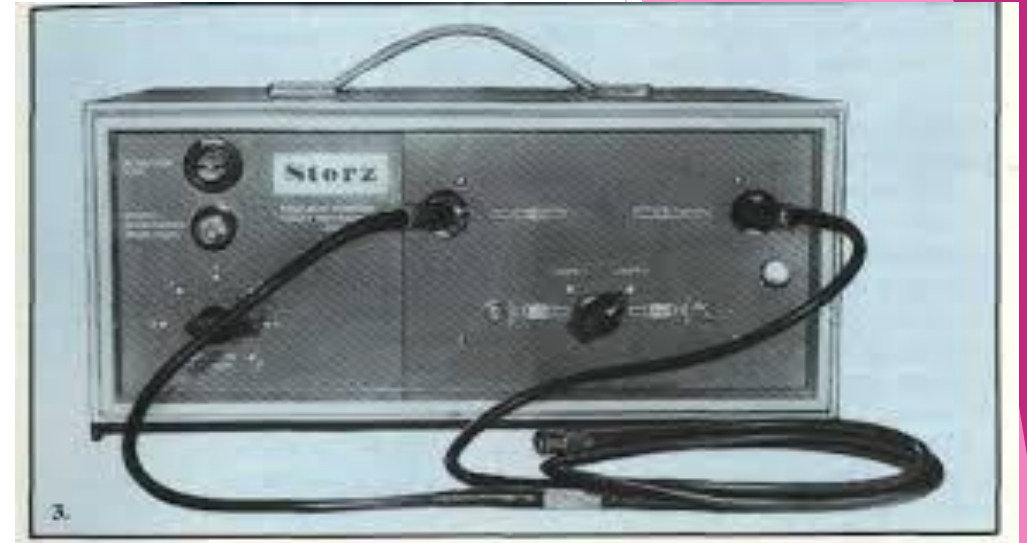
Эндоскопическое исследование органов малого таза состоит из следующих этапов: а) пункции брюшной полости и введения газа; б) введения троакара лапароскопа; в) осмотра органов брюшной полости; г) выполнения различных манипуляций — коагуляции спаек, хромосалбпингоскопии, биопсии и др.; д) удаления эндоскопа и выведения газа из брюшной полости. В каждом из этапов используется соответствующая аппаратура.



Набор жестких манипуляторов, используемых с операционным лапароскопом, и маточные зондыколпачки LUbke.



Игла Вереша для наложения пневмоперитонеума.



Источник света для лапароскопа „Storz“ с двумя гнездами для подключения световодов

Современная эндоскопическая аппаратура



Преимущества эндоскопической хирургии перед традиционной



1. Возможность оперирования в труднодоступных областях человеческого организма.
2. Снижение травматичности операции. Объем рассекаемых тканей, величина кровопотери и боль после операции существенно меньше. Многие достоинства этой технологии напрямую связаны с малой травмой.
3. Снижение частоты и тяжести осложнений. Такие традиционные осложнения, как эвентрация или образование огромных вентральных грыж, вообще не встречаются в эндохирургии. Послеоперационный парез кишечника, спаечная болезнь или легочные осложнения возникают значительно реже, чем при открытых операциях. Меньше инфицируется операционное пространство. Не происходит охлаждения и высушивания серозной поверхности внутренних органов, что уменьшает вероятность образования спаек.





4. Ранняя активизация больных и снижение продолжительности нахождения в стационаре после операции. За счет быстрого восстановления жизненных функций продолжительность госпитального периода меньше в 2–5 раз.
5. Снижение стоимости лечения. Хотя специальное оборудование для эндохирургических вмешательств увеличивает стоимость операции, лечение в целом дешевле на 20–25% за счет уменьшения госпитального периода, расхода медикаментов и быстрой реабилитации пациента.
6. Косметический эффект чрезвычайно важен, особенно для женщин.
7. Снижение потребности в лекарственных препаратах имеет не только экономическое, но и профилактическое значение. Минимально инвазивное лечение – это и минимум препаратов с их побочным и токсическим воздействием.

К недостаткам эндовидеохирургической технологии относят:

1. Двухмерное изображение операционного поля.
2. Отсутствие тактильных ощущений хирурга.
3. Ограниченность операционного поля и отсутствие контроля за органами вне операционного поля.
4. Высокая стоимость оборудования.



Показаниями к диагностической лапароскопии являются подозрения на:

1. эктопическую (тубную) беременность;
2. апоплексию яичника;
3. перекрут ножки опухоли яичника;
4. разрыв цистаденомы яичника или пиосальпинкса;
5. абсцессы в области малого таза;
6. острое воспаление придатков матки при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 12–48 часов;
7. перфорацию матки;
8. наружный эндометриоз и/ или эндометриоидные кисты;
9. потерю ВМС;
10. проведение дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.



Показаниями к оперативной лапароскопии являются:

1. при плановом лечении:

- опухоли и опухолевидные образования яичников;
- трубно-перитонеальное бесплодие;
- перитонеальный эндометриоз;
- миома матки;
- добровольная хирургическая стерилизация;

2. при экстренном лечении:

- внематочная беременность;
- апоплексия яичника;
- разрыв кисты яичника;
- перекрут «ножки» подбрюшинной миомы матки, опухоли (или кисты) яичника;
- перфорация матки;
- гнойные воспалительные заболевания придатков матки.



Противопоказания

Абсолютные	Относительные
заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации;	острые и хронические инфекционные заболевания, перенесенные менее чем за 1 месяц до операции;
шоковые и коматозные состояния;	подострое или хроническое, в стадии обратного развития, воспаление матки и ее придатков (особенно для выполнения реконструктивно-пластических операций);
кахексия;	отклонения в показателях клинико-лабораторного исследования;
нарушения свертываемости крови;	III-IV степень чистоты влагалищного содержимого.
острая и хроническая почечная недостаточность;	
острая и хроническая печеночная недостаточность;	
грыжа передней брюшной стенки и/или диафрагмы (так как давление пневмоперитонеума при грыже передней брюшной стенки может спровоцировать ее ущемление, а при диафрагмальной грыже – смещение и сдавление сердца и легких с летальным исходом);	
резкое вздутие живота;	
осложнения в процессе наложения пневмоперитонеума или при введении троакара – обширная эмфизема, повреждения полых органов брюшной полости, магистральных сосудов;	
выраженный спаечный процесс в брюшной полости после лапаротомии, осложнившейся ранением кишечника и/или крупных сосудов.	

Спасибо за внимание !