

Русский гинеколог Д.О. Отт в 1901г. впервые выполнил осмотр органов брюшной полости через кольпотомное отверстие. Для этого он использовал налобный рефлектор и лампу, поместив пациентку в глубокое положение Тренделенбурга.

Лапароскопию в условиях пневмоперитонеума с использованием цистоскопа впервые выполнил Г. Келлинг в 1901 г., в эксперименте на собаках. С 1911г. появляются публикации о новых методах лапароскопии, создании игл для пневмоперитонеума, разработках новых оптических приборов. Свой вклад в развитие лапароскопии внесли Якобеус, Бермингем, Розенталь. Огромный вклад в развитие лапароскопии внес Х. Кальк. Модифицированный лапароскоп Калька используется и в настоящее время.

Места введения троакаров стали классическими - точки Калька. Широкое применение диагностическая лапароскопия получила благодаря работам Р. Пальмера во Франции (4050 г.г.) и Д. Франгеймера в США (60 гг.) В 1962г. Р. Пальмер выполнил коагуляцию маточных труб - первая лапароскопическая операция стерилизации. Революционные преобразования в оперативной лапароскопии в гинекологии осуществил руководитель гинекологической клиники в г. Киле, профессор Курт Земм.

В 1975г. он опубликовал руководство, где описал целый ряд лапароскопических операций на придатках матки. Практически все известные лапароскопические инструменты разработаны К. Земмом. Им же разработаны методики эндошва. Многие аппараты для эндохирургии также разработаны и внедрены в практику К. Земмом (термокоагулятор, механический и ручной литотрипторы, пельвеотренажер и др.). В 1983 г. К. Земм впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию.

С внедрением в практику эндоскопических видеокамер, **лапароскопия** стала незаменимым диагностическим и лечебно-оперативным методом. Более 90% операций в гинекологии выполняются лапароскопическим доступом. В настоящее время во всем мире накоплен огромный опыт выполнения лапароскопических операций, который показал, что лапароскопическая хирургия малотравматична, безопасна и экономически выгодна.

Показания к экстренной лапароскопии

1. Невозможность исключить острые хирургические заболевания (острый аппендицит, некроз жировой подвески, болезнь Крона).
2. Подозрение на гнойный сальпингит, перфорацию пиосальпинкса, тубовариального

образования воспалительной этиологии.

3. Подозрение на апоплексию яичника.
4. Подозрение на перфорацию киста яичника.
5. Подозрение на перекрут ножки кисты или опухоли яичника.
6. Острые трофические нарушения в миоматозных узлах (отек, некроз узла миомы, перекрут ножки миоматозного узла).
7. Подозрение на трубную беременность, особенно прогрессирующую или нарушенную по типу трубного аборта.
8. Подозрение на перфорацию матки.
9. Подозрение на непроникающий разрыв матки после родов.
10. Отсутствие эффекта от консервативной комплексной терапии больных с острым воспалением придатков матки в течении 12-48 час, или нарастание местных и общих симптомов воспаления.

Противопоказания

Противопоказания к экстренной лапароскопии всегда относительны. **лапароскопия** не показана в тех случаях, когда уточнение диагноза не может изменить тактику ведения больной, и лечение остается консервативным.

Абсолютные противопоказания

1. Геморрагический шок
2. Острый инфаркт миокарда
3. Острое нарушение мозгового кровообращения.
4. Значительные размеры патологического образования внутренних половых органов (более 15 см в диаметре).
5. Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.
6. Острая печеночно-почечная недостаточность.
7. Сахарный диабет в стадии декомпенсации.
8. Диафрагмальные грыжи.

Относительные противопоказания

1. ожирение 3-4 степени.
2. Выраженный спаечный процесс после перенесенных операций на органах брюшной полости.
3. Значительное количество крови в брюшной полости (более 1 литра).