

GINEKOLOJİ LAPAROSKOPIYA

- Laparoskopiya son 30 ildir ginekoloji istifadədə açıq cərrahiyyəyə alternativ bir cərrahi metoddur
- Laparoskopiya xəstənin qarınına baxmaq üçün açıq cərrahiyyədə olduğu kimi böyük kəsiklər yerinə kiçik bir dəlikdən daxil edilən bir kamera istifadə aparılır
- Sürətli yaxşılaşma müddəti, çox az ağrı olması, xəstəxanada qalma müddətinin qısa olması və daha yaxşı kosmetik nəticələr laparoskopik cərrahiyyənin xəstələr və cərrahlar üçün seçim etməsinə yol açmışdır
- Eyni zamanda görüntünün keyfiyyəti və böyütmə xüsusiyyəti və daha az fəsad riskinin olması laparoskopik cərrahiyyənin, ginekologiyada geniş istifadəsinə yol açmışdır.



Tarihçe

- 1806 Bozzini, genitoüriner traktus
- 1901 Kelling, sistoskop köpek
- 1911 Jacobaeus, insan
- 1924 Zolikoffer, CO₂ ile şişirme
- 1929 Kalk, girişimsel laparoskopi
- 1944, ilk jinekolojik girişimler
- 1960, gaz pompa cihazı
- 1970, jinekolojik girişimler
- 1983, lap apendektomi
- 1985, ilk lap kolesistektomi
- ...



Lichtleiter's endoskop

➤ Ginekologiyada laparoskopiyadan diaqnostik məqsədlə və cərrahi müdaxilənin aparılması üçün istifadə edilir

Diaqnostik

Açıqlana bilinməyən pelvik ağrı

Açıqlana bilinməyən infantilizm

Endometrioz

Mioma uteri

Over kistləri və tümörlər

Ektopik hamiləlik

Pelvik və tuboovarian abses

İnfantilizm

Uterus və ya vagina sallanması və sidik qaçırma

Ginekoloji xərçənglər

Müalicəvi

Planlı laparoskopiya üçün göstərişlər

Sonsuzluq- boru-peritoneal

Yumurtalığın polikistoz sindromu

Yumurtalığın şişi və şişəbənzər törəmələri

Uşaqlığın mioması

Genital endometrioz

Daxili cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsuru

Qarının aşağı hissəində qeyri-müəyyən etiologiyalı ağrı

Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsi

Stress mənşəli sidiyi saxlaya bilməmə

Sterilizasiya

Təcili laparoskopiya üçün göstərişlər

Uşaqlıqdan kənar
hamiləlik

Yumurtalığın
apopleksiyası

Uşaqlıq artımlarının
kəskin iltihabi
xəstəlikləri

Yumurtalıq şişinin
ayaqcıq üzərində
burulması

Yumurtalığın şişəbənzər
törəməsinin
partlamasına şübhə

Subseroz miomanın
ayaqcığının burulması

Kəskin cərrahi və
ginekoloji patologiyanın
differensial diaqnostikası

Laparoskopiya mütləq əks göstərişlər

Hemorragik şok

Tənəffüs və ürək-damar sistemi xəstəliklərinin
dekompensasiya mərhələsi

Korreksiya olunmayan koagulopatiya

Pasiyentə Trendelenburq vəziyyəti yaratmağa imkan
verməyən xəstəliklər

Kəskin və xroniki qaraciyər-böyrək çatışmazlığı

Laparoskopiya üçün nisbi əks göstərişlər

Polivalent allergiya

Yayılmış peritonit

Qarın və kiçik çanaq boşluğunda aparılmış əməliyyatdan sonrakı bitişmə prosesi

Hamiləliyin gec müddəti- 16-18 həftədən artıq

Uşaqlığın böyük ölçülü mioması- 16 həftəlik hamiləlikdən böyük

- Laparoskopiyada istifadə edilən ən əsas vasitə endoskopdur
- Dəyişik ölçülərdə- 10 mm, 5 mm, 3 mm ola bilər və 0 və 30 dərəcəlik görüş bucaqları vardır
- Klassik olaraq əvvəlcə Veress iynəsi ilə adətən göbək dəliyindən qarın boşluğuna girilir və içərisi CO₂ qazı ilə 4-5 l şişirdilir
- Qaz axını 12-15 mmHg olana qədər davam etdirilir
- Sonra endoskop üçün göbəkdə 10 mm trokar yerləşdirilir
- Bu trokar içindən üzərində bir kamera və işıq qaynağı olan endoskop içinə salınır
- Görüntü 2 və ya 3-D ekranda yansıtılır
- Cərrah orqanları endoskopun böyütmə və yaxınlaşdırma xüsusiyyətini də istifadə edərək dəqiq bir şəkildə görə bilər.



Endoskop

Laparoskopik Veress iynələri



- ❖ Daha sonra laparoskopik cərrahi alətlər üçün 2 və ya 3 ədəd 5 mm-lik trokar kamera görüntüsü ilə yerləşdirilir
- ❖ Ediləcək cərrahiyyənin ehtiyacına görə dəyişik forsepsi (dissecting və grasping, travmatik və ya atravmatik), əyri və ya düz uclu qayçılar, ayrıca toxumaları kəsmək və koagulə etmək üçün dəyişik enerji tipləri (monopolar, bipolar, ultracision, ligasure və digər damar bağlama alətləri), damar bağlamaq üçün ligaklipler, yuma və təmizləmək üçün suction-irrigation cannula, toxumaları kiçik parçalar halında çıxarmaq üçün morcellator, toxumaları çıxartmaq üçün çantalar cərrahi alətləri stitch üçün istifadə olunur
- ❖ Əməliyyat bitdikdən sonra qarın boşluğundakı qaz boşaldılır alətlər və trokarlar çəkilir və 1 sm-dən kiçik dəliklər tikişlərlə bağlanılır.



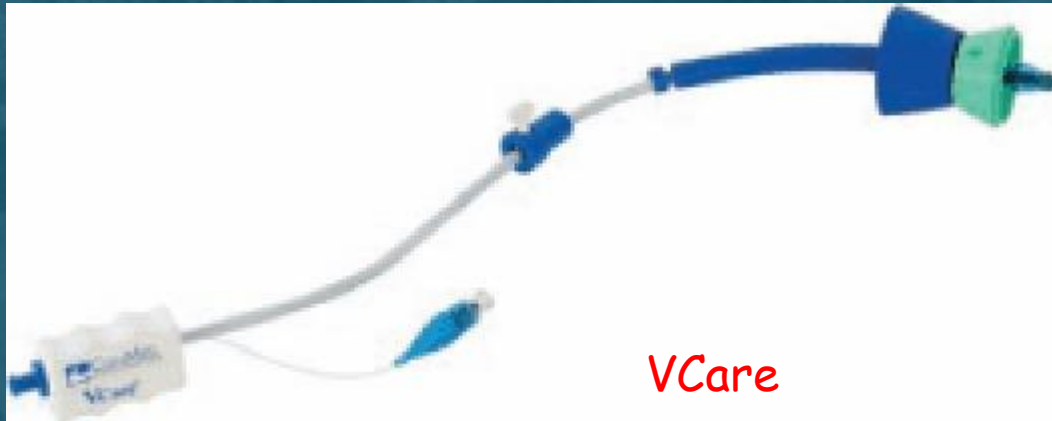
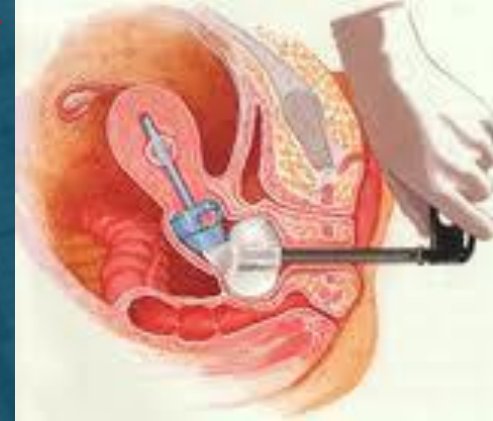
Manipulator



Clermont- Ferrand



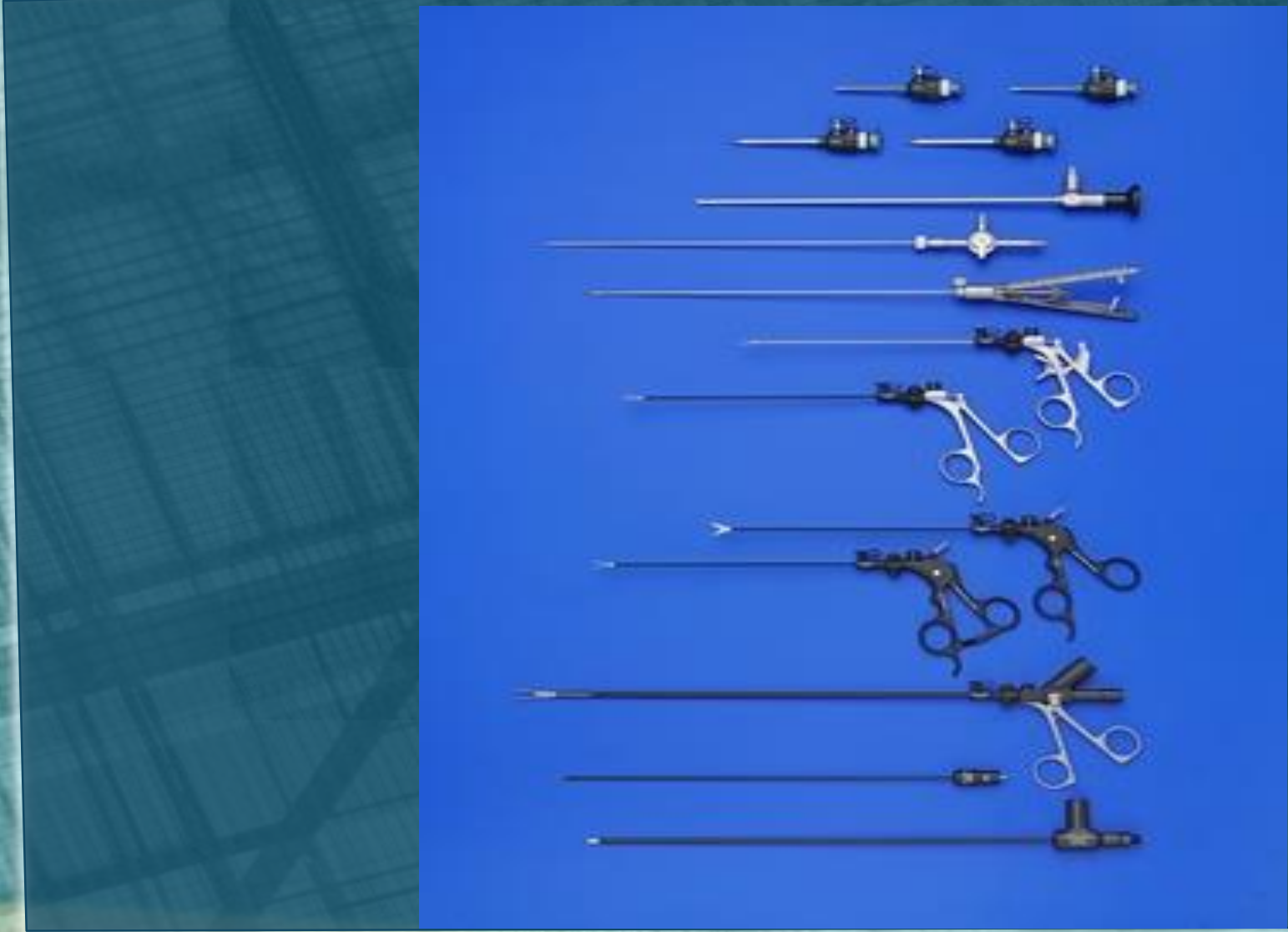
Rumi



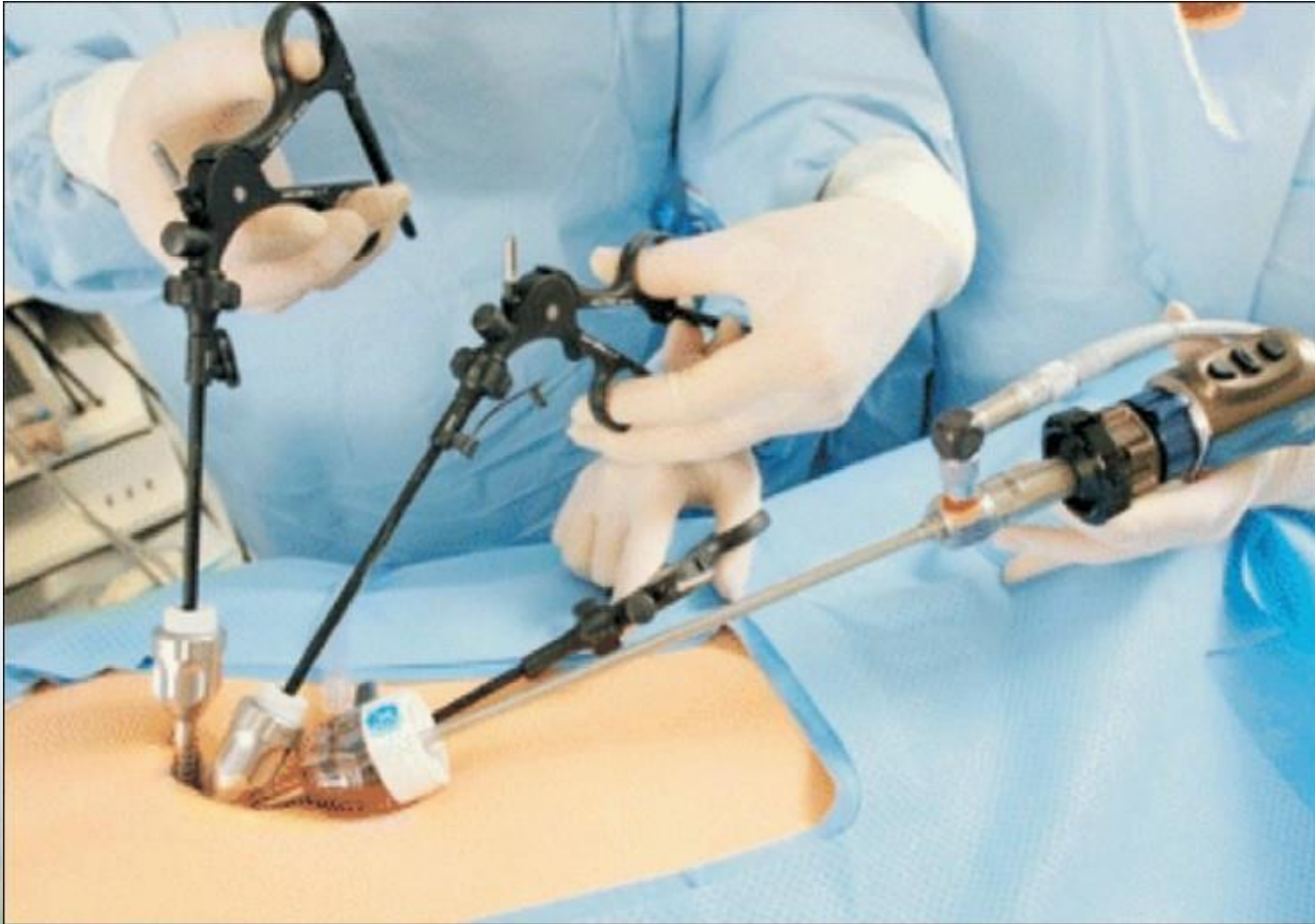
VCare



Hindistan-Tugan



- Single Port



MANIPULYATORLAR



Clermont-ferrand



Rumi



Koninckx

- Anamnez toplanmalı və fiziki müayinə bütün ginekoloji laparoskopiyadan əvvəl aparılmalıdır (L / S)
- Ağır kardiopulmoner xəstəlik, qarın və diafraqma hernisi, ileus, hamiləlik istisna edilməklə, intraabdominal kütlə ölçüsü və mövcud yaralar müəyyən edilməlidir
- Əməliyyatdan əvvəl tam qan, biokimyəvi testlər, servikovaginal yaxmalar, pap smear testi aparılmalıdır
- Xəstə yerinə yetirilmə proseduru barədə məlumatlandırılmalı və faydaları və mümkün komplikasiyalar barədə məlumat verilməli və razılıq imzalanmalıdır.



- Cərrahın cərrahiyyə zamanı istifadə olunacaq bütün alətlərin uyğun və fəaliyyət göstərməsini təmin etməlidir.
- Işıq mənbəyi və insufflator və kifayət qədər CO₂ qazı olması yoxlanmalıdır
- Diaqnostik laparoskopiya üçün 3-5 litr qaz kifayətdir, amma operativ tətbiqlərdə daha çox CO₂ və yüksək sürətli insufflators tələb olunur
- Mövcud təzyiq 15 mmHg-dən yuxarı olmamalıdır
- Xəstə əməliyyatdan əvvəl gecəni bağırsağını təmizləməlidir və əməliyyatdan dərhal əvvəl xəstənin sidik kisəsi kateterlə boşaltmalıdır
- Ən azı altı saat ac olmaq anesteziya baxımından əhəmiyyətlidir
- Əməliyyat sahəsində tüklərin təmizlənməsi lazımdır. Profilaktik antibiotik müalicəsi həkim seçiminə və prosedurun ölçüsünə bağlıdır
- Xəstə risk faktoru daşıyarsa, infuziya səbəbi ilə venoz qaynaq azalacaq və staziya baş verərsə, dərin ven trombozu üçün profilaktik tədbirlər görülməlidir və əməliyyatdan əvvəl varikoz paylanmalıdır.



- ❖ Cərrahiyyə üçün lazım olan mövqe (dorsal litotomiya vəziyyəti) xəstənin intübasiyasından sonra personal tərəfindən, sıxılma səbəbindən sinir zədələnməsi ehtimalı olmayan pozisiya verilməlidir
- ❖ Ayaqlar simmetrik olaraq ablated və xəstənin gluteal bölgəsi masanın alt ucundan 4-5 sm yüksəkliklə dorsal litotomiya olmalıdır.

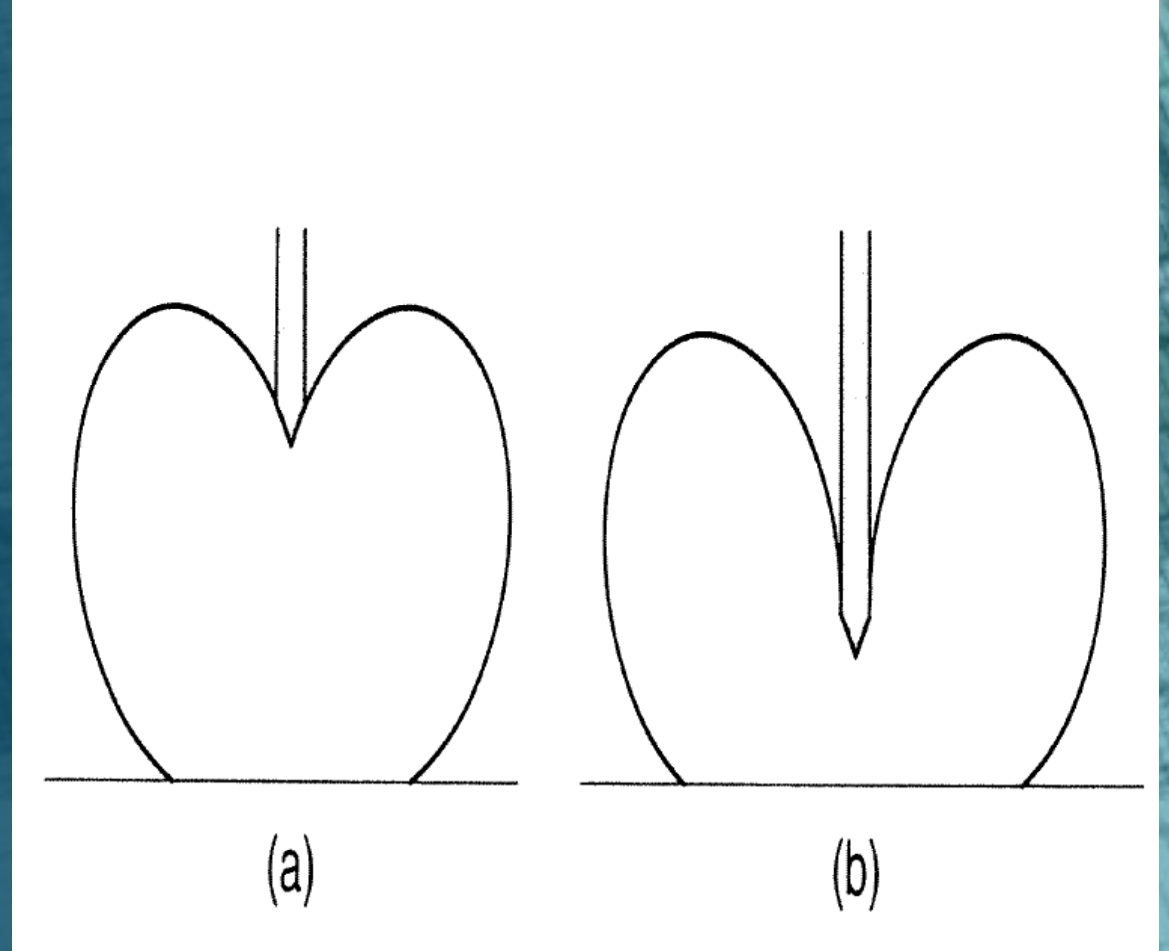




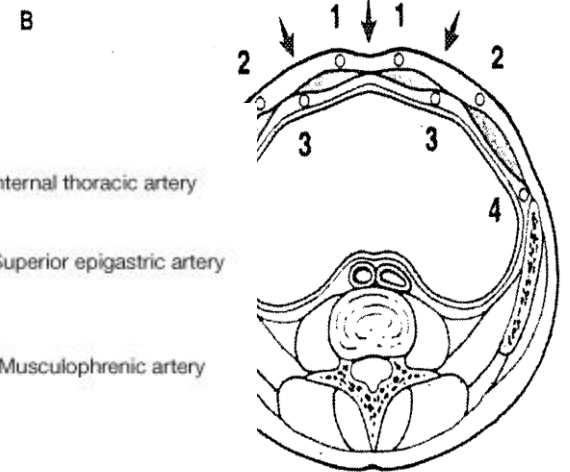
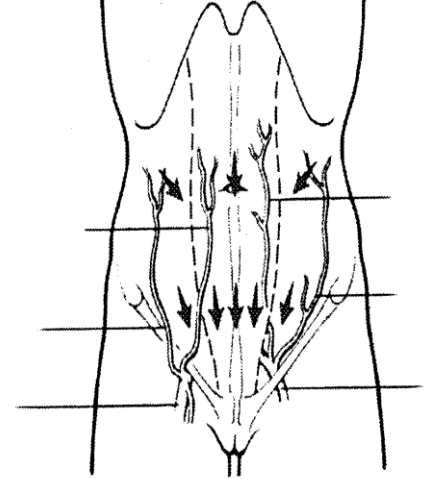
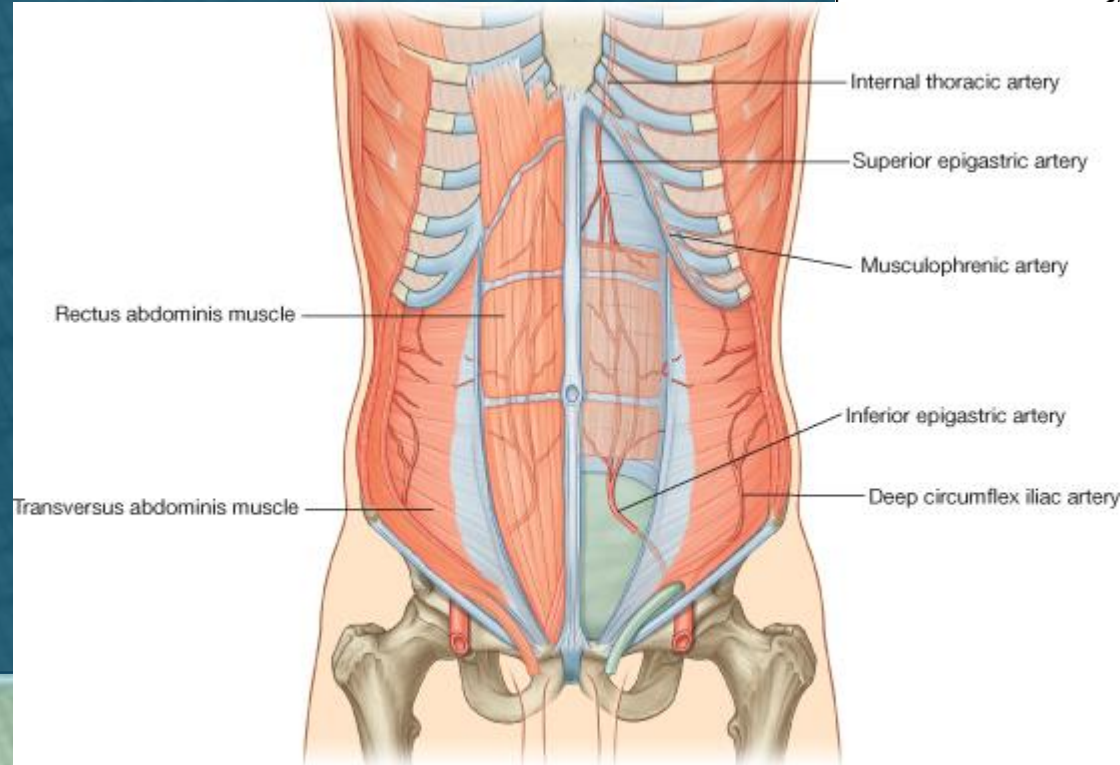
- Cərrah sağ əldən istifadə edərsə, xəstə xəstənin sol tərəfində dayanmalı və damar yolu sağ tərəfini açmalıdır. Braxial pleksusun və sinir zədələnməsinin qarşısını almaq üçün istifadə olunmayan qol xəstənin yanında dayanır
- Trendelenburqun mövqeyinin və meylinin artması cərrahın pelvis müşahidəsinə olan ehtiyacına görə düzəldilir

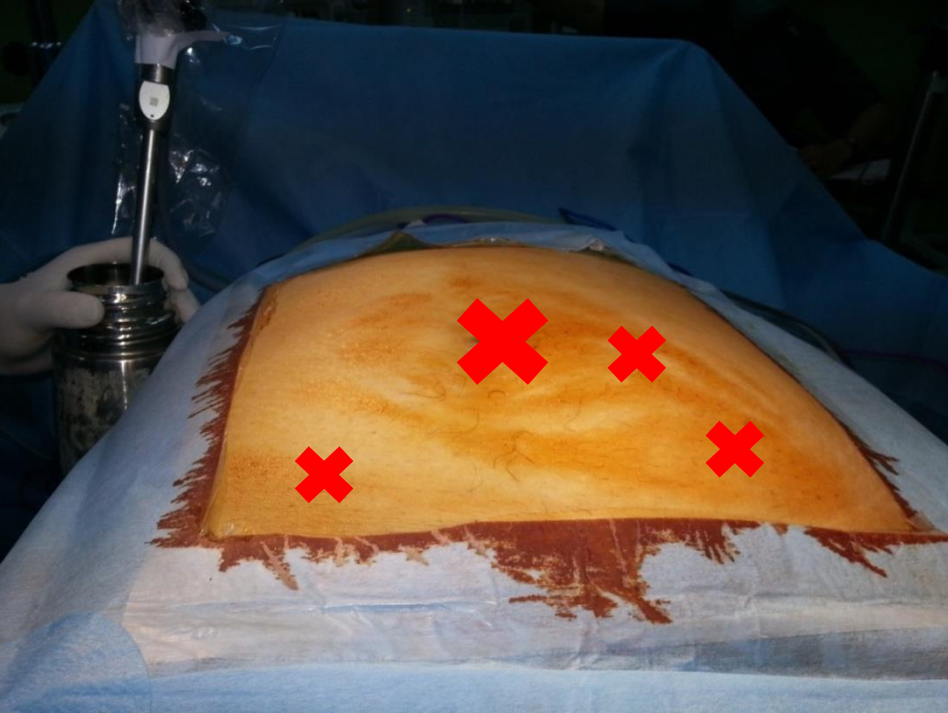
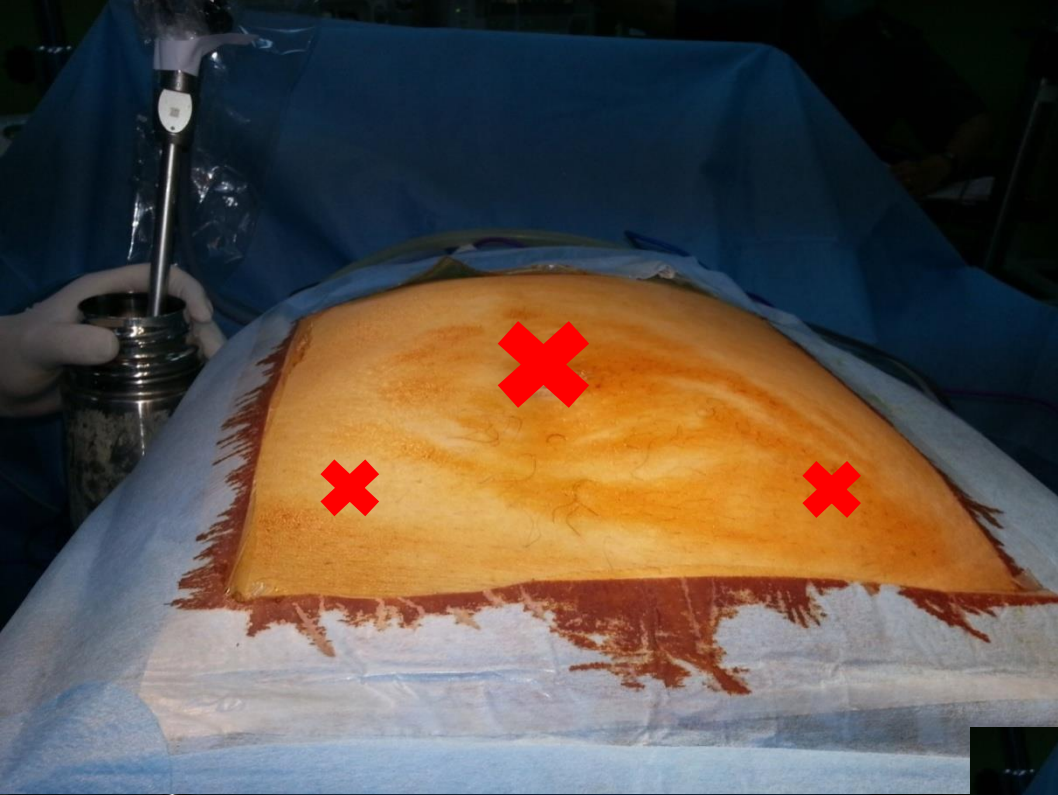


- Tez-tez insuflasiya Veress iynəsi ilə edilir və ilkin trokarkarlar və kanulalar pnevmoperitoneum yaratdıqdan sonra daxil edilir
- Bəzi cərrahlar birbaşa trokar insuflasiyası etsə də, çox arıq və qarın boşluğunda kütləsi olan pasiyentlər üçün təhlükəlidir
- Daha öncə keçirilmiş əməliyyatla bağlı çapıqlar Veress iynəsinin tətbiq olunacağı yerə təsir edir
- Anesteziya zamanı yaranan distansion trokar girişində mədədə perforasiya ola biləcəyi üçün mədəyə qısa müddətli nazoqastrik zond qoyulmalıdır



- Veress iynəsi peritonun abdominal divara bitişik olduğu intraabdominal nahiyəyə tətbiq olunur
- İynə simfizin 5 sm üstündən umblikusa qədər orta xətt və ya rektusun lateralında sağ və ya sol McBurney nöqtəsində tətbiq oluna bilər
- Veress iynəsi bəzən peritona penetrə olmadan preperitoneal bölgədə qalır və buranı şişirdir
- Buna görə də insuflasiyaya başlamadan öncə Veress iynəsinin peritoneal boşluqda olduğundan əmin olmaq lazımdır

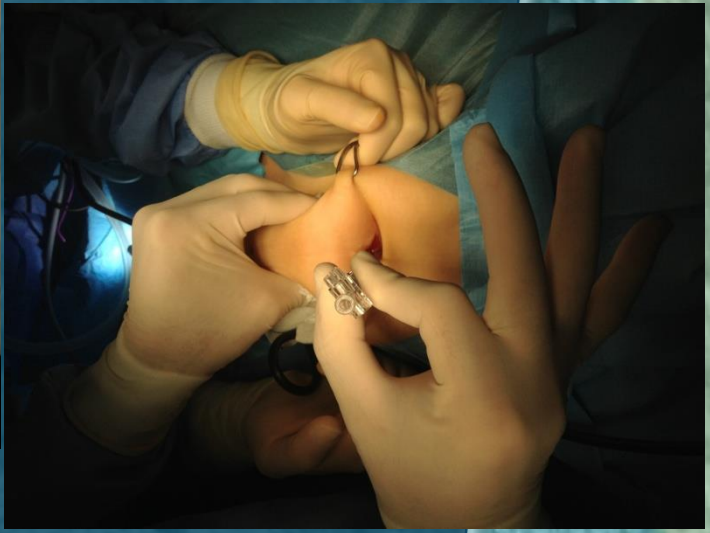
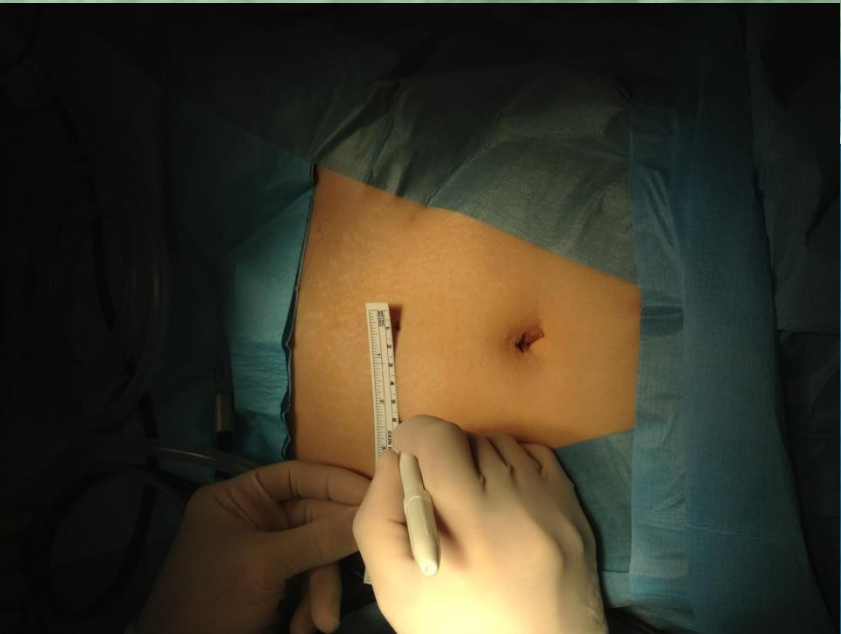


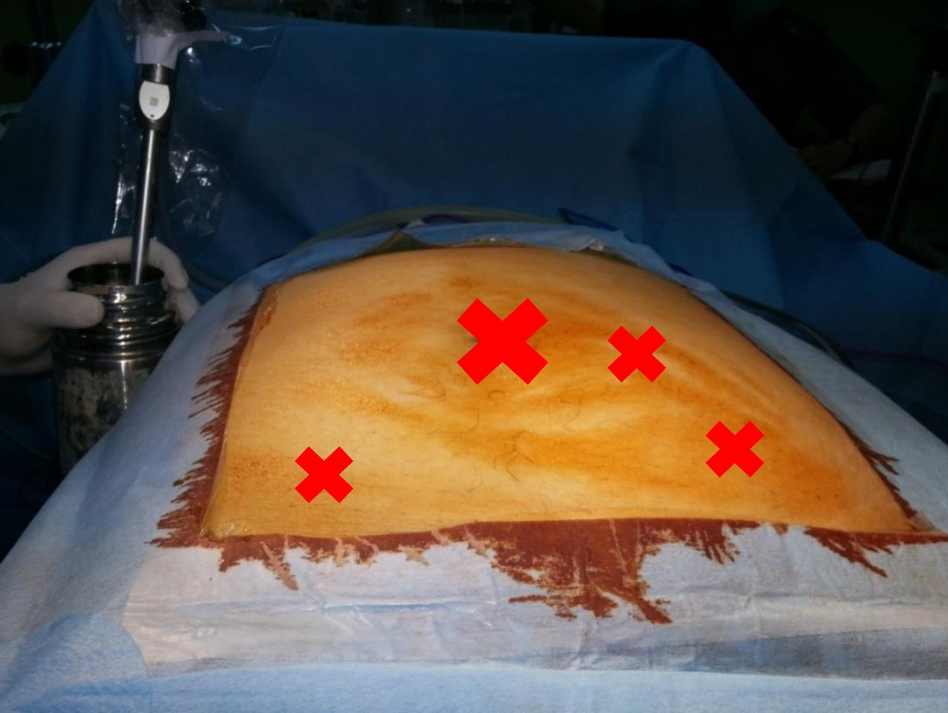
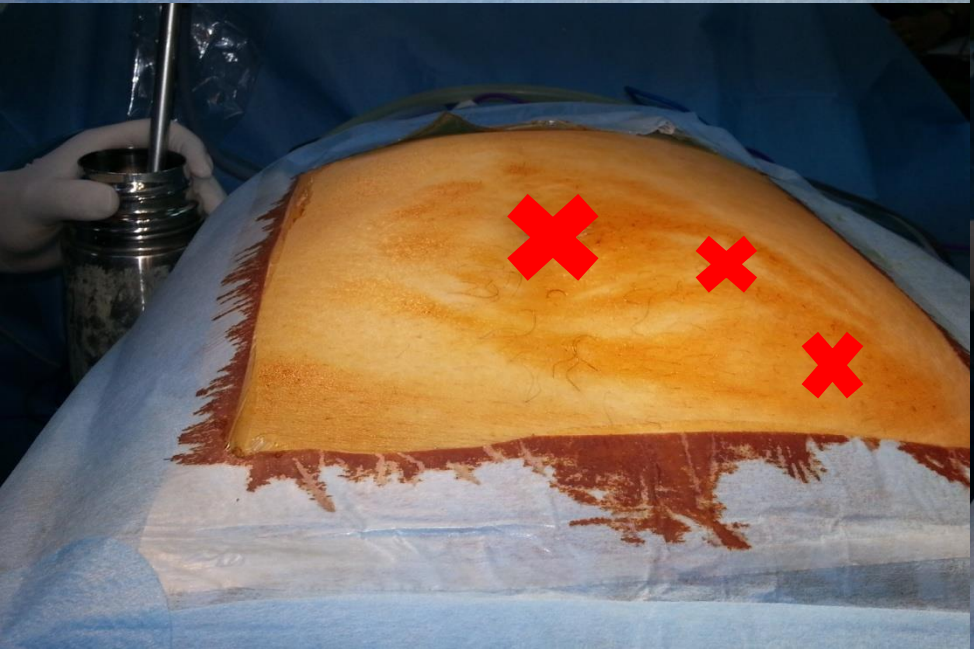
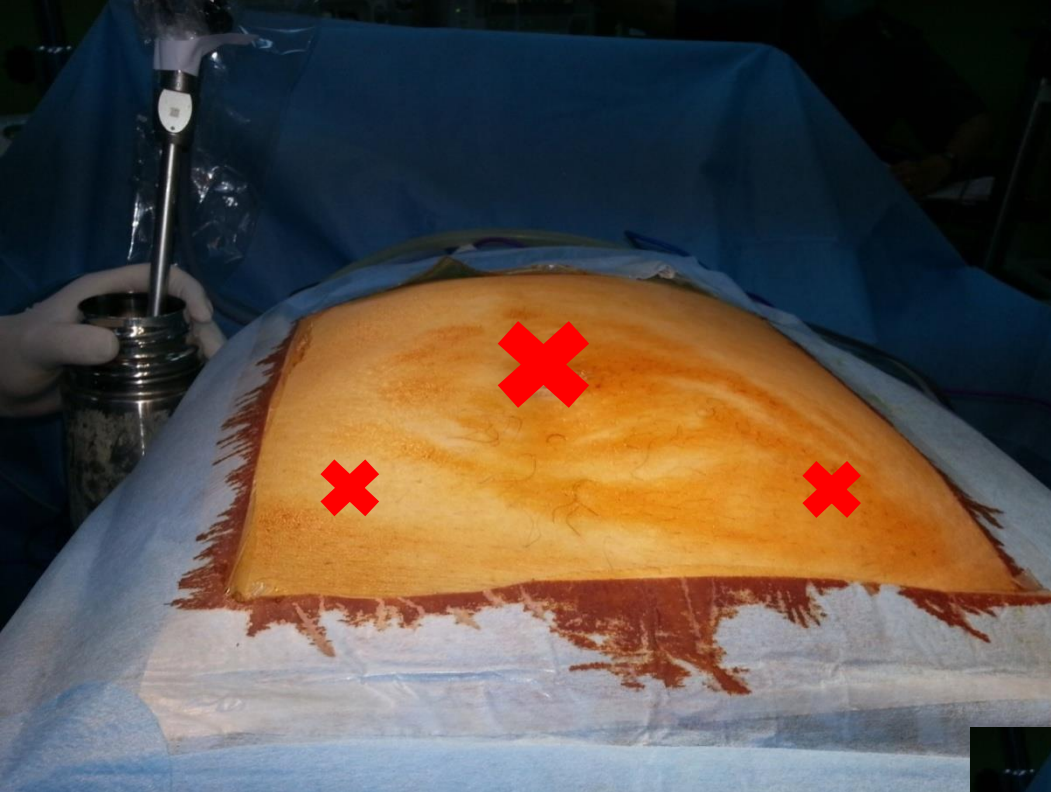


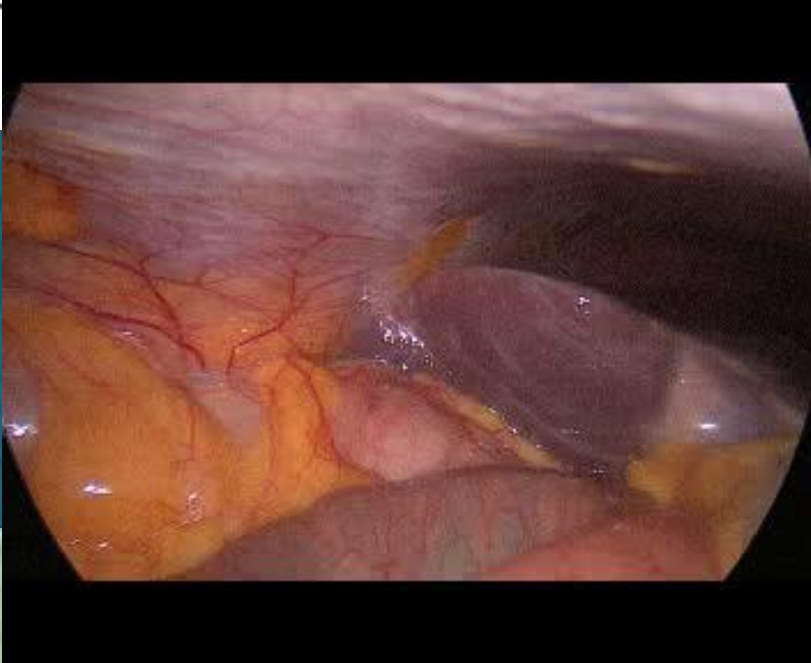
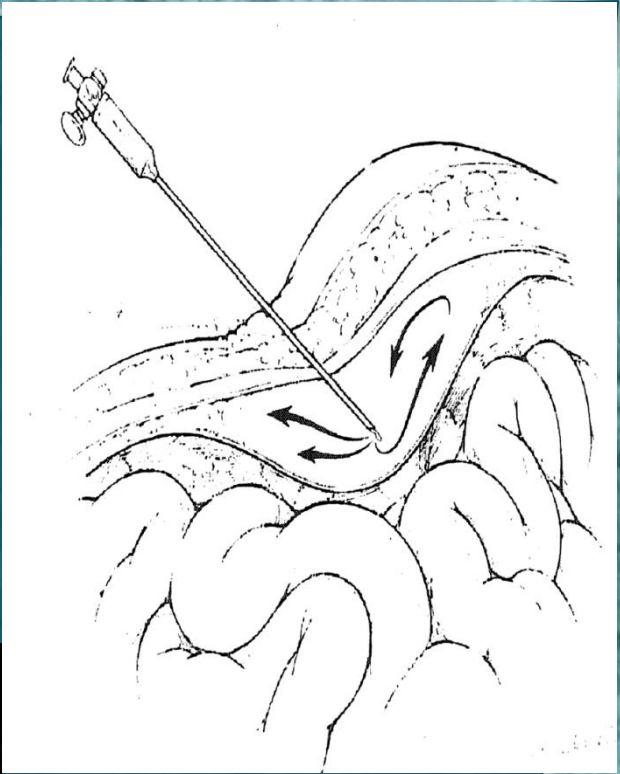
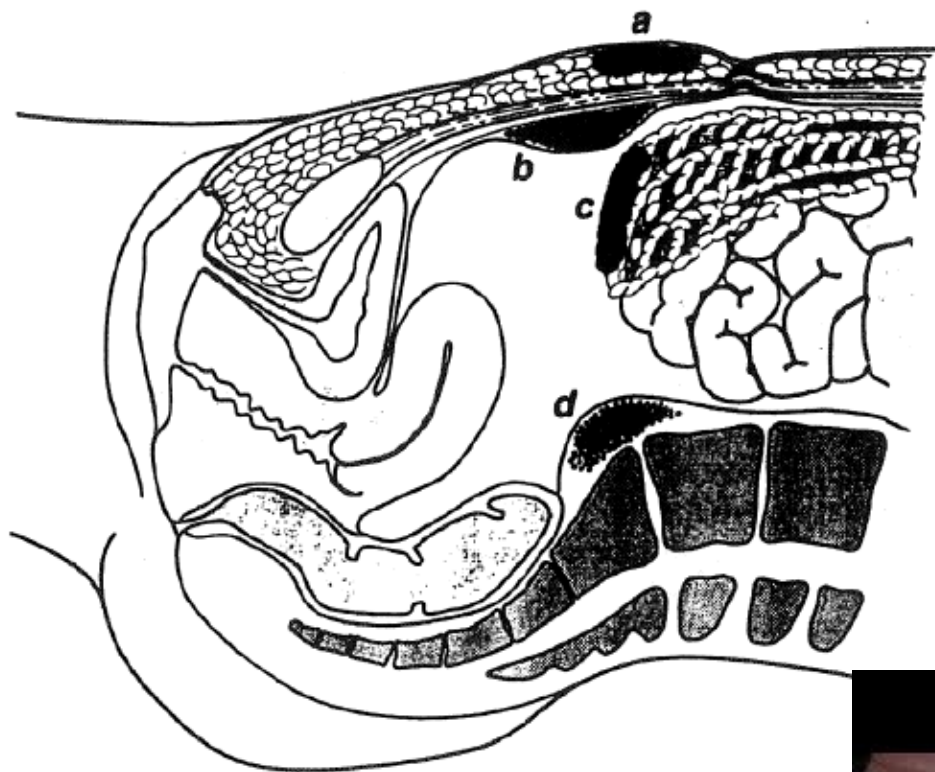
- Sol üst kvadratda rektusun lateralında sol kostal sərhəddin iki barmaq altında da tətbiq edilə bilər
- Ən çox intraumblikal bölgəyə tətbiq olunur
- Cərrah iynəni daxil etmək üçün məsafəni hesablayaraq iynəni saxlamalıdır
- İynə, 45 dərəcəlik bir bucaq ilə sacrum boşluğuna daxil edilməlidir
- İynənin yerində olduğunu təsdiqləmək üçün bir şırınga testi həyata keçirilə bilər
- İnjector çıxarıldıqda, qaz və ya qan gəlməməlidir, sonra fizioloji məhlul iynəyə injektə edilir və geri çəkəndə geri qaytarılmamalıdır
- Bağırsaq və ya preperitoneal bölgə daxil olarsa, maye geri gələcəkdir
- İnsuflyasiya Veress iynəsinin doğru yerdə olduğundan əmin olduqdan sonra qaz 5-10 mmHg təzyiqlə verilir
- Təzyiq yüksək olarsa alt abdominal divar əllə tutularaq yuxarı qaldırılır və ya iynənin bucağı dəyişdirilir
- Əgər effektsiz olarsa iynə çıxarılıb yenədən daxil edilməlidir
- Ortalama 2-5 l qaz verilir
- Qazın miqdarı anesteziyanın dərinliyinə, pasiyentin ölçüsünə, istifadə edilən trokarların ölçüsünə uyğunlaşdırılır
- Qarın boşluğu şişirildikdən sonra iynə çıxarılır

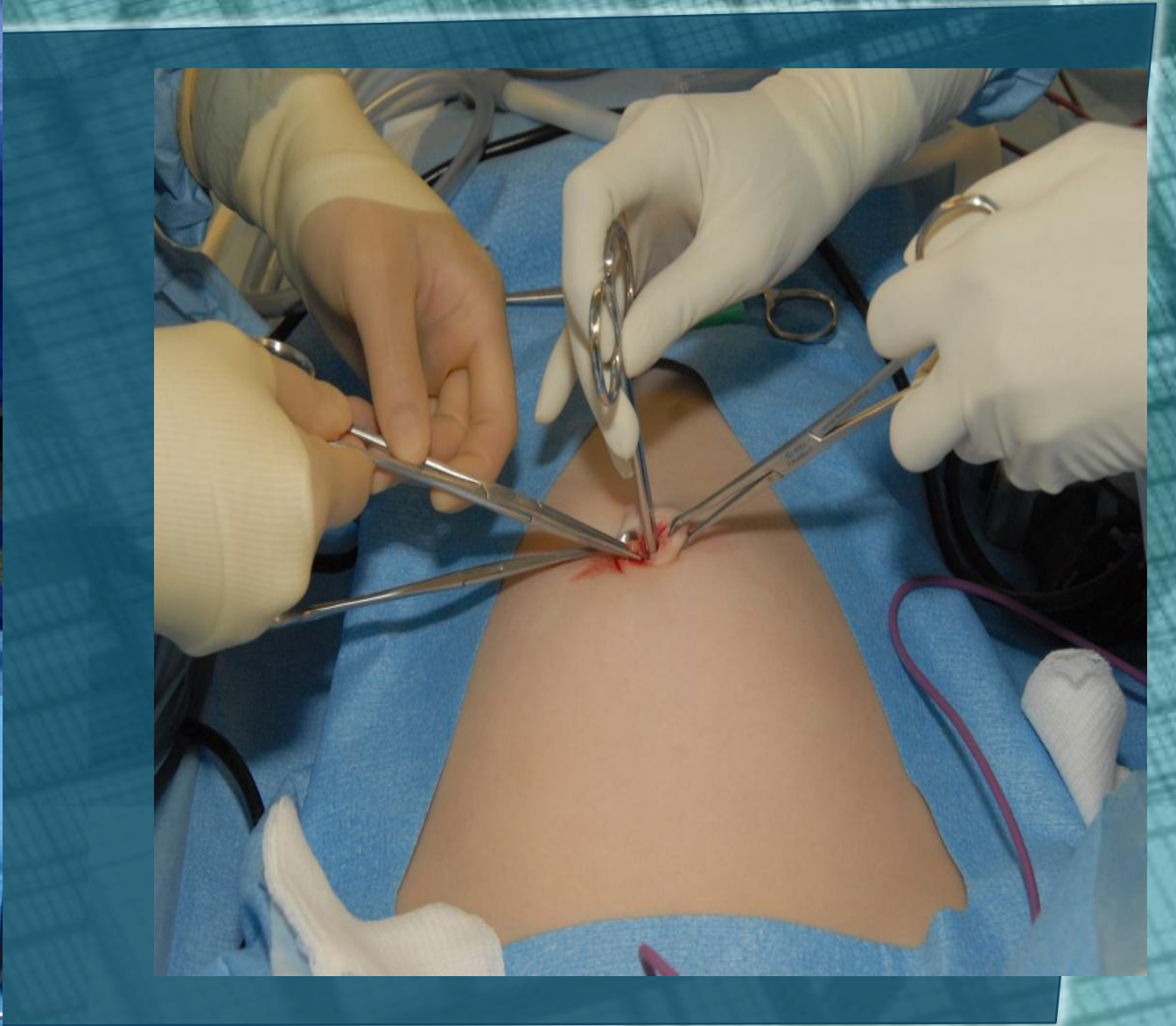


Veress giriş yerleri

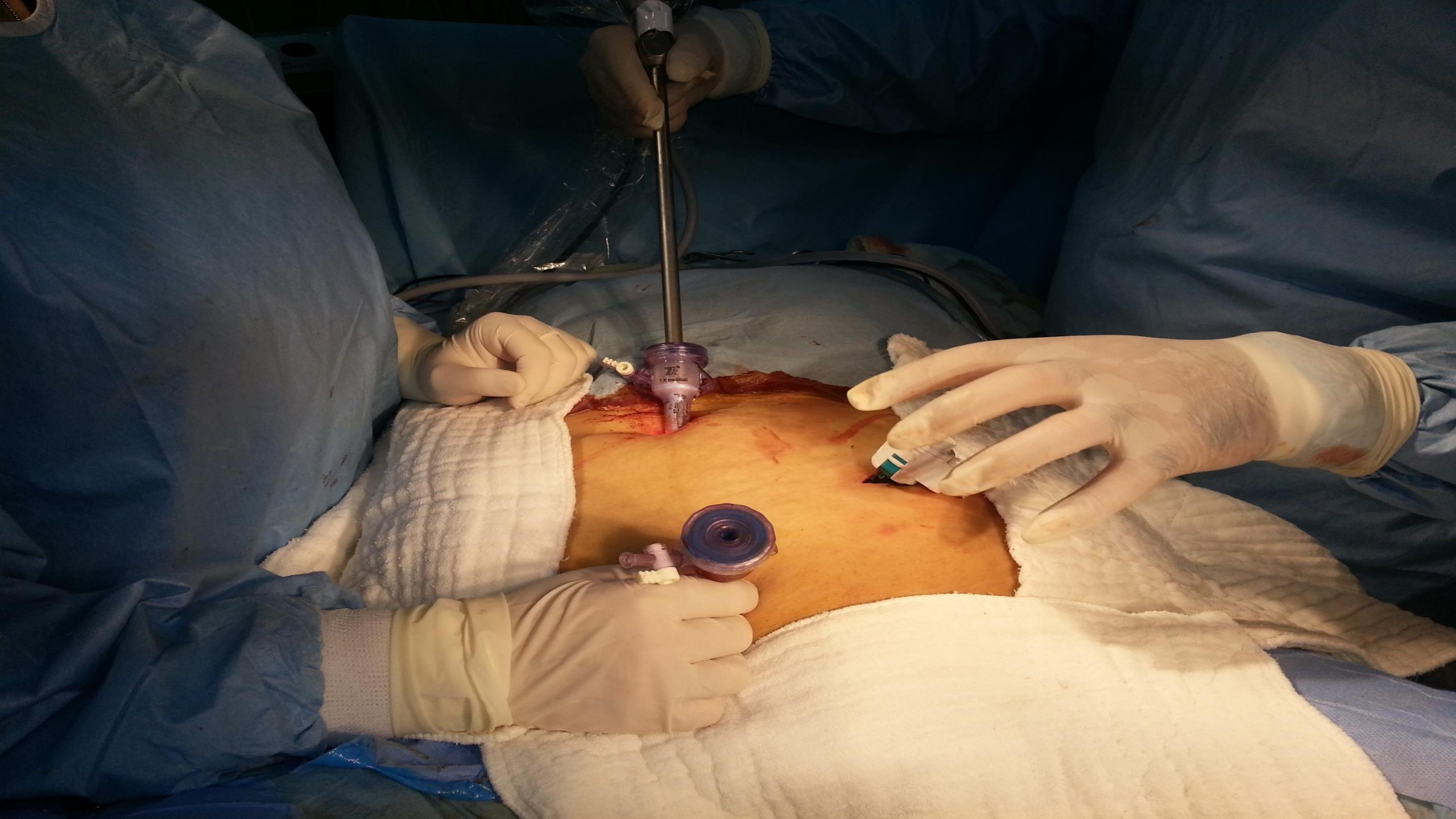








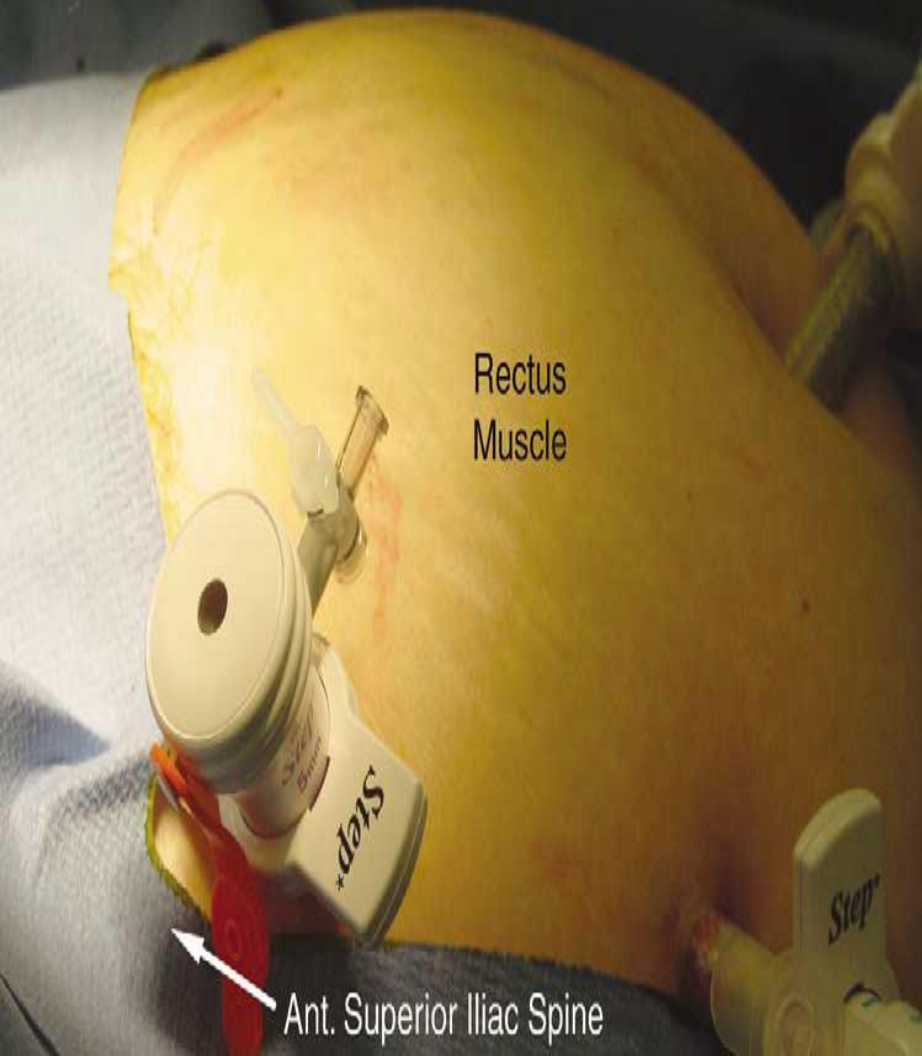




MINIMAL İNVAZİV TEKNİK



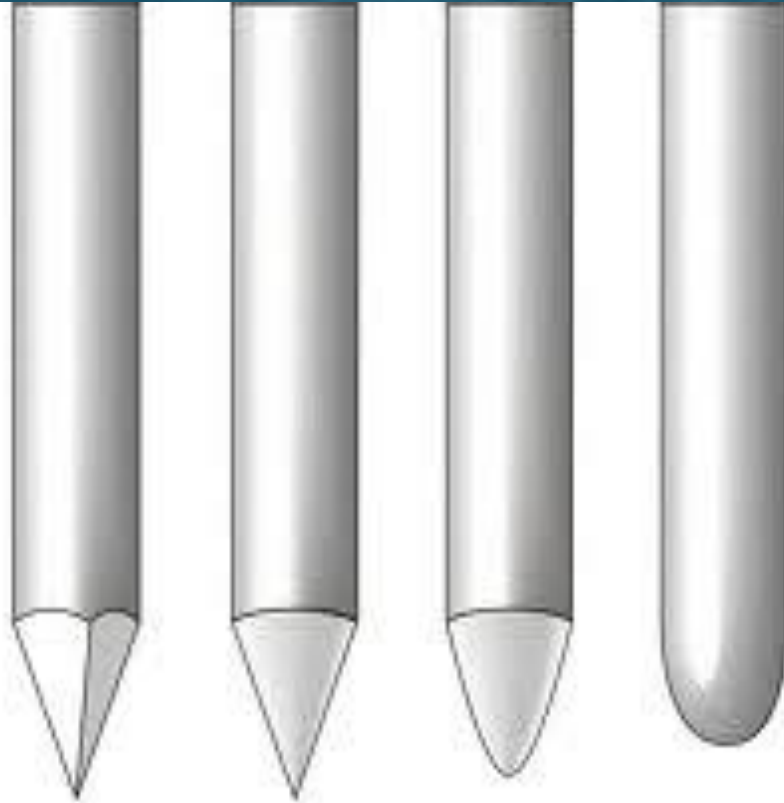




Rectus
Muscle

Ant. Superior Iliac Spine

- Pnevmooperitoneum təmin edildikdən sonrakı pillə teleskopun içindən keçəcəyi trokarları və kannulaları daxil etməkdir sokmaktır
- Bu addımın nəzarətsiz istifadə olunması komplikasiyaya səbəb ola bilər:
 1. Aşırı güc tətbiqi
 2. Dəri kəsiklərinin kifayət qədər böyük olmaması
 3. Trokarın diametrinin böyük olması
- Kəskin troakarlar, kütdən daha rahatdır
- Trokar dominant əlimizin ovucuna oturdularaq Sakrum çuxuruna doğru 45 dərəcəlik bucaqla daxil olunmalıdır
- Daha əvvəldən kameraya və işıq mənbəyinə bağlanmış olan teleskop trokarların kanulasından abdominal kaviteye atılır
- Kaviteye teleskop düzəldikdən sonra cərrah orqanlara bir zədə olmadığından əmin olmalıdır və sistemik diaqnostik prosedura başlanmalıdır
- Daha yaxşı pelvis image üçün xəstə trendelenburg mövqeyinə yerləşdirilməlidir.



Pyramidal

Conical
(Sharp)

Conical
(Blunt)

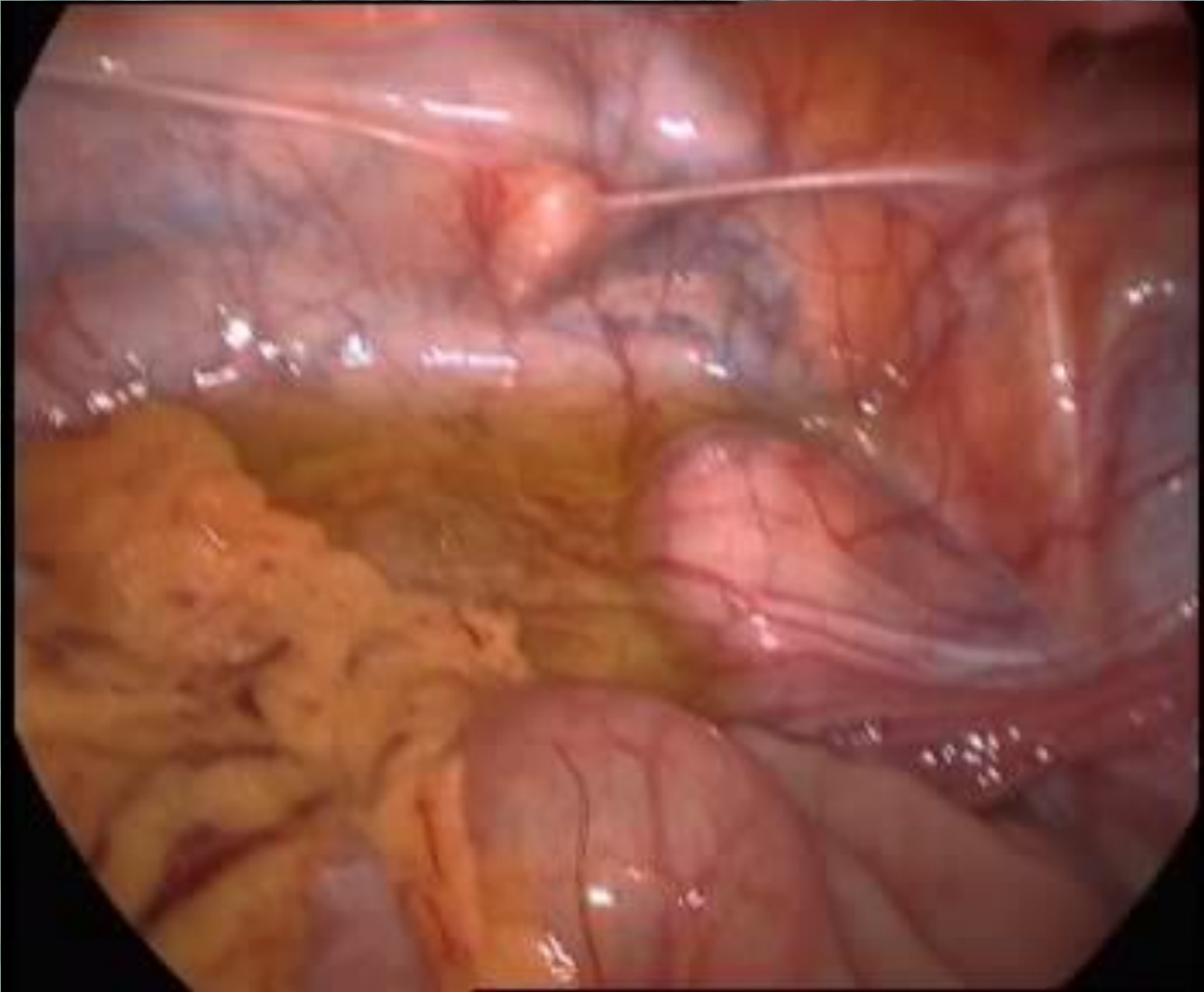
Blunt
(Hasson)

© 2008/2004-08

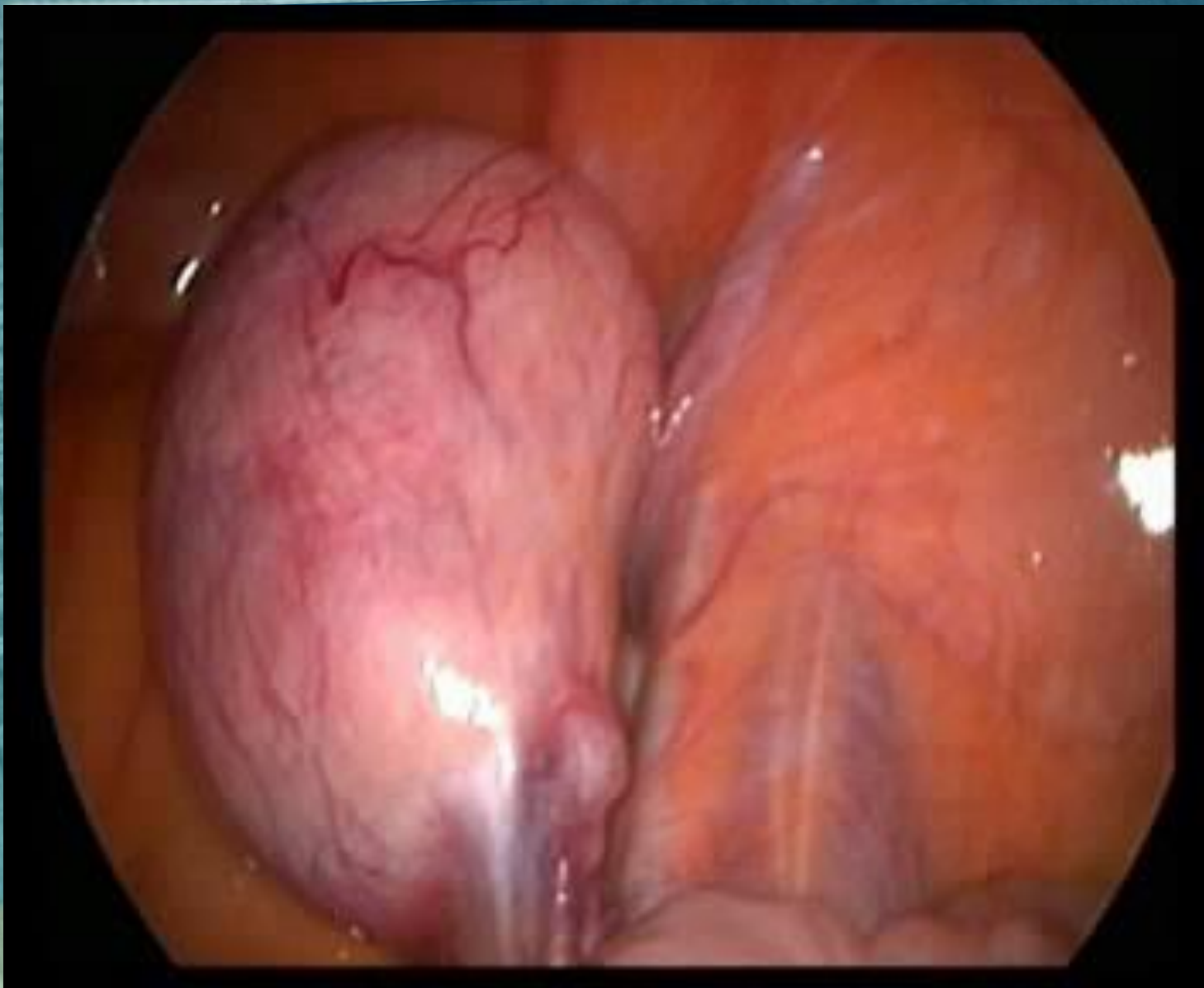


Dermoid kista

Dev over kista

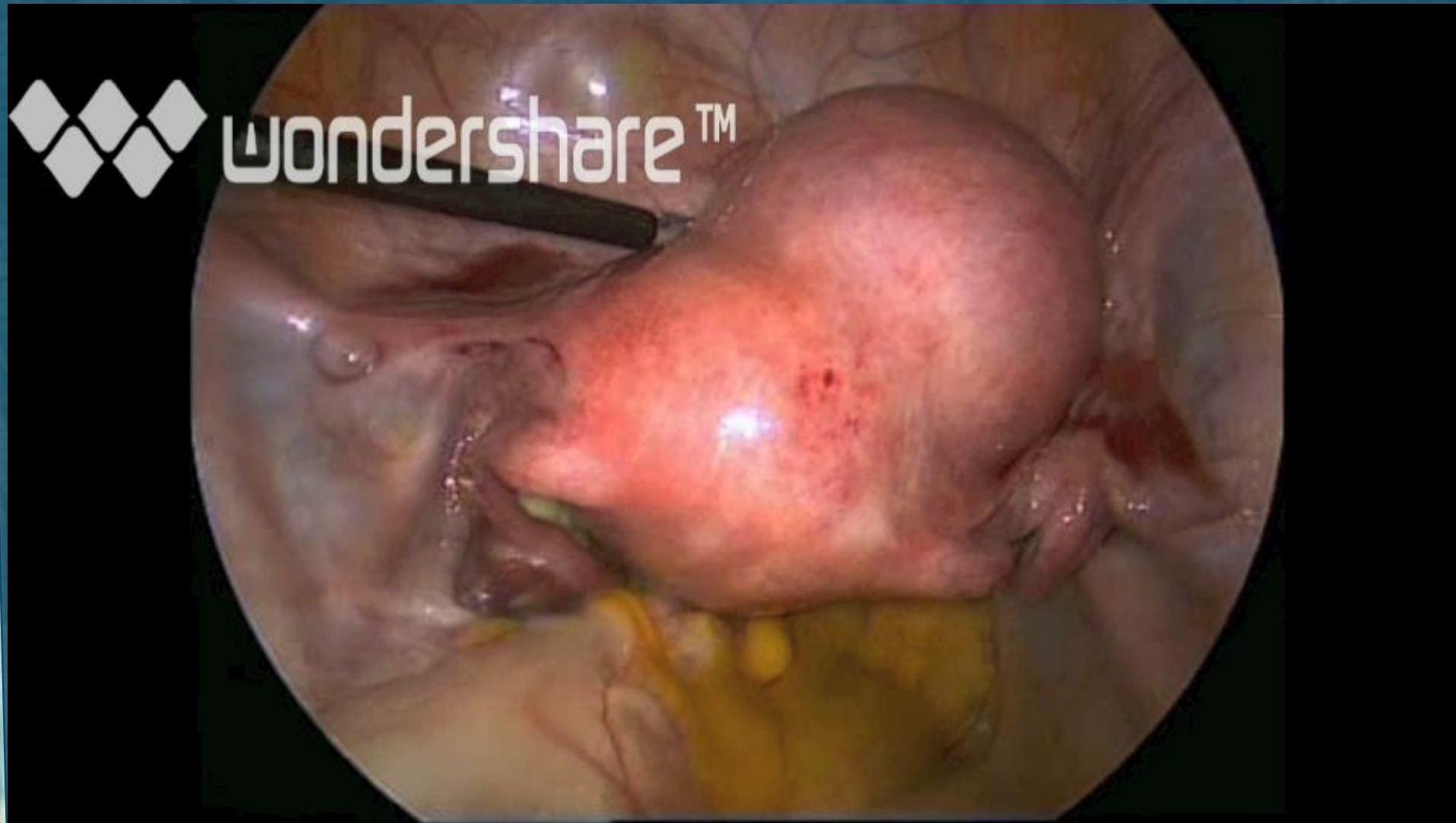


Solid tümör





Histerektomiya



- Əməliyyatdan sonra anesteziyanın təsiri keçənə qədər xəstə reanimasiyada tutulduqdan sonra palatya köçüülməlidir
- 4-6 saat ağızdan qida qəbul edilməməlidir, parenteral yolla qidalandırılır
- 4-6 sat pasiyent ayağa qalxana qəsdər kateter saxlanılmalıdır
- Bir müddət ağrı və ürəkbulanma ola bilər



Ağırlaşmalar

Çox şiddətli qarın ağrısı

Uzun müddət davam edən ürəkbulanma

38 dərəcə və yuxarı hərarət

Kəsik yerində qanaxma və irin

Sidik ifrazı zamanı ağrı

24 saat keçməsinə baxmayaraq bağırsaq peristaltikasının olmaması, şişkinlik və ağrı



Ağırlaşmalar

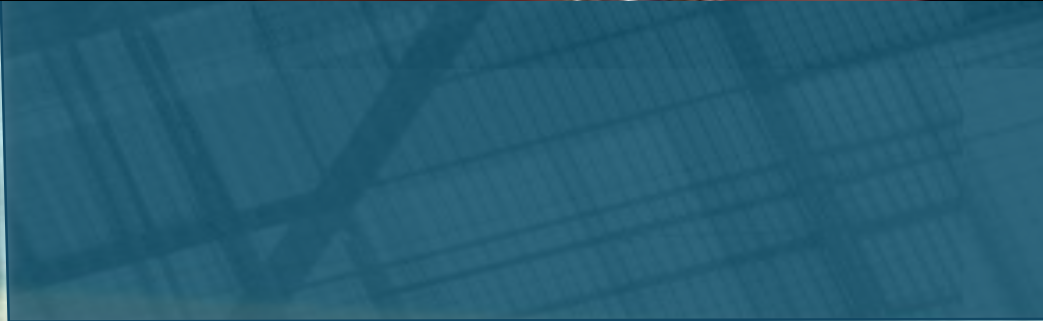
Böyük damar yaralanmaları

Bağırsaq yaralanmaları

Sidik kisəsi və axarları
yaralanmaları

Sinir zədələnmələri

Trombun yaranması



**Umbilikusa kadar varan
büyük rahimin kapalı
yöntemle alınması**

Laparoskopik Histerektomi

Prof. Dr. GÜRKAN ARIKAN



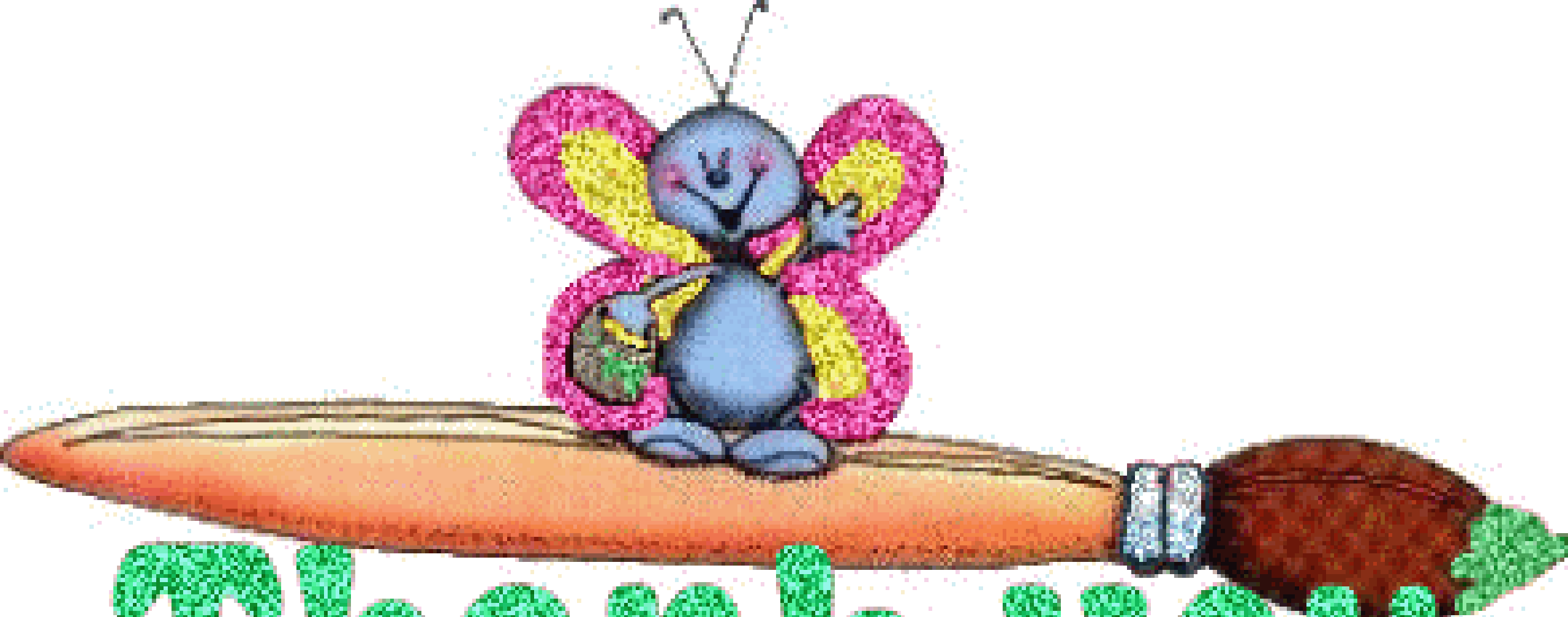
OP. DR. EMRE CANVERENLER

KADIN HASTALIKLARI VE DOĐUM UZMANI

DSı Yumurtalıqların polikistozu



Dr.Ruslan Ağayev



Thank you