

Карагандинский государственный медицинский
университет
кафедра: Хирургических болезней 2

СРС

Тема: «Техника торакоскопической
резекции пищевода»

Подготовила: Жамантаева А.С. 7-018 гр.

Проверила: ассистент кафедры,
Доктор PhD Калиева Д.К.

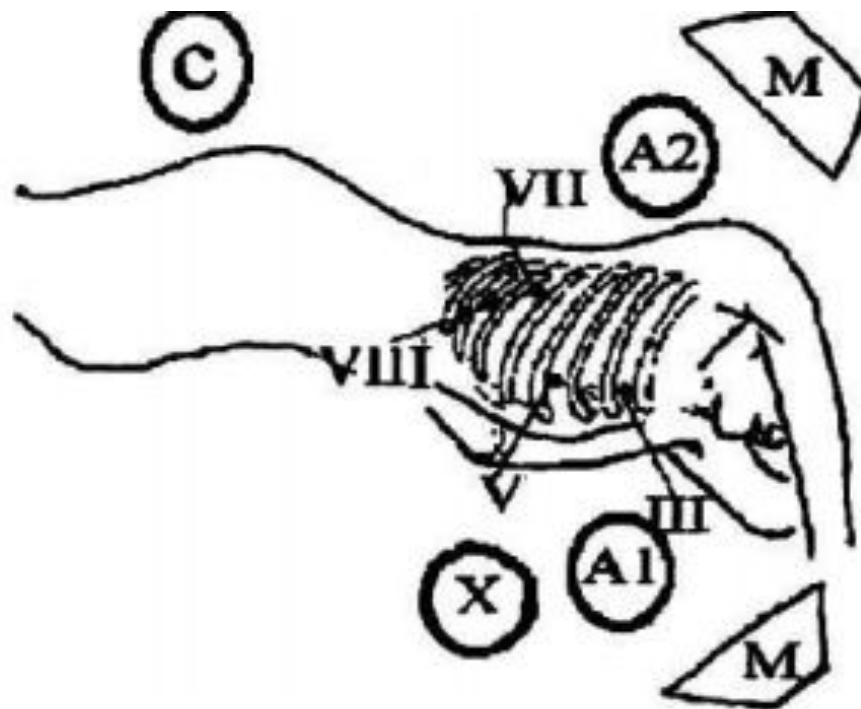
Караганда 2016г

Показания:

- * рак пищевода;
- * поперечный рубцовый стеноз пищевода, не поддающийся реканализации;
- * стенозирующий рефлюкс-эзофагит, при неэффективности или нецелесообразности дилатации просвета пищевода;
- * ахалазия пищевода IV степени, сопровождающаяся отсутствием сократительной способности пищевода;
- * пищевод Баррета.

| Достоинства | Недостатки |
|--|---|
| Минимальная частота легочных осложнений, что позволяет использовать у больных с нарушением функции внешнего дыхания | Выполнима лишь при процессах, локализующихся в пределах стенки пищевода |
| Уменьшение послеоперационной боли | Не выполнима при заболеваниях пищевода с вовлечением параэзофа-геальной клетчатки (рубцовый пе-риэзофагит, прорастание опухоли за пределы стенки) |
| Диссекция пищевода под визуальным контролем с контролируемым гемостазом | Невозможность осязательной пальпации тканей |
| Адекватная лимфаденэктомия | Ограниченный обзор |
| Существенное сокращение продолжительности операции при одновременной работе двумя бригадами (цервикальным и абдоминальным доступами) | Появление сердечно-сосудистых осложнений (брадикардия, аритмия, снижение АД при работе в области главных анатомических структур - трахея и ее бифуркация, дуга аорты и пр.) |

Расположение операционной бригады

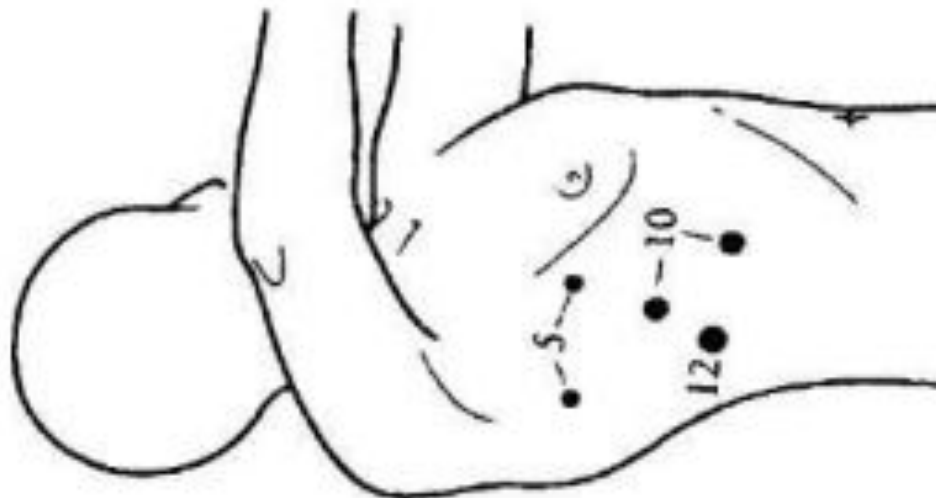


по Даллемагн:

Первый троакар диаметром 10 мм в правую плевральную полость в шестом межреберье по среднеключичной линии.

Второй и третий по переднеподмышечной линии вводили 5 мм и 10 мм.

Четвертый и пятый заднеподмышечной - 5 мм и 12 мм торакопорты



По Марийко

- * При положении больного на левом боку троакар для торакоскопа - в пятом межреберье.
- * Второй торакопорт - в третьем межреберье по среднеключичной линии (для трехлепесткового ретрактора).
- * Третий и четвертый троакары соответственно вводили в третьем и пятом межреберьях по заднеподмышечной линии по переднеподмышечной линии.
- * Пятый торакогорт устанавливали в шестом-седьмом межреберьях по заднеподмышечной линии.

- * От верхушки плевральной полости и до пищеводного отверстия диафрагмы вдоль позвоночного столба вскрывали медиастинальную плевру. Выделение пищевода начинали от пищеводного отверстия диафрагмы не вскрывая его.
- * Во время диссекции передней поверхности пищевода позади нижней легочной вены и правого главного бронха клипировали правую бронхиальную артерию, пересекающую пищевод.
- * При выделении пищевода выше непарной вены производили его подтягивание с помощью силиконовой держалки, которую проводили через прокол на грудной клетке. Хороший обзор операционного поля достигался тщательным гемостазом и частым орошением теплым (37гр.С) раствором Хартмана

* Для пересечения непарной вены необходимо рассекать медиастинальную плевру рассекал над веной и ниже ее, с помощью атравматического граспера с изгибом на конце вену тупо отделяют от пищевода и приподнимают.

При выделении пищевода выше непарной вены производить его подтягивание с помощью силиконовой держалки, которую проводят через прокол на грудной клетке. Хороший обзор операционного поля достигается тщательным гемостазом и частым орошением теплым (37гр.С) раствором Хартмана

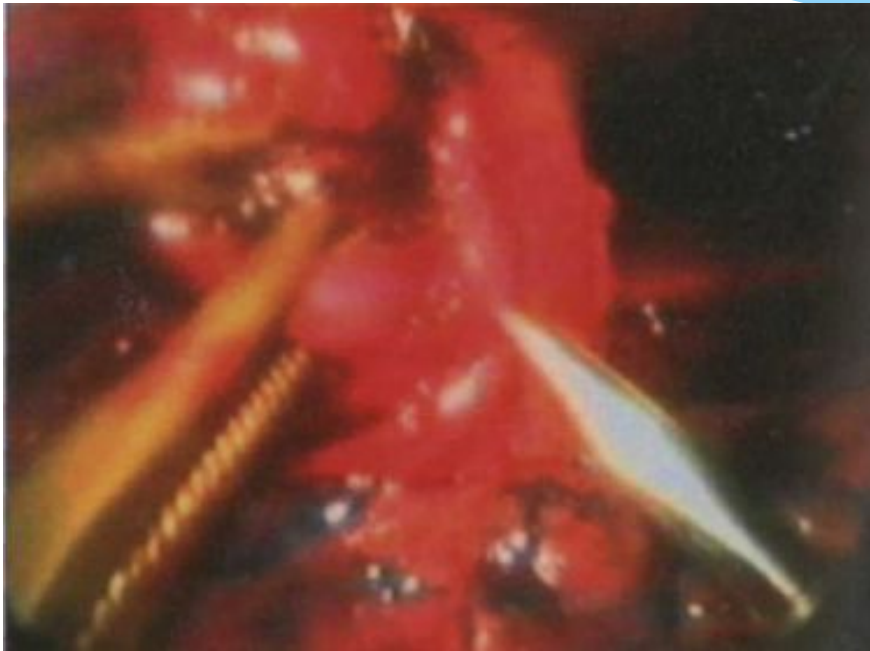
Больного укладывают на спину для абдомиоцервикального этапа операции. В начале пересекают нижнюю легочную связку, а затем непарную вену сшивающим аппаратом или ножницами с прехгварительным ее клипированием. С помощью эндокрючка и ножниц пищевод выделяли вверх на 4-5 см выше непарной вены, вниз - до ножек диафрагмы. На 2-3 см выше непарной вены пищевод пересекали Endo GIA-30.

На проксимальный и дистальный концы его накладывали прошивные лигатуры длиной до 40 см и связывали их между собой. Это использовалось для последующего проведения желудочной трубки в заднее средостение путем подтягивания за нити.

Пересечение пищевода эндостеплером.



После пересечения пищевода, путем тракции за проксимальную культю пищевода, с помощью эндокрючка производили ее выделение до верхней апертуры грудной клетки. Тракцией за дистальную культю пищевода производили ее выделение по передней и боковым стенкам до непарной вены, сзади до тех пор, пока непарная вена не препятствовала тракции пищевода вверх. В результате по задней поверхности пищевода удавалось выделить до нижнего края непарной вены



Оттягивая вену изогнутым зажимом кверху тупым путем создавали между задней стенкой вены и стенкой пищевода туннель. Сращений между этими структурами не было ни одного из больных. Под веной проводили Эндо-Бибкокк, захватывали им дистальную культю пищевода и перемещали ее под вену вниз

* Источник: <http://medbe.ru/materials/raznoe-v-abdominalnoy-khirurgii/videoendokhirurgicheskie-ekstirpatsii-i-rezektsii-pishchevoda/>

© medbe.ru

* В.И. ОСКРЕТКОВ, В.А. ГАНКОВ, А.Г. КЛИМОВ, А.А. ГУРЬЯНОВ, В.В. ФЕДОРОВ, В.М. КАЗАРЯН
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА
ПОД РЕДАКЦИЕЙ ПРОФЕССОРА В.И.ОСКРЕТКОВ