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.

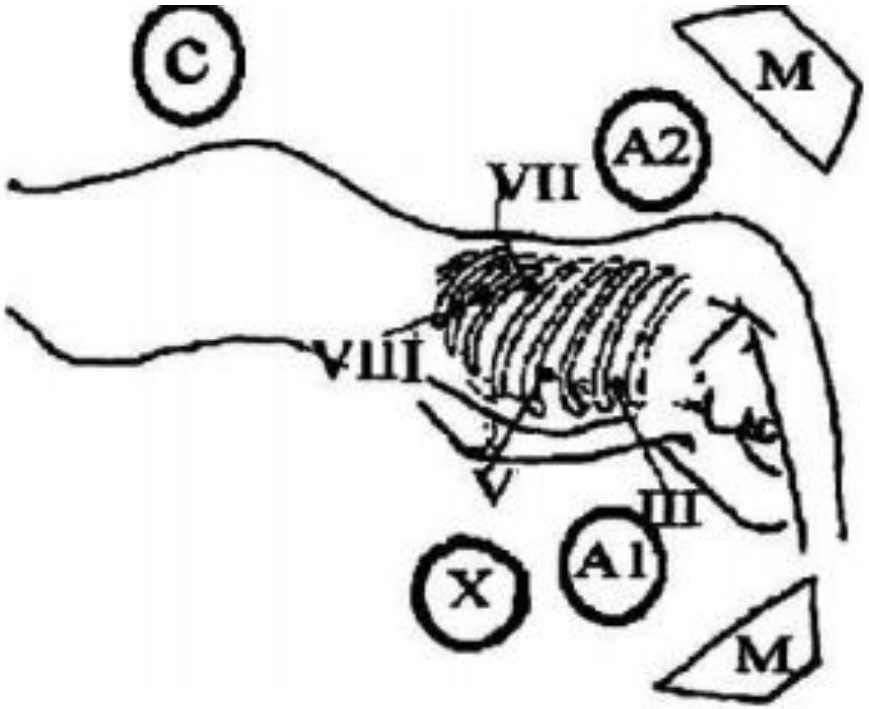
Караганда 2016г

Показания:

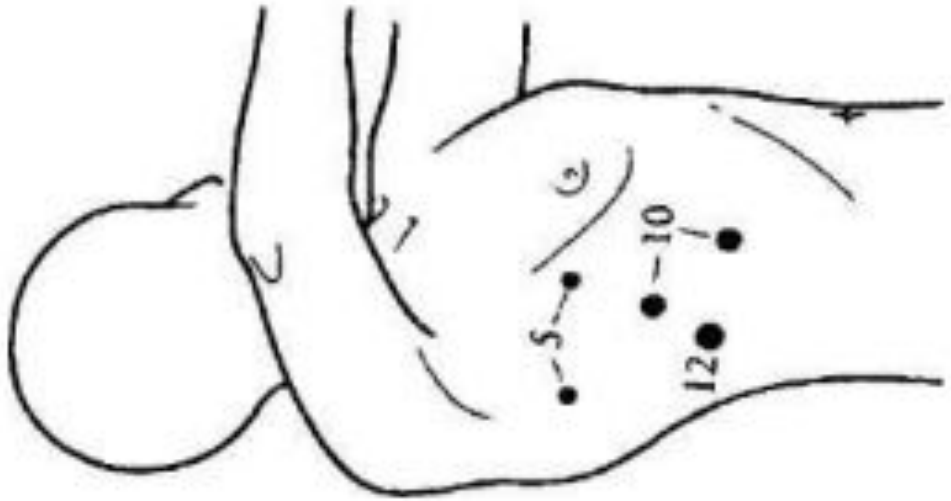
* рак пищевода;
* поолеожоговый рубцовый стеноз пищевода, не поддающийся реканализации;
* стенозирующий рефлюкс-эзофагит, при неэффективности или нецелесообразности дилатации просвета пищевода;
* ахалазия пищевода IV степени, сопровождающаяся отсутствием сократительной способности пищевода;
* пищевод 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 ос-ложнений (брадикардия, аритмия, сни-жение 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 торакогюрт устанавливали в шестом-седьмом межреберьях по заднеподмышечной линии.

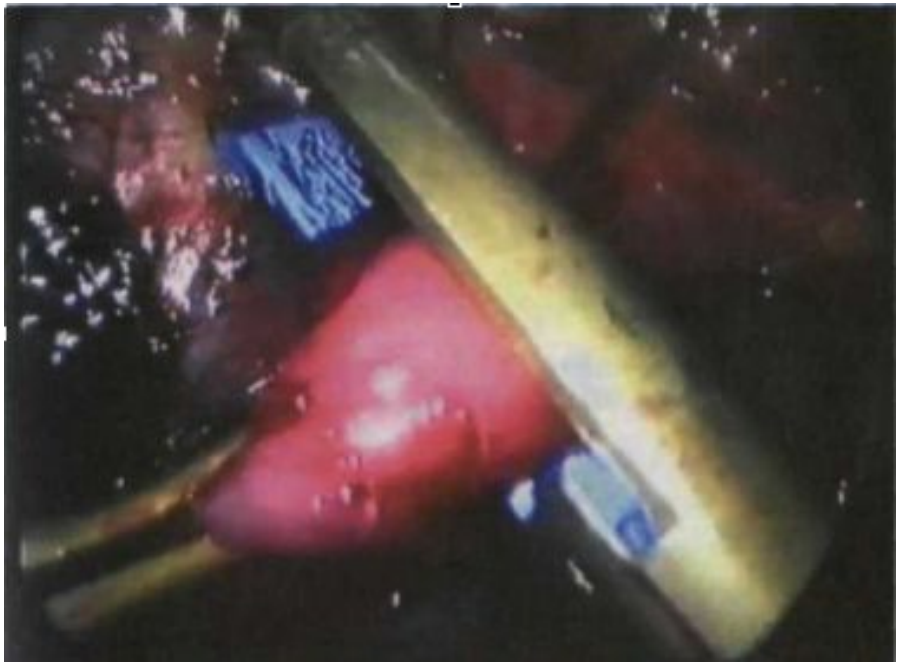
* От верхушки плевральной полости и до пищеводного отверстия диафрагмы вдоль позвоночного столба вскрывали медиастинальную плевру. Выделение пищевода начинали от пищеводного отверстия диафрагмы не вскрывая его.
* Во время диссекции передней поверхности пищевода позади нижней легочной вены и правого главного 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.

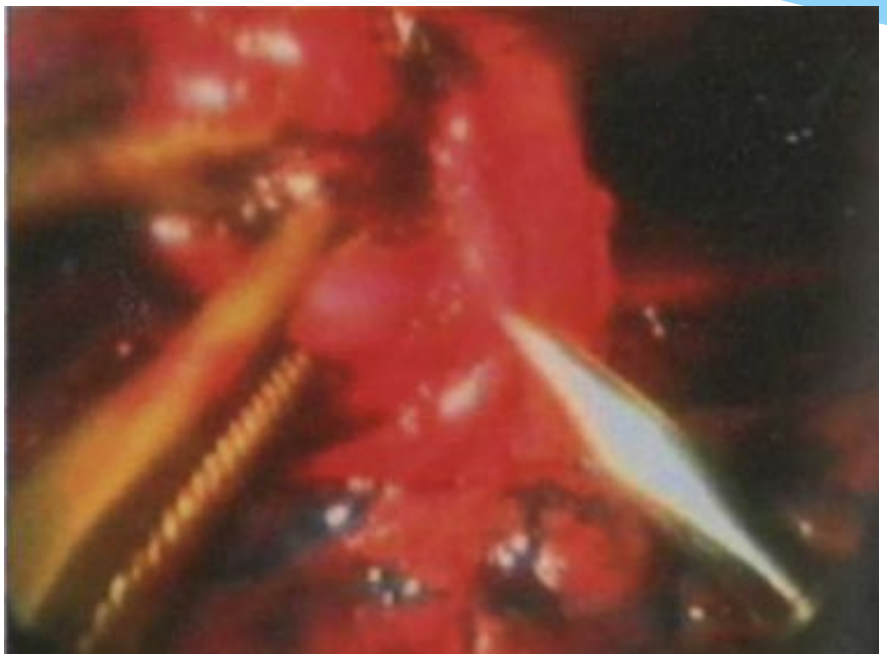
При выделении пищевода выше непарной вены производить его подтягивание с помощью силиконовой держалки, которую проводять через прокол на грудной клетке. Хороший обзор операционного поля достигается тщательным гемостазом и частым орошением теплым (37гр.С) раствором Хартмана

* Больного укладывают на спину для абдоминоцервикального 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 пищевод 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-Бебкокк, 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