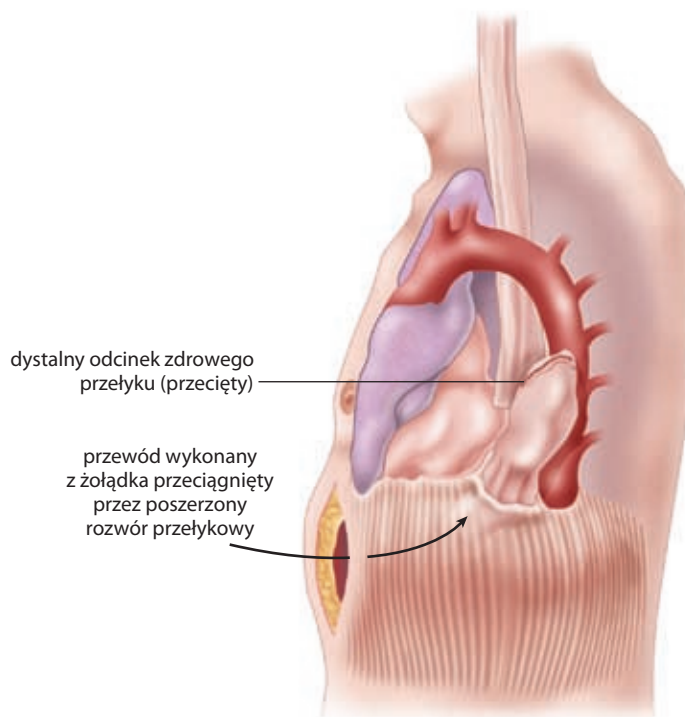


- ◆ Luźne zrosty pomiędzy trzustką a tylną ścianą żołądka przecina się za pomocą koagulacji.
- ◆ Z takiego dostępu łatwo uwidocznić lewą tętnicę żołądkową. Węzły chłonne leżące przy jej ujściu należy pozostawić wraz z całym preparatem, a podstawa tętnicy powinna zostać przecięta staplerem naczyniowym ze zszywkami 2,5 mm.
- ◆ Więzadło żołądkowo-wątrobowe przecina się, używając noża harmonicznego (grubsze części) i koagulacji w cieńszych częściach.
- ◆ Jeśli zespolenie wykonuje się w dolnej części klatki piersiowej (poniżej poziomu dolnej żyły płucnej), nie jest konieczne wykonanie manewru Kochera ani przecięcie prawej tętnicy żołądkowej.
- ◆ Część bliższą przełyku preparuje się w niewielkiej odległości od aorty, klipsując wszystkie jej bocznicę. Z drugiej strony granicą preparowania jest osierdzie i prawa opłucna, którą często włącza się do usuwanego materiału. Część bliższą przełyku preparuje się w celu osiągnięcia 5–6-centymetrowego marginesu zdrowych tkanek.
- ◆ Przewód z żołądka wykonuje się według opisu zamieszczonego w rozdziale 1, dotyczącym usunięcia przełyku z trzech dostępów. Jeśli przewód musi być podciągnięty tylko do poziomu dolnej części klatki piersiowej, można próbować zaoszczędzić prawą tętnicę żołądkową. Jeśli jednak po przemieszczeniu żołądka do klatki piersiowej występuje napięcie, należy ją przeciąć (**ryc. 3-3**).
- ◆ Zespolenie w klatce piersiowej może być wykonane ręcznie lub staplerami według opisów w rozdziale 2. Można również wykonać za pomocą staplerów zespolenie bok do boku, lecz czynnościowo koniec do końca, jak opisano w rozdziale 1 (**ryc. 3-4**).



Rycina 3-3