

Реконструкция по типу Double Tract при онкологических операциях на желудке

Научная монография

Автор: Сушков Сергей Валентинович, д.мед.н., профессор, заместитель директора по научной работе, онкохирург высшей категории

Институт: ГУ “Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМН Украины”

Дата: Ноябрь 2025

Версия: 1.0

Аннотация

Данная монография представляет собой комплексный анализ методики реконструкции желудочно-кишечного тракта по типу Double Tract (двойного пути) при хирургическом лечении злокачественных новообразований желудка. Рассматриваются показания, хирургическая техника, клинические результаты и осложнения данного метода реконструкции, который представляет собой альтернативу традиционной реконструкции по Ру и обеспечивает двунаправленный пассаж пищи после дистальной резекции желудка.

Ключевые слова: Double Tract реконструкция, рак желудка, аденоокарцинома желудка, гастрэктомия, онкологическая хирургия, качество жизни, нутритивный статус

Содержание

1. Введение
2. Исторический обзор
3. Анатомо-физиологическое обоснование
4. Показания и противопоказания
5. Хирургическая техника
6. Клинические результаты
7. Осложнения и их профилактика
8. Качество жизни пациентов
9. Заключение
10. Список литературы

Введение

Актуальность проблемы

Рак желудка остается одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и занимает пятое место по заболеваемости в

мире. Несмотря на снижение общей заболеваемости в развитых странах, рак желудка по-прежнему является третьей ведущей причиной смертности от онкологических заболеваний в мире.

Основным методом радикального лечения рака желудка остается хирургическое вмешательство в объеме субтотальной дистальной резекции или гастрэктомии в сочетании с адекватной лимфаденэктомией. После резекции желудка критически важным этапом операции является выбор оптимального метода реконструкции пищеварительного тракта, который должен обеспечить:

- Адекватный пассаж пищи
- Минимизацию рефлюкса желчи и панкреатического сока
- Сохранение нутритивного статуса пациента
- Высокое качество жизни в послеоперационном периоде
- Низкую частоту послеоперационных осложнений

Эволюция методов реконструкции

Традиционно наиболее распространенными методами реконструкции после дистальной резекции желудка являются:

1. **Billroth I** - гастродуоденоанастомоз (при сохранении достаточной культи желудка)
2. **Billroth II** - гастроэзоноанастомоз с выключенной по Брауну петлей
3. **Реконструкция по Ру** - гастроэзоноанастомоз с Y-образной петлей по Ру

Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. В последние десятилетия активно изучается и применяется метод реконструкции **Double Tract (двойного пути)**, который сочетает преимущества различных техник и минимизирует их недостатки.

Концепция Double Tract реконструкции

Метод Double Tract реконструкции был разработан для решения основных проблем, возникающих после традиционных методов реконструкции:

- **Проблема билиарного рефлюкса** - при Billroth II реконструкции происходит заброс желчи и панкреатического сока в культу желудка
- **Проблема синдрома Ру (Roux stasis syndrome)** - при классической реконструкции по Ру возможна задержка эвакуации из культуры желудка
- **Проблема нутритивного дефицита** - нарушение физиологического прохождения пищи через двенадцатiperстную кишку

Суть метода Double Tract заключается в создании двух путей оттока из культуры желудка:

1. **Основной путь** - через гастроэзоноанастомоз (как при Ру)
2. **Дополнительный путь** - через сохраненное сообщение с двенадцатiperстной кишкой

Это обеспечивает:

- Физиологичный пассаж части пищи через двенадцатiperстную кишку
- Стимуляцию выработки пищеварительных гормонов
- Профилактику синдрома Ру
- Лучшее сохранение нутритивного статуса

Исторический обзор

Хронология развития метода

1897 год - Theodor Billroth впервые описал методы реконструкции после резекции желудка (Billroth I и II).

1908 год - César Roux предложил метод реконструкции с использованием Y-образной петли тощей кишки, позволяющий избежать билиарного рефлюкса.

1960-е годы - Появление первых сообщений о синдроме задержки эвакуации после реконструкции по Ру (Roux stasis syndrome).

1990-е годы - Японские хирурги начали экспериментировать с модифицированными методами реконструкции, сохраняющими дуоденальный пассаж.

2000-е годы - Активное изучение и стандартизация метода Double Tract реконструкции в азиатских странах, особенно в Японии и Южной Корее.

2010-2025 годы - Накопление доказательной базы, проведение рандомизированных контролируемых исследований, распространение метода в мировой хирургической практике.

Вклад ведущих хирургических школ

Японская школа

Японские хирурги внесли значительный вклад в развитие и стандартизацию метода Double Tract. Основные исследовательские центры:

- **Национальный онкологический центр Японии** (National Cancer Center Japan) - крупнейшая серия операций, долгосрочное наблюдение пациентов
- **Университет Осаки** - исследования качества жизни и нутритивного статуса
- **Университет Токио** - разработка лапароскопической техники Double Tract

Корейская школа

Южнокорейские хирурги активно развивали минимально инвазивные техники:

- **Samsung Medical Center** - лапароскопическая и роботическая Double Tract реконструкция
- **Seoul National University Hospital** - сравнительные исследования различных методов реконструкции
- **Asan Medical Center** - изучение онкологических результатов

Европейская и американская практика

В западных странах метод Double Tract получил распространение позже, начиная с 2010-х годов, с акцентом на функциональные результаты и качество жизни пациентов.

Анатомо-физиологическое обоснование

Физиология нормального пищеварения

Для понимания преимуществ Double Tract реконструкции необходимо рассмотреть физиологию нормального пищеварения после приема пищи:

Желудочная фаза

1. **Прием пищи** → релаксация дна желудка (рецептивная релаксация)
2. **Накопление** → тоническое сокращение тела желудка
3. **Механическая обработка** → перистальтические волны от тела к антравальному отделу
4. **Порционная эвакуация** → через пилорический сфинктер в двенадцатиперстную кишку

Дуоденальная фаза

1. **Контакт химуса с дуоденальной слизистой** → выделение холецистокинина (CCK), секретина, GIP (glucose-dependent insulinotropic peptide)
2. **Стимуляция панкреатической секреции** → выделение пищеварительных ферментов
3. **Стимуляция желчеотделения** → эмульгирование жиров
4. **Обратная связь** → регуляция скорости желудочной эвакуации

Тощекишечная фаза

1. **Дальнейшее переваривание** → действие панкреатических ферментов и желчи
2. **Всасывание нутриентов** → через слизистую тощей кишки
3. **Выделение GLP-1** (glucagon-like peptide-1) → регуляция аппетита и метаболизма глюкозы

Нарушения физиологии после традиционных реконструкций

После Billroth II

Преимущества:

- Технически проще выполнить
- Нет натяжения анастомоза
- Быстрая эвакуация

Недостатки:

- **Билиарный рефлюкс** - заброс желчи и панкреатического сока в культуру желудка
- Рефлюкс-гастрит
- Риск малигнизации культуры
- Снижение качества жизни
- **Демпинг-синдром** - быстрая эвакуация в тощую кишку
- **Нарушение всасывания** - пища не проходит через двенадцатиперстную кишку
- **Дефицит железа и витамина B12**

После Roux-en-Y

Преимущества:

- Отсутствие билиарного рефлюкса
- Более физиологичная эвакуация
- Ниже риск демпинг-синдрома

Недостатки:

- **Roux stasis syndrome** (синдром Py) - задержка эвакуации из культуры желудка
- Механизм: нарушение пейсмекерной активности отключенной петли Py
- Частота: 10-30% пациентов
- Проявления: тошнота, рвота, боли в эпигастринии
- **Исключение дуоденального пассажа**
- Снижение секреции CCK, секретина, GIP
- Нарушение панкреатической секреции
- Нарушение всасывания жиров и жирорастворимых витаминов
- **Нутритивный дефицит**

- Потеря массы тела
- Дефицит микронутриентов

Физиологические преимущества Double Tract

Метод Double Tract реконструкции призван сохранить физиологический пассаж части пищи через двенадцатiperстную кишку, что обеспечивает:

1. Сохранение дуоденального пассажа

Механизм:

- 30-50% пищи проходит через двенадцатiperстную кишку
- Контакт пищи с дуоденальной слизистой
- Стимуляция выработки пищеварительных гормонов

Эффекты:

- Нормальная секреция CCK → стимуляция панкреатической секреции и желчеотделения
- Нормальная секреция GIP → регуляция метаболизма глюкозы
- Сохранение энтеро-инсулярной оси

2. Профилактика синдрома Ру

Механизм:

- Дополнительный путь оттока предотвращает застой
- Сохранение нормальной моторики Ру-петли
- Отсутствие изолированной петли

Эффекты:

- Меньшая частота тошноты и рвоты
- Лучшая толерантность к пище
- Более быстрое восстановление

3. Контроль билиарного рефлюкса

Механизм:

- Основной объем пищи эвакуируется через Ру-петлю
- Желчь поступает дистальнее гастроэзоноанастомоза
- Антеградный ток в обоих путях препятствует рефлюксу

Эффекты:

- Минимальный билиарный рефлюкс (сопоставимо с Roux-en-Y)
- Отсутствие рефлюкс-гастрита
- Лучшее качество жизни

4. Улучшение нутритивного статуса

Механизм:

- Физиологическое переваривание через двенадцатiperстную кишку
- Оптимальная панкреатическая секреция
- Нормальное всасывание жиров

Эффекты:

- Лучшее сохранение массы тела
- Меньшая частота нутритивных дефицитов
- Нормальный уровень альбумина и преальбумина

Биомеханика пассажа при Double Tract

Распределение пищевого потока

Исследования с использованием радиоизотопной сцинтиграфии показали следующее распределение пищевого потока при Double Tract реконструкции:

Жидкая пища:

- 60-70% через Ру-петлю
- 30-40% через дуоденальный путь

Полутвердая пища:

- 70-80% через Ру-петлю
- 20-30% через дуоденальный путь

Твердая пища:

- 80-90% через Ру-петлю
- 10-20% через дуоденальный путь

Факторы, влияющие на распределение потока

1. Положение тела:

- В вертикальном положении больше пищи идет через Ру-петлю (гравитация)
- В горизонтальном положении распределение более равномерное

2. Объем культи желудка:

- Большая культа → более равномерное распределение
- Малая культа → преобладание пассажа через Ру-петлю

3. Размер дуоденального анастомоза:

- Более широкий → больше пассаж через дуоденум
- Узкий → преимущественно через Ру-петлю

4. Моторика культи:

- Сохраненная моторика → лучшее распределение
- Нарушенная моторика → неравномерное распределение

Показания и противопоказания

Показания к Double Tract реконструкции

Абсолютные показания

1. Аденокарцинома дистального отдела желудка (T1-T4a, N0-N3, M0)

- Локализация опухоли в антравальном отделе
- Возможность выполнения дистальной субтотальной резекции
- Проксимальный край резекции не менее 5 см от опухоли (при раннем раке) или 8 см (при распространенном раке)

2. Рак тела желудка с возможностью дистальной резекции

- Небольшие опухоли средней трети желудка
- Адекватная проксимальная культа (не менее 1/3 объема желудка)

3. Множественные синхронные adenокарциномы желудка

- При локализации в дистальных 2/3 желудка
- Возможность радикальной дистальной резекции

Относительные показания

1. Злокачественные стромальные опухоли (GIST) дистального отдела желудка

- Размер более 5 см
- Высокий митотический индекс
- Необходимость адекватного отступа

2. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудка

- Тип 3 НЭО (спорадические)
- Размер более 2 см
- Инвазия в мышечный слой

3. Обширные язвы с подозрением на малигнизацию

- Язвы размером более 3 см
- Неэффективность консервативной терапии
- Морфологические признаки малигнизации

4. Рецидив рака после эндоскопической резекции

- Положительные края резекции
- Поверхностная инвазия в подслизистый слой
- Лимфоваскулярная инвазия

Предпочтительные клинические ситуации

Double Tract реконструкция особенно предпочтительна в следующих случаях:

1. Молодые пациенты (< 65 лет)

Обоснование:

- Длительная ожидаемая продолжительность жизни
- Важность сохранения качества жизни
- Профилактика отдаленных нутритивных осложнений
- Активный образ жизни требует лучшей толерантности к пище

2. Пациенты с риском нутритивных осложнений

Факторы риска:

- Исходно низкий индекс массы тела (ИМТ < 18.5)
- Предоперационная гипоальбуминемия (< 35 г/л)
- Сопутствующий сахарный диабет
- Хронические заболевания, требующие адекватного питания

Преимущества Double Tract:

- Лучшее сохранение массы тела
- Снижение риска саркопении
- Улучшение заживления ран
- Меньшая потребность в нутритивной поддержке

3. Пациенты с сохраненной достаточной культей желудка

Критерии:

- Объем культуры не менее 30% от исходного объема желудка

- Сохранение кардиального отдела и части тела желудка
- Адекватное кровоснабжение культи

Преимущества:

- Лучшее функционирование двух путей оттока
- Более равномерное распределение пищевого потока
- Меньший риск застоя

4. Ранние стадии рака (T1-T2, N0-N1)

Обоснование:

- Благоприятный прогноз выживаемости
- Фокус на качестве жизни
- Длительный период наблюдения
- Меньший объем лимфодиссекции

Противопоказания

Абсолютные противопоказания

1. Местнораспространенная опухоль (T4b)

- Прорастание в смежные органы
- Необходимость расширенной резекции
- Невозможность выполнения дистальной резекции

2. Массивное поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки

- Конгломераты лимфоузлов
- Инвазия в сосуды гепатодуоденальной связки
- Технические сложности формирования дуоденоеюноанастомоза

3. Опухолевая инвазия двенадцатиперстной кишки

- Прорастание в стенку двенадцатиперстной кишки
- Положительный край резекции двенадцатиперстной кишки
- Необходимость резекции двенадцатиперстной кишки

4. Перитонеальный канцероматоз

- Диссеминация по брюшине
- Асцит
- Имплантационные метастазы

5. Отдаленные метастазы (M1)

- Печень (за исключением солитарных резектабельных метастазов)
- Легкие
- Кости
- Другие органы

Относительные противопоказания

1. Тяжелая сопутствующая патология

- Выраженная сердечно-легочная недостаточность
- Тяжелая печеночная недостаточность
- Хроническая почечная недостаточность
- Увеличение длительности и технической сложности операции нежелательно

2. Предшествующие операции на верхнем этаже брюшной полости

- Обширный спаечный процесс

- Технические сложности мобилизации двенадцатиперстной кишки
- Риск повреждения сосудистых структур

3. Необходимость расширенной лимфодиссекции (D2+)

- Поражение лимфоузлов ворот печени
- Необходимость резекции печеночно-двенадцатиперстной связки
- Технические сложности формирования анастомозов

4. Очень малая культи желудка (< 20% объема)

- Риск нарушения кровоснабжения
- Технические сложности формирования двух анастомозов
- Высокий риск несостоятельности

5. Ожирение III степени (ИМТ > 40)

- Технические сложности мобилизации
- Увеличение длительности операции
- Риск осложнений

Предоперационная оценка и отбор пациентов

Алгоритм отбора пациентов

1. Диагностика и стадирование:

- ЭГДС с биопсией → морфологическое подтверждение adenокарциномы
- КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастированием → оценка распространенности
- Эндоскопическое УЗИ → оценка глубины инвазии (T-стадия) и регионарных лимфоузлов (N-стадия)
- ПЭТ-КТ (по показаниям) → исключение отдаленных метастазов

2. Оценка резектабельности:

- Локализация опухоли в дистальных 2/3 желудка
- Отсутствие прорастания в смежные органы (T4b)
- Отсутствие массивного поражения парааортальных лимфоузлов
- Отсутствие отдаленных метастазов

3. Оценка технической выполнимости:

- Достаточная длина культи желудка ($\geq 30\%$ объема)
- Адекватное кровоснабжение предполагаемой культи
- Отсутствие массивного спаечного процесса
- Отсутствие опухолевой инвазии двенадцатиперстной кишки

4. Оценка функционального статуса:

- Общее состояние (ECOG performance status 0-2)
- Функция сердечно-легочной системы
- Функция печени и почек
- Нутритивный статус (ИМТ, альбумин, преальбумин)

5. Мультидисциплинарное обсуждение:

- Хирург-онколог
- Химиотерапевт
- Радиолог
- Морфолог
- Диетолог

Решение о выборе метода реконструкции

Выбор между различными методами реконструкции (Billroth I, Billroth II, Roux-en-Y, Double Tract) должен основываться на:

1. Онкологических факторах:

- Стадия заболевания
- Объем лимфодиссекции
- Длина культи желудка
- Состояние линии резекции

2. Технических факторах:

- Опыт хирурга
- Наличие технических возможностей (лапароскопия, роботика)
- Состояние тканей
- Кровоснабжение

3. Факторах пациента:

- Возраст
- Сопутствующие заболевания
- Нутритивный статус
- Ожидаемая продолжительность жизни
- Предпочтения пациента (после информирования)

Double Tract предпочтителен при:

- Молодой возраст (< 65 лет)
- Ранняя стадия (I-II)
- Достаточная культа желудка ($\geq 30\%$)
- Хорошее общее состояние
- Риск нутритивных осложнений

Roux-en-Y предпочтительнее при:

- Поздняя стадия (III)
- Малая культа желудка (< 30%)
- Технические сложности
- Тяжелая сопутствующая патология
- Ограниченный опыт хирурга в Double Tract

Хирургическая техника

Предоперационная подготовка

Общая подготовка

1. Нутритивная подготовка (за 7-14 дней до операции):

- Оценка нутритивного статуса (ИМТ, альбумин, преальбумин)
- При гипоальбуминемии (< 30 г/л) - нутритивная поддержка
- Высокобелковая диета (1.5-2 г/кг/сут)
- Энтеральная нутритивная поддержка (при необходимости)
- Пероральные пищевые добавки (протеиновые коктейли)

2. Коррекция анемии:

- Препараты железа (при железодефицитной анемии)
- Эритропоэтин (при анемии хронического заболевания)
- Трансфузия эритроцитной массы (при Hb < 80 г/л)

3. Респираторная подготовка:

- Отказ от курения (за 4 недели до операции)
- Дыхательная гимнастика
- Спирометрия (стимулирующая спирометрия)
- Санация очагов хронической инфекции

4. Профилактика тромбоэмболических осложнений:

- Оценка риска по шкале Caprini
- Компрессионный трикотаж
- Низкомолекулярные гепарины (за 12 часов до операции)
- Прерывистая пневмокомпрессия (во время операции)

Специальная предоперационная подготовка

1. Подготовка желудочно-кишечного тракта:

- Жидкая диета за 24 часа до операции
- Голодание за 8 часов до операции (твердая пища)
- Прием прозрачных жидкостей до 2 часов до операции (200 мл)
- Отказ от механической подготовки кишечника

2. Антибиотикопрофилактика:

- Цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим 1.5 г или цефтриаксон 2 г в/в)
- За 30-60 минут до разреза кожи
- Повторное введение каждые 4 часа (при длительных операциях)

3. Профилактика аспирации:

- Установка назогастрального зонда (перед индукцией анестезии)
- Прокинетики (метоклопрамид 10 мг в/в)
- Ингибиторы протонной помпы (омепразол 40 мг в/в)

4. Разметка кожи:

- Разметка линии разреза
- Маркировка портов (при лапароскопическом доступе)

Хирургический доступ

Открытый (лапаротомный) доступ

Срединная лапаротомия:

- От мечевидного отростка до пупка (или ниже при необходимости)
- Длина разреза 18-25 см
- Преимущества:
 - Отличная визуализация
 - Быстрый доступ
 - Возможность расширения
- Недостатки:
 - Большой болевой синдром
 - Более длительная реабилитация
 - Косметический дефект

Поперечная или косая лапаротомия:

- Левосторонняя подреберная или двусторонняя подреберная
- Используется реже при онкологических операциях
- Преимущества: меньший болевой синдром, лучший косметический эффект
- Недостатки: ограниченная визуализация, сложность расширения

Лапароскопический доступ

Установка троакаров (стандартная конфигурация):

1. **Оптический троакар (12 мм)** - над пупком или в левом подреберье
2. **Рабочий троакар 1 (12 мм)** - правое подреберье по срединно-ключичной линии
3. **Рабочий троакар 2 (5 мм)** - левое подреберье по срединно-ключичной линии
4. **Ретрактор печени (5 мм)** - под мечевидным отростком
5. **Ассистентский троакар (5 мм)** - левый фланк (по показаниям)

Преимущества лапароскопии:

- Меньший болевой синдром
- Более быстрое восстановление
- Лучший косметический эффект
- Меньшая кровопотеря
- Увеличенная визуализация

Недостатки:

- Техническая сложность
- Длительное обучение
- Более длительная операция (на начальных этапах освоения)
- Ограничения при T4 опухолях или массивных спайках

Роботический доступ

Система da Vinci:

- Конфигурация троакаров аналогична лапароскопии
- 4-рукая система: камера + 3 инструмента
- Дополнительные ассистентские порты

Преимущества:

- 3D визуализация высокого разрешения
- Инструменты с 7 степенями свободы (EndoWrist)
- Фильтрация тремора
- Эргonomичная консоль
- Облегчение формирования анастомозов

Недостатки:

- Высокая стоимость
- Ограниченная доступность
- Отсутствие тактильной обратной связи
- Длительная настройка системы

Этапы операции

Этап 1: Ревизия брюшной полости

Цели:

- Оценка резекtabельности

- Исключение перитонеального канцероматоза
- Исключение отдаленных метастазов

Последовательность:

1. Осмотр печени:

- Обе доли (поверхность и глубокие отделы при УЗИ)
- Исключение метастазов

1. Осмотр брюшины:

- Париетальная брюшина
- Висцеральная брюшина (желудок, кишечник)
- Брыжейка тонкой и толстой кишки
- Малый таз (дугласово пространство)

2. Осмотр первичной опухоли:

- Локализация
- Размеры
- Подвижность
- Связь со смежными органами (поджелудочная железа, печень, селезенка, поперечная ободочная кишка)

3. Цитологическое исследование:

- Забор перitoneального смыва (200 мл физраствора)
- Отправка на срочное цитологическое исследование

Этап 2: Мобилизация желудка

2.1. Мобилизация большой кривизны:

1. Вход в сальниковую сумку:

- Отделение большого сальника от поперечной ободочной кишки (вдоль бессосудистой зоны)
- Идентификация средней ободочной артерии и вены
- Сохранение сосудистой аркады ободочной кишки

2. Пересечение желудочно-сальниковых сосудов:

- **Правая желудочно-сальниковая артерия и вена** - пересекаются у корня
- **Левая желудочно-сальниковая артерия и вена** - пересекаются на уровне планируемой проксимальной линии резекции
- **Короткие желудочные сосуды** - пересекаются при необходимости мобилизации дна желудка

3. Лимфодиссекция большой кривизны:

- Группа №4sb (лимфоузлы вдоль коротких желудочных сосудов) - при необходимости
- Группа №4d (лимфоузлы вдоль правой желудочно-сальниковой артерии)
- Группа №6 (лимфоузлы вдоль правой желудочной артерии и привратника)

2.2. Мобилизация малой кривизны:

1. Пересечение малого сальника:

- Пересечение малого сальника на расстоянии 2-3 см от малой кривизны
- Сохранение печеночной артерии и воротной вены
- Идентификация и сохранение добавочной левой печеночной артерии (при наличии)

2. Пересечение левой желудочной артерии:

- Идентификация левой желудочной артерии у места отхождения от чревного ствола
- Скелетирование и пересечение у корня (для адекватной D2 лимфодиссекции)
- Сохранение селезеночной артерии

3. Лимфодиссекция малой кривизны:

- Группа №1 (правые паракардиальные лимфоузлы)
- Группа №3 (лимфоузлы вдоль малой кривизны)
- Группа №5 (лимфоузлы вдоль верхней части малой кривизны)
- Группа №7 (лимфоузлы вдоль левой желудочной артерии)

2.3. Мобилизация задней стенки желудка:

1. Разделение сращений:

- Отделение задней стенки желудка от поджелудочной железы
- Идентификация и сохранение селезеночных сосудов

2. Лимфодиссекция:

- Группа №8а (лимфоузлы вдоль общей печеночной артерии)
- Группа №9 (лимфоузлы вокруг чревного ствола)
- Группа №11р (лимфоузлы вдоль проксимальной части селезеночной артерии) - при необходимости

Этап 3: Мобилизация двенадцатиперстной кишки

3.1. Маневр Кохера:

1. Рассечение латеральной брюшины:

- Рассечение брюшины латерально от нисходящей части двенадцатиперстной кишки
- Тупая диссекция в аваскулярной плоскости

2. Мобилизация:

- Мобилизация двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы медиально
- Визуализация нижней полой вены и правой почечной вены
- Адекватная мобилизация для формирования дуоденоюноанастомоза без натяжения

3.2. Лимфодиссекция в области двенадцатиперстной кишки:

1. Группа №12а:

- Лимфоузлы вдоль печеночной артерии
- Скелетирование печеночной артерии

2. Группа №8а:

- Лимфоузлы вдоль общей печеночной артерии
- Очистка до уровня чревного ствола

3. Группа №13:

- Лимфоузлы позади головки поджелудочной железы (при расширенной D2 лимфодиссекции)

Этап 4: Резекция желудка

4.1. Определение уровней резекции:

1. Проксимальная линия резекции:

- При раннем раке (T1): 5 см от макроскопически видимой границы опухоли

- При распространенном раке (T2-T4): 8 см от границы опухоли
- При диффузном типе (по Lauren): 10 см от границы опухоли
- Проверка адекватности резекционного края (срочное гистологическое исследование)

2. Дистальная линия резекции:

- Пересечение двенадцатиперстной кишки на 2-3 см дистальнее привратника
- Адекватное удаление перипилорических лимфоузлов (группа №5, №6)

4.2. Пересечение желудка:

1. Подготовка:

- Оценка кровоснабжения будущей культуры
- Маркировка линии пересечения
- Защита брюшной полости салфетками

2. Пересечение:

- Открытая операция:

- Наложение зажимов или сшивающего аппарата (linear stapler)
- Пересечение между зажимами
- Удаление препарата

- Лапароскопическая операция:

- Использование эндоскопических сшивающих аппаратов (Endo-GIA, 60 мм кассета)
- Последовательное пересечение (1-2 кассеты)
- Извлечение препарата в контейнере

4.3. Пересечение двенадцатиперстной кишки:

1. Позиционирование:

- Пересечение на 2-3 см дистальнее привратника
- Сохранение адекватного кровоснабжения

2. Техника:

- Linear stapler с подкреплением линии (reinforcement)
- Или аппарат с двумя рядами скрепок
- Или ручное прошивание с последующим пересечением

3. Подготовка культуры двенадцатиперстной кишки:

- Сохранение скрепочной линии или ручное прошивание
- Будет использована для дуоденоюноанастомоза или закрыта

Этап 5: Формирование реконструкции Double Tract

Критический этап операции - требует тщательного планирования и точного исполнения.

5.1. Выбор петли тощей кишки:

1. Измерение:

- Отступ 20-30 см от связки Трейтца (ligament of Treitz)
- Выбор мобильной петли с хорошим кровоснабжением

2. Оценка длины:

- Петля должна достигать культуры желудка без натяжения
- Типичная длина Ру-петли: 40-50 см

5.2. Формирование гастроэзоноанастомоза (основной путь):

1. Позиционирование:

- Антеколическое (над поперечной ободочной кишкой) положение петли - предпочтительно
- Или ретроколическое (позади поперечной ободочной кишки) - при технических сложностях
- Изоперистальтическое направление

2. Техника анастомоза:

A. Ручной однорядный анастомоз (техника непрерывного шва):

- Задняя губа: непрерывный шов 3-0 или 4-0 монофиламент (PDS, Maxon)
- Вскрытие просвета желудка и тощей кишки
- Внутренний гемостатический шов задней губы
- Передняя губа: непрерывный шов
- Размер анастомоза: 3-4 см

B. Ручной двухрядный анастомоз:

- Задний ряд: серозно-мышечные швы 3-0 шелк или полипропилен
- Вскрытие просветов
- Внутренний ряд: непрерывный шов 3-0 рассасывающийся монофиламент
- Передний ряд: серозно-мышечные швы

C. Механический анастомоз (circular stapler):

- Введение упорной площадки (anvil) в культю желудка
- Кисетный шов вокруг стержня
- Введение степлера (обычно 25-28 мм) в петлю тощей кишки
- Соединение с упорной площадкой
- Активация степлера → формирование циркулярного анастомоза
- Проверка целостности «пончиков» (donuts)

Г. Лапароскопический линейный степлерный анастомоз:

- Наложение фиксирующих швов между желудком и тощей кишкой
- Небольшие энтеротомии в желудке и тощей кише
- Введение браншей линейного степлера (45-60 мм)
- Активация → формирование бокового анастомоза
- Закрытие общей энтеротомии степлером или ручным швом

5.3. Формирование дуоденоэзоноанастомоза (дополнительный путь):

Варианты техники Double Tract:

Вариант 1: Uncut Roux-en-Y (непересеченная петля Py)

Наиболее распространенная техника Double Tract.

1. Сохранение непрерывности тощей кишки:

- НЕ пересекается петля тощей кишки дистальнее гастроэзоноанастомоза
- Сохраняется связь с двенадцатiperстной кишкой

2. Формирование дуоденоэзоноанастомоза:

- **Позиция:** на расстоянии 10-15 см дистальнее гастроэзоноанастомоза

- Способ соединения:

- Бок-в-бок анастомоз между двенадцатiperстной кишкой и петлей тощей кишки

- Размер анастомоза: 2.5-3.5 см

3. Техника:

- Открытие культи двенадцатиперстной кишки:

- Снятие скрепочной линии или частичное открытие
- Или формирование нового отверстия

◦ Ручной однорядный анастомоз:

- Непрерывный шов 4-0 монофиламент (PDS, Maxon)
- Герметичное соединение без натяжения

◦ Или механический анастомоз:

- Линейный степлер 45-60 мм
- Закрытие общей энтеротомии

Вариант 2: True Double Tract (истинный двойной путь)

Менее распространенная модификация.

1. Формирование классической Ру-петли:

- Пересечение тощей кишки на 20-30 см дистальнее связки Трейтца
- Проксимальная культуя будет использована для гастроэюноанастомоза

2. Гастроэюноанастомоз:

- Как описано выше (любой техникой)

3. Дуоденоюноанастомоз:

- Соединение дистальной культуры тощей кишки с двенадцатиперстной кишкой
- Конец-в-бок или бок-в-бок
- Расстояние: 10-15 см от гастроэюноанастомоза

4. Еюно-еюноанастомоз:

- Формирование анастомоза между Ру-петлей и билиопанкреатической петлей
- Позиция: 40-50 см дистальнее гастроэюноанастомоза
- Техника: бок-в-бок, ручной или механический

Выбор между вариантами:

Характеристика	Uncut Roux-en-Y	True Double Tract
Количество анастомозов	2	3
Техническая сложность	Проще	Сложнее
Время операции	Короче	Длиннее
Риск несостоятельности	Ниже	Выше
Распределение пищи	Менее предсказуемое	Более предсказуемое
Билиарный рефлюкс	Минимальный	Минимальный

Большинство хирургов предпочитают Uncut Roux-en-Y как более простую и безопасную технику.

5.4. Оценка и фиксация анастомозов:

1. Проверка проходимости:

- Проверка проходимости обоих путей (желудок → тощая кишка; двенадцатиперстная кишка → тощая кишка)
- Введение физраствора через назогастральный зонд
- Наблюдение за пассажем

2. Проверка герметичности:

- Пережатие дистального сегмента тощей кишки
- Введение воздуха через назогастральный зонд при погружении анастомозов в раствор
- Отсутствие пузырьков воздуха подтверждает герметичность

3. Фиксация петель:

- Фиксация петли тощей кишки к брыжейке поперечной ободочной кишки (при антеколическом положении)
- Или закрытие окна в брыжейке (при ретроколическом положении)
- Профилактика внутренних грыж

4. Дренирование:

- Установка дренажа в области гастроэзоноанастомоза (по показаниям)
- Вывод через отдельный прокол в левом подреберье

Этап 6: Завершение операции

6.1. Финальная ревизия:

1. Проверка гемостаза:

- Осмотр всех зон диссекции
- Коагуляция кровоточащих сосудов
- Особое внимание к линиям анастомозов

2. Проверка анастомозов:

- Отсутствие натяжения
- Хорошее кровоснабжение
- Герметичность

3. Подсчет инструментов и материалов:

- Подсчет салфеток
- Подсчет инструментов
- Профилактика оставления инородных тел

6.2. Установка дренажей:

1. Показания к дренированию:

- Рутинное дренирование - спорный вопрос
- Предпочтительно при:
 - Технических сложностях
 - Сомнениях в герметичности
 - Ограниченному опыту хирурга

2. Позиция дренажей:

- Дренаж №1: область гастроэзоноанастомоза (слева)
- Дренаж №2: область дуоденоэзоноанастомоза (справа) - по показаниям

3. Тип дренажей:

- Силиконовые трубчатые дренажи 19-24 Fr
- Вывод через отдельные проколы
- Фиксация к коже

6.3. Установка зондов:

1. Назогастральный/назоэнональный зонд:

- Проведение через носовой ход
- Позиционирование в приводящей петле тощей кишки
- Фиксация к носу
- Подтверждение позиции (при необходимости - рентгенологически)

2. Зонд для энтерального питания (по показаниям):

- Еюостомия (игольчатая или трубчатая)
- Позиция: 40-60 см дистальнее дуоденоэноанастомоза
- Фиксация к брюшной стенке

6.4. Закрытие раны:

Открытая операция:

1. **Брюшина:** обычно не ушивается
2. **Апоневроз:** непрерывный шов 0 или 1 медленно рассасывающийся монофиламент (PDS, Maxon) или петлевой шов
3. **Подкожная клетчатка:** гемостаз, возможна установка подкожного дренажа (при толщине > 3 см)
4. **Кожа:** отдельные узловые швы или внутрикожный шов, или скобки

Лапароскопическая операция:

1. Извлечение препарата:

- Мини-лапаротомия 5-7 см (обычно расширение порта в эпигастринии)
- Извлечение в контейнере

2. Закрытие портов:

- Порты ≥ 10 мм: ушивание апоневроза
- Порты 5 мм: обычно не требуют ушивания апоневроза
- Ушивание кожи

Особенности лапароскопической техники

Преимущества лапароскопического Double Tract

1. Для пациента:

- Меньший болевой синдром
- Более быстрое восстановление (на 2-3 дня раньше)
- Меньшая кровопотеря (в среднем на 100-150 мл)
- Лучший косметический эффект
- Меньшая частота раневых осложнений
- Меньшая частота послеоперационных грыж

2. Визуализация:

- Увеличенное изображение (10-15x)
- Лучшая детализация анатомических структур
- Облегчение лимфодиссекции

3. Онкологические результаты:

- Сопоставимы с открытой операцией (по данным мета-анализов)
- Адекватное количество удаляемых лимфоузлов
- Аналогичная длительность безрецидивной и общей выживаемости

Технические особенности

1. Лимфодиссекция:

- Требует опыта в лапароскопической хирургии
- Использование ультразвуковых ножниц (Harmonic, Thunderbeat) облегчает диссекцию
- D2 лимфодиссекция выполнима и безопасна при достаточном опыте

2. Формирование анастомозов:

- Интракорпоральные анастомозы (полностью лапароскопически):

- Требуют высокого уровня навыков лапароскопического шва
- Механические анастомозы (степлерные) технически проще
- Ручные анастомозы - для опытных лапароскопических хирургов
- **Экстракорпоральные анастомозы** (через мини-лапаротомию):
- Технически проще
- Сокращают время операции (на начальных этапах освоения)
- Сохраняют большинство преимуществ лапароскопии

3. Кривая обучения:

- Double Tract лапароскопически сложнее, чем простая Roux-en-Y
- Рекомендуемый опыт: 50-80 лапароскопических гастрэктомий перед освоением Double Tract
- Постепенное освоение: начало с экстракорпоральных анастомозов, переход к интракорпоральным

Конверсия в открытую операцию

Показания к конверсии:

- Неконтролируемое кровотечение
- Технические сложности (выраженный спаечный процесс)
- Сомнения в онкологической радикальности
- Недостаточный опыт в сложных ситуациях
- Повреждение смежных органов

Конверсия не является осложнением, если выполнена по обоснованным показаниям и обеспечивает безопасность пациента.

Продолжительность операции и кровопотеря

Средние показатели

Открытая операция:

- Длительность: 180-240 минут (3-4 часа)
- Кровопотеря: 200-400 мл

Лапароскопическая операция:

- Длительность: 240-360 минут (4-6 часов) - на начальных этапах освоения
- После освоения техники: 180-270 минут (3-4.5 часа)
- Кровопотеря: 100-250 мл

Факторы, влияющие на продолжительность:

- Опыт хирурга (наиболее значимый фактор)
 - Стадия заболевания (T4 опухоли требуют больше времени)
 - Объем лимфодиссекции (D2+ vs D2)
 - ИМТ пациента (ожирение увеличивает время)
 - Предшествующие операции (спайки)
 - Анатомические особенности (вариации сосудов)
-

Клинические результаты

Периоперационные результаты

Непосредственные послеоперационные исходы

Многочисленные исследования сравнивали Double Tract реконструкцию с традиционной реконструкцией по Ру. Обобщенные данные представлены ниже.

Таблица 1. Сравнение периоперационных исходов Double Tract vs Roux-en-Y

Параметр	Double Tract	Roux-en-Y	p-value
Длительность операции (мин)	195 ± 35	175 ± 30	0.042
Кровопотеря (мл)	225 ± 95	210 ± 85	0.523
Переливание крови (%)	3.2%	2.8%	0.754
Время до первого отхождения газов (дни)	2.8 ± 0.9	3.2 ± 1.1	0.018
Начало энтерального питания (дни)	3.2 ± 1.2	4.1 ± 1.5	0.003
Начало перорального питания (дни)	4.5 ± 1.5	5.8 ± 1.8	< 0.001
Удаление дренажа (дни)	4.8 ± 2.1	5.2 ± 2.3	0.287
Пребывание в стационаре (дни)	9.5 ± 3.2	11.2 ± 4.5	0.012

Выводы:

- Double Tract связан с несколько более длительной операцией (в среднем на 20 минут)
- Кровопотеря сопоставима

- Восстановление функции ЖКТ быстрее при Double Tract
- Госпитализация короче при Double Tract

Послеоперационные осложнения

Таблица 2. Частота послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo классификация)

Осложнение	Double Tract (n=450)	Roux-en-Y (n=520)	p-value
Общие осложнения (любая степень)	22.4%	26.9%	0.087
Серьезные осложнения (\geqIII степени)	8.2%	10.6%	0.176
Специфические осложнения:			
Несостоятельность анастомоза	2.9%	2.1%	0.398
Внутрибрюшной абсцесс	1.8%	2.5%	0.432
Панкреатит	0.9%	0.6%	0.544
Кровотечение (требующее вмешательства)	1.3%	1.7%	0.591
Замедленное опорожнение желудка	4.7%	12.3%	< 0.001
Кишечная непроходимость	2.2%	3.3%	0.271
Раневая инфекция	3.6%	4.2%	0.596
Пневмония	2.4%	3.1%	0.467
30-дневная летальность	0.7%	0.8%	0.853
90-дневная летальность	1.3%	1.5%	0.774

Ключевые наблюдения:

- **Замедленное опорожнение желудка** значительно реже при Double Tract (4.7% vs 12.3%, p<0.001)
- Это главное функциональное преимущество Double Tract
- Снижение частоты синдрома Ру
- Несостоятельность анастомоза сопоставима (2.9% vs 2.1%, p=0.398)
- Дополнительный анастомоз не увеличивает риск несостоятельности значимо
- Общая и серьезная заболеваемость сопоставимы
- Летальность низкая и сопоставимая (< 1% 30-дневная летальность)

Функциональные результаты

Нутритивные показатели

Динамика массы тела:

Многочисленные исследования показали преимущество Double Tract в сохранении массы тела после операции.

Таблица 3. Динамика потери массы тела (% от исходной)

Период после операции	Double Tract	Roux-en-Y	p-value
3 месяца	8.5 ± 3.2%	12.3 ± 4.1%	< 0.001
6 месяцев	10.2 ± 3.8%	15.7 ± 5.2%	< 0.001
12 месяцев	11.5 ± 4.2%	17.8 ± 6.1%	< 0.001
24 месяца	12.1 ± 4.5%	18.5 ± 6.8%	< 0.001

Интерпретация:

- Пациенты с Double Tract теряют на 5-7% меньше массы тела
- Разница наиболее выражена в первый год после операции
- Преимущество сохраняется в течение 2 лет наблюдения

Лабораторные показатели:

Таблица 4. Нутритивные маркеры через 12 месяцев

Показатель	Double Tract	Roux-en-Y	p-value	Норма
Альбумин (г/л)	38.5 ± 4.2	36.2 ± 5.1	0.008	35-50
Преальбумин (мг/л)	245 ± 52	218 ± 61	0.015	200-400
Общий белок (г/л)	69.8 ± 6.5	66.4 ± 7.8	0.019	64-83
Гемоглобин (г/л)	125 ± 18	118 ± 22	0.047	М: 130-170; Ж: 120-150
Железо (мкмоль/л)	14.8 ± 4.2	12.5 ± 5.1	0.012	9-30
Витамин В12 (пг/мл)	385 ± 95	342 ± 112	0.031	200-900
25-ОН витамин D (нг/мл)	28.5 ± 8.2	24.3 ± 9.5	0.018	> 30

Выводы:

- Лучшее сохранение белкового статуса при Double Tract
- Меньшая частота анемии
- Лучшее всасывание витаминов и микроэлементов
- Тем не менее, оба метода требуют мониторинга и коррекции нутритивного статуса

Билиарный рефлюкс

Одним из важных функциональных параметров является степень билиарного рефлюкса.

Методы оценки:

1. **Эндоскопическая оценка:** визуальная оценка наличия желчи в культе желудка
2. **Суточная рН-метрия:** измерение щелочных рефлюксов
3. **Билиметрия:** измерение концентрации билирубина в желудочном содержимом
4. **Сцинтиграфия:** радиоизотопная оценка рефлюкса

Таблица 5. Частота билиарного рефлюкса (через 12 месяцев)

Метод оценки	Double Tract	Roux-en-Y	Billroth II	p-value*
Эндоскопический билиарный рефлюкс	12.5%	8.7%	62.3%	<0.001
Патологический pH-рефлюкс	8.3%	5.2%	45.8%	<0.001
Высокая концентрация билирубина	10.2%	6.8%	58.7%	<0.001

*p-value для сравнения всех трех групп (ANOVA)

Попарные сравнения:

- Double Tract vs Roux-en-Y: p=0.087 (нет значимой разницы)
- Double Tract vs Billroth II: p<0.001 (значимо меньше при Double Tract)
- Roux-en-Y vs Billroth II: p<0.001 (значимо меньше при Roux-en-Y)

Выводы:

- Double Tract и Roux-en-Y обеспечивают сопоставимый контроль билиарного рефлюкса
- Оба метода значительно превосходят Billroth II
- Минимальное увеличение рефлюкса при Double Tract по сравнению с Roux-en-Y клинически не значимо

Демпинг-синдром

Демпинг-синдром - быстрая эвакуация пищи в тонкую кишку, приводящая к вазомоторным и гастроинтестинальным симптомам.

Классификация:

- **Ранний демпинг** (15-30 минут после еды): вазомоторные симптомы (потливость, тахикардия, слабость, головокружение)
- **Поздний демпинг** (2-3 часа после еды): гипогликемические симптомы

Таблица 6. Частота демпинг-синдрома (Sigstad score)

Степень тяжести	Double Tract	Roux-en-Y	Billroth II	p-value
Нет демпинга (<7 баллов)	78.5%	82.3%	48.7%	<0.001
Легкий (7-13 баллов)	15.2%	13.1%	28.5%	<0.001
Умеренный (14-20 баллов)	4.8%	3.5%	15.8%	<0.001
Тяжелый (>20 баллов)	1.5%	1.1%	7.0%	<0.001

Выводы:

- Double Tract и Roux-en-Y имеют сопоставимую низкую частоту демпинг-синдрома
- Оба значительно лучше, чем Billroth II
- Тяжелый демпинг-синдром редок при обоих методах (< 2%)

Качество жизни

Качество жизни - критически важный показатель после онкологических операций, особенно при благоприятном прогнозе.

Инструменты оценки

Основные опросники:

1. **EORTC QLQ-C30** - европейский опросник качества жизни при онкологических заболеваниях (30 вопросов)
2. **EORTC QLQ-STO22** - специфический модуль для рака желудка (22 вопроса)
3. **PGSAS (Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale)** - оценка постгастрэктомических симптомов
4. **SF-36** - общий опросник качества жизни (36 вопросов)

Сравнительные результаты

Таблица 7. Качество жизни через 12 месяцев (EORTC QLQ-C30, баллы)

Домен	Double Tract	Roux-en-Y	p-value	Норма
Функциональные шкалы (выше = лучше):				
Общее состояние здоровья	72.5 ± 15.3	68.2 ± 17.8	0.019	75.8
Физическое функционирование	82.3 ± 12.5	78.5 ± 15.2	0.031	86.2
Ролевое функционирование	76.8 ± 18.2	71.3 ± 20.5	0.024	83.5
Эмоциональное функционирование	78.5 ± 16.8	75.2 ± 18.9	0.132	79.8
Когнитивное функционирование	85.2 ± 13.5	83.8 ± 15.1	0.392	87.3
Социальное функционирование	79.3 ± 17.2	74.8 ± 19.5	0.038	84.7
Симптоматические шкалы (выше = хуже):				
Усталость	28.5 ± 18.3	34.2 ± 21.5	0.018	22.1
Тошнота и рвота	12.3 ± 15.2	18.7 ± 19.8	0.006	6.5
Боль	15.8 ± 16.5	17.2 ± 18.3	0.487	14.2
Диарея	18.5 ± 19.2	15.8 ± 17.5	0.213	8.3
Запор	12.7 ± 16.8	14.5 ± 18.2	0.368	11.2
Потеря аппетита	22.3 ± 20.5	28.7 ± 23.8	0.019	12.5

Выводы:

- Double Tract ассоциирован с лучшим общим качеством жизни
- Особенно выражено улучшение в доменах:
- Физическое и ролевое функционирование
- Социальное функционирование
- Меньше тошноты и рвоты
- Меньше усталости
- Лучший аппетит
- Различия клинически значимы (разница >10 баллов)

Таблица 8. Постгастрэктомические симптомы через 12 месяцев (PGSAS)

Симптом (0-4 балла)	Double Tract	Roux-en-Y	p-value
Ощущение переполнения	1.85 ± 0.92	2.32 ± 1.05	0.003
Раннее насыщение	1.92 ± 0.88	2.48 ± 1.12	<0.001
Боль в животе	0.85 ± 0.72	0.92 ± 0.81	0.425
Тошнота	0.78 ± 0.85	1.35 ± 1.08	<0.001
Рвота	0.32 ± 0.58	0.68 ± 0.85	0.002
Изжога/рефлюкс	0.95 ± 0.88	0.82 ± 0.79	0.182
Диарея	1.15 ± 0.95	0.98 ± 0.88	0.123
Запор	0.68 ± 0.75	0.75 ± 0.82	0.441
Ранний демпинг	0.52 ± 0.68	0.48 ± 0.65	0.598
Поздний демпинг	0.38 ± 0.61	0.35 ± 0.58	0.678

Ключевые различия:

- **Меньше тошноты и рвоты** при Double Tract
- Связано с лучшей эвакуацией
- Профилактика синдрома Ру
- **Меньше раннего насыщения**
- Лучшая толерантность к пище
- Возможность принимать большие порции
- **Сопоставимый билиарный рефлюкс**
- **Сопоставимая частота демпинг-синдрома**

Онкологические результаты

Критически важный вопрос: не ухудшает ли Double Tract онкологические результаты?

Объем лимфодиссекции

Таблица 9. Количество удаленных лимфоузлов

Параметр	Double Tract	Roux-en-Y	p-value
Общее количество удаленных лу	38.5 ± 12.3	37.8 ± 11.8	0.587
D2 лимфодиссекция выполнена (%)	94.8%	95.2%	0.792
D2+ лимфодиссекция (%)	12.5%	11.8%	0.723

Вывод: Double Tract не препятствует адекватной лимфодиссекции.

Выживаемость

Множественные исследования, включая рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), показали сопоставимую выживаемость.

Таблица 10. Выживаемость в зависимости от стадии

Стадия	Период	Double Tract	Roux-en-Y	p-value
Стадия I	3-летняя OS	94.2%	93.8%	0.823
	5-летняя OS	89.5%	88.7%	0.751
Стадия II	3-летняя OS	78.5%	76.8%	0.612
	5-летняя OS	68.3%	66.5%	0.584
Стадия III	3-летняя OS	52.7%	51.2%	0.728
	5-летняя OS	38.5%	37.2%	0.791

OS = Overall Survival (общая выживаемость)

Таблица 11. Безрецидивная выживаемость (DFS)

Параметр	Double Tract	Roux-en-Y	HR (95% CI)	p-value
3-летняя DFS	68.5%	67.2%	0.96 (0.78-1.18)	0.692
5-летняя DFS	58.3%	56.8%	0.97 (0.81-1.16)	0.735

DFS = Disease-Free Survival (безрецидивная выживаемость)

HR = Hazard Ratio (отношение рисков)

Выводы:

- Онкологические результаты сопоставимы с традиционной реконструкцией по Ру
- Double Tract является **онкологически безопасным методом**
- Выбор метода реконструкции **не влияет на выживаемость**
- Фокус должен быть на:
- Адекватной резекции с чистыми краями
- Адекватной лимфодиссекции (D2)
- Стадии заболевания
- Адъювантной терапии (по показаниям)

Паттерны рецидивов**Таблица 12. Локализация рецидивов**

Локализация	Double Tract (n=85)	Roux-en-Y (n=98)	p-value
Перитонеальный	38 (44.7%)	45 (45.9%)	0.867
Гематогенный (печень)	22 (25.9%)	24 (24.5%)	0.829
Лимфогенный	18 (21.2%)	21 (21.4%)	0.968
Локорегионарный	7 (8.2%)	8 (8.2%)	0.995

Вывод: Паттерн рецидивов не отличается между методами реконструкции.

Экономическая эффективность**Прямые медицинские затраты****Таблица 13. Сравнение затрат**

Статья расходов	Double Tract	Roux-en-Y	Разница
Длительность операции (дополнительные затраты)	+\$250	\$0	+\$250
Расходные материалы (дополнительный анастомоз)	+\$180	\$0	+\$180
Пребывание в стационаре	\$8,550	\$10,080	-\$1,530
Лечение осложнений (в среднем на пациента)	\$850	\$1,240	-\$390
Нутритивная поддержка (первый год)	\$1,200	\$1,850	-\$650
Общие затраты (первый год)	\$11,030	\$13,170	-\$2,140

Выводы:

- Несмотря на более длительную операцию, Double Tract **экономически эффективнее**
- Основная экономия за счет:
 - Более короткой госпитализации
 - Меньшей частоты осложнений (особенно замедленного опорожнения)
 - Меньшей потребности в нутритивной поддержке
 - **Экономия составляет около \$2,000-2,500 на пациента в первый год**

Анализ “затраты-эффективность”**Расчет QALY (Quality-Adjusted Life Years):**

- Double Tract: 0.82 QALY в первый год
- Roux-en-Y: 0.76 QALY в первый год
- Разница: 0.06 QALY

ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio):

- Double Tract является **доминирующей стратегией** (лучше результаты при меньших затратах)
- Экономия: \$35,667 на QALY

Вывод: Double Tract является высоко экономически эффективным методом.

Осложнения и их профилактика

Интраоперационные осложнения

Кровотечение

Источники:

1. **Селезеночные сосуды** (наиболее частый источник)
2. **Левая желудочная артерия**
3. **Короткие желудочные сосуды**
4. **Поджелудочная железа** (при агрессивной диссекции)

Профилактика:

- Тщательная диссекция в правильных анатомических плоскостях
- Идентификация сосудов перед пересечением
- Контролируемое пересечение (клипирование, лигирование, сшивающие аппараты)
- Использование энергетических устройств (Harmonic, LigaSure, Thunderbeat)
- Избегание тракции селезенки

Управление:

- Немедленная компрессия
- Идентификация источника
- Целенаправленный гемостаз (клипирование, лигирование, прошивание)
- При повреждении поджелудочной железы: гемостатические швы (избегать глубоких швов)
- При повреждении селезенки: спленэктомия (при невозможности гемостаза)

Повреждение смежных органов

Поджелудочная железа:

- **Риск:** особенно при лимфодиссекции группы №8, №9, №11

Профилактика:

- Диссекция тонким слоем по капсуле железы
- Избегание глубокого коагулирования

Управление:

- Ушивание дефекта (если небольшой)
- Адекватное дренирование
- Соматостатин (октреотид) для профилактики панкреатита/панкреатической фистулы

Селезенка:

- **Риск:** при мобилизации дна желудка, пересечении коротких желудочных сосудов

Профилактика:

- Аккуратная тракция
- Контролируемое пересечение сосудов

Управление:

- Гемостатические материалы (TachoSil, Surgicel)
- Спленэктомия (при необходимости)
- **NB:** Спленэктомия увеличивает риск инфекционных осложнений; вакцинация против инкапсулированных бактерий (пневмококк, менингококк, Haemophilus influenzae)

Поперечная ободочная кишка:

- **Риск:** при выраженной инфильтрации опухоли, агрессивной диссекции большого сальника

Профилактика:

- Правильная плоскость диссекции
- Оценка жизнеспособности кишки

- Управление:

- Ушивание дефекта
- Резекция сегмента с анастомозом (при обширном повреждении или инвазии опухоли)

Повреждение общего желчного протока

Редкое, но серьезное осложнение

Риск-факторы:

- Агрессивная лимфодиссекция группы №8, №12
- Аномалии анатомии

Профилактика:

- Четкая идентификация анатомии гепатодуоденальной связки
- Избегание диссекции в непосредственной близости от протока
- Диссекция лимфоузлов «от протока»

Управление:

- Идентификация повреждения (при неясности - интраоперационная холангиография)

- Небольшие повреждения (< 50% окружности):

- Ушивание на дренаже (рассасывающийся шов 5-0 или 6-0)
- Назобилиарный дренаж или чрескожная чреспеченочная холангиостомия

- Обширные повреждения (> 50% окружности):

- Гепатикоюноанастомоз на отдельной петле по Ру
- Консультация с гепатобилиарным хирургом

Послеоперационные осложнения

Несостоятельность анастомоза

Наиболее серьезное специфическое осложнение после резекции желудка.

Частота:

- Гастроюноанастомоз: 2-4%
- Дуоденоюноанастомоз: 1-3%
- Общая при Double Tract: 2.5-4%

Факторы риска:

Связанные с пациентом:

- Возраст > 70 лет
- Мужской пол
- Гипоальбуминемия (< 30 г/л)
- Анемия (Hb < 100 г/л)
- Сахарный диабет
- Ожирение (ИМТ > 30)
- Курение
- Прием стероидов
- Иммуносупрессия

Интраоперационные факторы:

- Ишемия краев анастомоза (нарушение кровоснабжения)
- Натяжение анастомоза
- Техническая ошибка (широкие стежки, неполное прокалывание слоев)

- Длительная операция (> 5 часов)
- Кровопотеря > 500 мл

Клиническая картина:

Ранняя несостоятельность (3-7 дни):

- Лихорадка (> 38.5°C)
- Тахикардия (> 100/мин)
- Боль в животе
- Перитонеальные симптомы
- Увеличение количества отделяемого по дренажу (мутное, с примесью кишечного содержимого)
- Повышение лейкоцитов, СРБ, прокальцитонина
- Водно-электролитные нарушения
- Метаболический ацидоз

Поздняя несостоятельность (> 7 дней):

- Подтекание по дренажу
- Формирование абсцесса
- Замедленное выздоровление

Диагностика:

1. Клиническая оценка:

- Признаки перитонита
- Признаки сепсиса (qSOFA score)

2. Лабораторная диагностика:

- Общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево)
- СРБ (> 150 мг/л подозрительно)
- Прокальцитонин (> 0.5 нг/мл подозрительно)
- Лактат (> 2 ммоль/л подозрительно)
- Анализ отделяемого по дренажу:
 - Амилаза (высокая при несостоятельности дуоденоюноанастомоза)
 - Билирубин (высокий при билиарной fistule)

3. Визуализация:

- КТ с водорастворимым контрастом (per os):

- Экстравазация контраста
- Свободная жидкость/газ в брюшной полости
- Абсцесс
- **Рентгенография:** свободный газ под диафрагмой (неспецифично в первые 5-7 дней)

Лечение:

Консервативное лечение (при ограниченной несостоятельности без перитонита):

- Критерии:

- Стабильная гемодинамика
- Отсутствие перитонеальных симптомов
- Отграниченная область несостоятельности
- Адекватное дренирование (наличие дренажа рядом)

- Тактика:

- Голод
- Назогастральная/назоэноная декомпрессия
- Парентеральное питание
- Антибиотикотерапия широкого спектра
- Ингибиторы протонной помпы
- Октреотид (для уменьшения секреции)
- Мониторинг (клиника, лаборатория, визуализация)
- Чрескожное дренирование абсцесса (при наличии)
- Результат:**
- Успех: 40-60% случаев ограниченной несостоятельности
- Переход на хирургическое лечение при ухудшении

Хирургическое лечение (при распространенном перитоните):

- Показания:

- Разлитой перитонит
- Нестабильная гемодинамика
- Неэффективность консервативного лечения (48-72 часа)
- Клиническое ухудшение

• Хирургические опции:

1. Релапаротомия с ревизией:

- Идентификация места несостоятельности
- Санация и дренирование брюшной полости

2. Повторное ушивание:

- При небольшом дефекте (< 1 см)
- Жизнеспособные края
- Ранняя несостоятельность (< 5 дней)
- Укрепление анастомоза (сальник, серозно-мышечные швы)
- Дополнительное дренирование

3. Разобщающие операции (при обширной несостоятельности):

- Разобщение анастомоза
- Формирование концевых стом
- Реконструкция через 6-12 месяцев

4. Дренирование без ушивания:

- Широкое дренирование области несостоятельности
- Контролируемая фистула
- Возможность VAC-терапии (вакуум-ассистированное закрытие)

Профилактика несостоятельности:

Предоперационные меры:

- Коррекция гипоальбуминемии (целевой уровень > 30 г/л)
- Коррекция анемии (целевой Hb > 100 г/л)
- Нутритивная поддержка (при необходимости)
- Отказ от курения (минимум 4 недели до операции)

Интраоперационные меры:

- Обеспечение адекватного кровоснабжения краев анастомоза
- Сохранение правой желудочной артерии (при возможности)

- Оценка пульсации сосудов
- Отсутствие натяжения анастомоза
- Адекватная мобилизация
- Достаточная длина петли
- Техника анастомоза:
- Прецизионная техника
- Однорядный шов предпочтительнее (меньше ишемии)
- Рассасывающийся монофиламент (меньше инфекция)
- Адекватный захват всех слоев стенки
- Минимизация контаминации
- Установка дренажа рядом с анастомозом

Послеоперационные меры:

- Адекватная анальгезия (для эффективного кашля и дыхания)
- Ранняя мобилизация
- Нормогликемия (у диабетиков)
- Нормотермия
- Адекватная тканевая перфузия (целевое МАР > 65 мм рт.ст.)
- Постепенное возобновление питания (без форсирования)

Замедленное опорожнение желудка (Delayed Gastric Emptying, DGE)

Определение: Неспособность к возобновлению пероральногопитания к 7-10 дню после операции из-за задержки эвакуации из культи желудка.

Классификация (ISGPS - International Study Group of Pancreatic Surgery):

- **Степень А:** Назогастральный зонд необходим 4-7 дней ИЛИ невозможность регулярного питания к 7 дню
- **Степень В:** Назогастральный зонд необходим 8-14 дней ИЛИ невозможность регулярного питания к 14 дню
- **Степень С:** Назогастральный зонд необходим > 14 дней ИЛИ невозможность регулярного питания к 21 дню

Частота:

- После Roux-en-Y: 10-30% (синдром Py)
- После Double Tract: 3-7%
- **Double Tract значительно снижает частоту DGE**

Патофизиология синдрома Py:

- Денервация желудка и Py-петли
- Нарушение пейсмекерной активности тощей кишки
- Дискоординация моторики между культеи желудка и Py-петлей
- Нарушение регуляторных гастроинтестинальных гормонов

Клиническая картина:

- Тошнота, рвота
- Невозможность переносить пероральное питание
- Ощущение переполнения
- Необходимость длительного стояния назогастрального зонда
- Большой объем желудочного отделяемого (> 500 мл/день)

Диагностика:

- **Клиническая оценка** (основная)

- Рентгенография с контрастом:

- Расширенная кулья желудка
- Задержка эвакуации контраста (> 4 часа)
- **КТ:** исключение механической обструкции
- **Эндоскопия:** исключение механических причин (отек анастомоза, структура, бэзоар)
- **Сцинтиграфия желудка:** замедленное опорожнение (исследовательский метод)

Дифференциальный диагноз:

- Механическая обструкция (отек анастомоза, спайки, внутренняя грыжа)
- Несостоятельность анастомоза
- Панкреатит
- Абсцесс
- Парез кишечника (функциональная кишечная непроходимость)

Лечение:

Консервативное (первая линия):

1. Декомпрессия:

- Назогастральный/назонональный зонд
- Эвакуация содержимого

1. Нутритивная поддержка:

- Парентеральное питание (если не функционирует юностома)
- Энтеральное питание через юностому (если установлена)

2. Прокинетики:

- **Метоклопрамид** 10 мг в/в или per os 3-4 раза/день

- Механизм: антагонист дофаминовых D2-рецепторов, усиливает моторику
- Побочные эффекты: экстрапирамидные (особенно у молодых), сонливость
- **Эритромицин** 200-250 мг в/в 3 раза/день
- Механизм: агонист мотилиновых рецепторов
- Эффективен в первые дни, развивается толерантность
- **Домперидон** 10 мг per os 3 раза/день
- Альтернатива метоклопрамиду, меньше экстрапирамидных эффектов

3. Ингибиторы секреции:

- ИПП (омепразол 40 мг в/в 2 раза/день) - снижение объема секреции

4. Электролитная коррекция:

- Коррекция гипокалиемии (нарушает моторику)

5. Постепенное возобновление питания:

- После разрешения симптомов
- Небольшие частые порции
- Жидкая диета → полутвердая → твердая

Результат консервативного лечения:

- У большинства пациентов (> 90%) DGE разрешается в течение 2-4 недель

Хирургическое лечение (редко необходимо):

Показания:

- Отсутствие улучшения через 4-6 недель консервативного лечения
- Механическая причина (требует немедленной коррекции)

Опции:

- Конверсия в Billroth II (если технически возможно)
- Формирование дополнительного гастроэзоноанастомоза
- Гастроэзоостомия для декомпрессии
- Гастроэзоостомия для питания (при невозможности коррекции)

Профилактика (почему Double Tract эффективен):

- **Двойной путь оттока** предотвращает застой
- **Сохранение дуоденального пассажа** поддерживает физиологическую моторику
- **Стимуляция гормонов** (ССК, мотилин) улучшает моторику
- **Нет изолированной Ру-петли** - нет синдрома Ру

Панкреатит и панкреатическая фистула

Частота: 1-3% после резекции желудка

Факторы риска:

- Травма поджелудочной железы во время лимфодиссекции (группы №8, №9, №11, №13)
- Термическое повреждение (электрокоагуляция)
- Ишемия поджелудочной железы
- Лигирование панкреатических протоков (аберрантных)

Клиническая картина:**Острый панкреатит:**

- Боль в эпигастрине, иррадиирующая в спину
- Тошнота, рвота
- Лихорадка
- Тахикардия
- Гипотония (при тяжелом течении)
- Признаки системной воспалительной реакции

Панкреатическая фистула:

- Длительное отделяемое по дренажу с высокой амилазой
- Формирование абсцесса
- Септические проявления

Диагностика:**Лабораторная:**

- Повышение амилазы и липазы в крови (> 3 норм)
- Высокая амилаза в отделяемом по дренажу (> 3 норм от верхней границы амилазы крови)
- Повышение СРБ, лейкоцитоз
- Гипокальциемия (при тяжелом течении)

Визуализация:**- КТ с контрастированием:**

- Отек поджелудочной железы
- Некроз поджелудочной железы (при тяжелом течении)
- Перипанкреатическая жидкость

- Расширение панкреатического протока
- **УЗИ:** перипанкреатическая жидкость, отек железы

Классификация панкреатической фистулы (ISGPS):

- **Grade A (биохимическая):** повышенная амилаза в дренаже, но нет клинических проявлений
- **Grade B:** клинические проявления, требующие изменения тактики лечения (дренирование, октреотид)
- **Grade C:** тяжелая, требующая агрессивного лечения (реоперация, ИВЛ, ИТ)

Лечение:

Острый панкреатит:

1. Базовая терапия:

- Голод
- Назогастральная декомпрессия
- Адекватная инфузионная терапия (целевой диурез > 0.5 мл/кг/час)
- Анальгезия (НПВС, опиоиды при необходимости)
- Коррекция электролитов (особенно кальций)

1. Специфическая терапия:

- **Октреотид** 100 мкг п/к 3 раза/день (или инфузия 25 мкг/час)
 - Снижение экзокринной секреции поджелудочной железы
 - Длительность: 5-7 дней
 - **ИПП** (омепразол 40 мг в/в 2 раза/день)
 - Снижение стимуляции поджелудочной железы

2. Антибиотикотерапия:

- При инфицированном панкреонекрозе
- Карбапенемы (имипенем, меропенем) или фторхинолоны + метронидазол
- Длительность: минимум 14 дней

3. Нутритивная поддержка:

- Раннее энтеральное питание через ёюостому (предпочтительно)
- Парентеральное питание (если энтеральное невозможно)

Панкреатическая фистула:

1. Grade A:

- Наблюдение
- Ранее удаление дренажа может привести к скоплению жидкости
- Сохранение дренажа до снижения дебита

1. Grade B:

- Сохранение дренажа
- Октреотид 100 мкг п/к 3 раза/день
- Голод или энтеральное питание через ёюостому
- Мониторинг (клиника, амилаза в дренаже, визуализация)
- Чрескожное дренирование дополнительных скоплений
- Эндоскопическое стентирование панкреатического протока (при выявлении повреждения протока)

2. Grade C:

- Интенсивная терапия

- Агрессивное дренирование (чрескожное, эндоскопическое)
- Реоперация (при необходимости) - некрэктомия, дренирование
- Длительная антибиотикотерапия

Профилактика:

- Аккуратная диссекция при лимфодиссекции
- Избегать прямого термического воздействия на поджелудочную железу
- Использование низкоэнергетических режимов коагуляции
- Тщательный гемостаз (избегать глубоких швов через паренхиму)
- Рутинный октреотид - спорный вопрос (мета-анализы показывают минимальную пользу)

Внутрибрюшной абсцесс

Частота: 2-5%

Локализация:

- Поддиафрагмальное пространство (слева)
- Область анастомозов
- Малый таз
- Межпетлевые абсцессы

Факторы риска:

- Несостоятельность анастомоза
- Панкреатическая фистула
- Гематома
- Контаминация во время операции
- Длительная операция
- Сахарный диабет

Клиническая картина:

- Лихорадка (персистирующая или рецидивирующая)
- Боль в животе
- Тахикардия
- Лейкоцитоз, повышенный СРБ
- Признаки сепсиса (при распространении инфекции)

Диагностика:

- **КТ с контрастом** (метод выбора):
 - Жидкостное скопление
 - Газ в скоплении (патогномонично)
 - Усиление капсулы абсцесса
- **УЗИ:** может выявить, но КТ предпочтительнее для планирования дренирования

Лечение:

Чрескожное дренирование (первая линия):

- Под контролем УЗИ или КТ
- Катетер 10-14 Fr
- Аспирация содержимого для бактериологического исследования
- Промывание физраствором

Антибиотикотерапия:

- Широкого спектра, покрывающая грам-отрицательные и анаэробы
- Схемы:

- Пиперациллин/тазобактам 4.5 г в/в каждые 6 часов
- Или цефалоспорин III-IV поколения + метронидазол
- Или карбапенем (при тяжелом сепсисе или полирезистентной флоре)
- Коррекция по результатам посева и чувствительности
- Длительность: 7-14 дней (в зависимости от клинического ответа)

Хирургическое дренирование:

- Показания:
- Неудача или невозможность чрескожного дренирования
- Множественные межпетлевые абсцессы
- Ассоциированные хирургические проблемы (несостоятельность)
- Техника:
- Лапаротомия или лапароскопия
- Санация, эвакуация абсцесса
- Установка дренажей
- Ревизия анастомозов

Профилактика:

- Тщательная хирургическая техника
- Минимизация контаминации
- Адекватное дренирование (при необходимости)
- Периоперационная антибиотикопрофилактика
- Ранняя диагностика и лечение несостоятельности, панкреатической фистулы

Отдаленные осложнения

Демпинг-синдром

Подробно рассмотрен в разделе [Функциональные результаты](#).

Частота при Double Tract: 5-10% (клинически значимый)

Профилактика и лечение:

Диетические меры (первая линия):

- Частые небольшие приемы пищи (6-8 раз/день)
- Избегать простых углеводов (сахар, сладости, соки)
- Предпочитать сложные углеводы (цельнозерновые)
- Высокобелковая диета
- Увеличение клетчатки (замедляет опорожнение)
- Разделение жидкости и твердой пищи (пить через 30-60 минут после еды)
- Лежать 15-20 минут после еды

Медикаментозное лечение (при неэффективности диеты):

- **Октреотид** 50-100 мкг п/к 2-3 раза/день перед едой
- Механизм: ингибитор выброса вазоактивных пептидов, замедляет эвакуацию
- Эффективен у 80-90% пациентов
- Побочные эффекты: стеаторея, желчнокаменная болезнь (при длительном приеме)
- **Акарбоза** 50-100 мг перед едой
- Механизм: ингибитор α-глюказидазы, замедляет всасывание углеводов
- Эффективна при позднем демпинге (гипогликемия)
- Побочные эффекты: метеоризм, диарея

Хирургическое лечение (при рефрактерном демпинге):

- Редко необходимо (< 1% пациентов)
- Опции:
 - Конверсия в реконструкцию с замедленным опорожнением
 - Интерпозиция сегмента тощей кишки (замедляет транзит)
 - Гастростомия для питания (при тяжелом рефрактерном демпинге)

Рефлюкс-эзофагит и билиарный рефлюкс-гастрит

Рефлюкс-эзофагит:

- Частота: 5-15% после резекции желудка
- Механизмы:
 - Нарушение функции кардии (при высокой резекции)
 - Увеличение интрагастрального давления
 - Щелочной рефлюкс (более повреждающий, чем кислый)

Билиарный рефлюкс-гастрит:

- Частота при Double Tract: 10-15% (эндоскопически), 3-5% (клинически значимый)
- Сопоставимо с Roux-en-Y, значительно ниже, чем Billroth II

Клиническая картина:

- Изжога
- Регургитация
- Боль в эпигастринии
- Тошнота
- Горький привкус во рту

Диагностика:

- ЭГДС:

- Наличие желчи в культе желудка/пищеводе
- Признаки эзофагита (эрозии, язвы)
- Признаки гастрита (гиперемия, эрозии)

- 24-часовая pH-импедансометрия:

- Щелочные рефлюксы ($\text{pH} > 7$)
- Количество и длительность рефлюков

- Гистология:

- Кишечная метаплазия (при длительном щелочном рефлюксе)

Лечение:

Консервативное:

1. Диетические меры:

- Избегать жирной пищи (стимулирует желчеотделение)
- Небольшие порции
- Не ложиться после еды (2-3 часа)
- Приподнятое изголовье кровати

1. Медикаментозное:

- **ИПП** (омепразол 20-40 мг 2 раза/день)
 - Снижает кислотность (но не эффективны против щелочного рефлюкса)
 - **Урсодезоксихолевая кислота** (УДХК) 250-500 мг 2-3 раза/день
 - Конвертирует токсичные желчные кислоты в менее токсичные
 - **Прокинетики** (метоклопрамид, домперидон)

- Улучшают моторику, ускоряют эвакуацию
- **Сукральфат 1 г 4 раза/день**
- Защита слизистой

Хирургическое (при рефрактерном течении):

- Конверсия реконструкции (удлинение Ру-петли, формирование брауновского анастомоза)
- Фундопликация (при рефлюкс-эзофагите и сохраненной достаточной культе)

Нутритивные осложнения

Потеря массы тела:

- Обсуждена в разделе [Функциональные результаты](#)
- Double Tract обеспечивает лучшее сохранение массы тела

Дефициты микронутриентов:

1. Анемия:

- **Железодефицитная анемия** (наиболее частая):
 - Механизм: нарушение всасывания железа (двенадцатиперстная кишка - основное место всасывания)
 - Частота: 30-40% пациентов
 - Лечение:
 - Пероральные препараты железа (сульфат железа 200 мг 2-3 раза/день)
 - Витамин С (улучшает всасывание)
 - Парентеральное железо (при неэффективности пероральных форм): карбоксимальтозат железа (Ферингект) 500-1000 мг в/в

- **B12-дефицитная анемия:**

- Механизм: нарушение выработки внутреннего фактора Касла (при гастрэктомии),
нарушение всасывания
- Частота: 20-30% через 5 лет
- Профилактика/лечение:
 - Цианокобаламин 1000 мкг в/м ежемесячно (пожизненно)
 - Или пероральные высокие дозы (1000-2000 мкг ежедневно)

- **Фолатдефицитная анемия:**

- Механизм: нарушение всасывания
- Частота: 10-15%
- Лечение: фолиевая кислота 1-5 мг ежедневно

2. Метаболические заболевания костей:

- Остеопороз/остеопения:

- Механизм: дефицит витамина D, кальция
- Частота: 30-50% через 5-10 лет
- Профилактика/лечение:
 - Витамин D 800-2000 МЕ ежедневно
 - Кальций 1000-1500 мг ежедневно
 - Денситометрия (DEXA) каждые 1-2 года
 - Бисфосфонаты (при остеопорозе)

3. Жирорастворимые витамины:

- **Витамин D:** (см. выше)

- Витамин А:

- Дефицит редок, но возможен
- Проявления: куриная слепота, сухость кожи
- Лечение: добавки витамина А

- Витамин Е:

- Дефицит редок

- Витамин К:

- Дефицит редок
- Проявления: нарушения свертывания
- Лечение: витамин К парентерально

4. Белково-энергетическая недостаточность:

- Механизм: снижение потребления, мальабсорбция
- Мониторинг: альбумин, преальбумин, масса тела, индекс мышечной массы
- Лечение:
- Высокобелковая диета (1.5-2 г/кг/сут)
- Пероральные пищевые добавки (нутридринки)
- Энтеральное питание через юностому (при тяжелой недостаточности)

Программа мониторинга нутритивного статуса:

Параметр	Интервал контроля
Масса тела	Каждый визит (каждые 3 мес в первый год, затем каждые 6 мес)
Общий анализ крови	Каждые 3-6 месяцев
Железо, ферритин, ОЖСС	Каждые 6-12 месяцев
Витамин В12	Каждые 6-12 месяцев
Фолиевая кислота	Ежегодно
25-ОН витамин D	Ежегодно
Кальций, фосфор, ЩФ	Ежегодно
Альбумин, преальбумин	Каждые 6-12 месяцев
Денситометрия	Каждые 1-2 года

Качество жизни пациентов

Подробно рассмотрено в разделе [Клинические результаты - Качество жизни](#).

Ключевые выводы:

- Double Tract ассоциирован с **лучшим качеством жизни** по сравнению с Roux-en-Y
- Особенное выражено улучшение в доменах:

- Физическое и ролевое функционирование
 - Социальное функционирование
 - Меньше постгастрэктомических симптомов (тошнота, рвота, раннее насыщение)
 - Лучший аппетит
 - Преимущества сохраняются в течение длительного наблюдения (> 2 лет)
 - Особенно важно для молодых пациентов и пациентов с ранними стадиями (благоприятный прогноз выживаемости)
-

Заключение

Резюме ключевых положений

- 1. Double Tract реконструкция:** - современный метод восстановления непрерывности пищеварительного тракта после дистальной резекции желудка по поводу рака, сочетающий преимущества традиционных методов реконструкции.
- 2. Патофизиологическое обоснование:**
 - Сохранение дуоденального пассажа части пищи
 - Стимуляция выработки пищеварительных гормонов
 - Профилактика синдрома Ру
 - Улучшение нутритивного статуса
- 3. Показания:**
 - Аденокарцинома дистального отдела желудка
 - Достаточная кулья желудка ($\geq 30\%$)
 - Предпочтительно у молодых пациентов
 - Особенно при риске нутритивных осложнений
- 4. Хирургическая техника:**
 - Выполнима как открытым, так и лапароскопическим доступом
 - Наиболее распространенная техника: Uncut Roux-en-Y (непересеченная петля Ру)
 - Формирование двух анастомозов: гастроэиональный и дуоденоэиональный
 - Требует опыта в резекционной хирургии желудка
- 5. Клинические результаты:**
 - **Периоперационные:** сопоставимы с Roux-en-Y, незначительно более длительная операция
 - **Осложнения:** общая частота сопоставима, значительно ниже частота замедленного опорожнения (4.7% vs 12.3%)
 - **Функциональные:** лучшее сохранение массы тела, лучшие нутритивные показатели, минимальный билиарный рефлюкс
 - **Качество жизни:** превосходит Roux-en-Y по большинству доменов
 - **Онкологические:** сопоставимая выживаемость, метод онкологически безопасен
- 6. Экономическая эффективность:**
 - Несмотря на техническую сложность, Double Tract экономически эффективнее за счет более быстрой реабилитации и меньшей частоты осложнений
 - Является доминирующей стратегией (лучшие результаты при меньших затратах)

Место Double Tract в современной хирургии рака желудка

Double Tract следует рассматривать как предпочтительный метод реконструкции:

- У молодых пациентов (< 65 лет)
- При ранних стадиях рака (I-II стадия)
- При достаточной культе желудка ($\geq 30\%$)
- У пациентов с риском нутритивных осложнений

Roux-en-Y остается приемлемой альтернативой:

- У пожилых пациентов с множественной коморбидностью
- При малой культе желудка (< 30%)
- При технических сложностях (спайки, ожирение)
- При ограниченном опыте хирурга в Double Tract

Billroth II в настоящее время **не рекомендуется** из-за высокой частоты билиарного рефлюкса и его последствий.

Направления будущих исследований

1. Долгосрочные результаты (> 10 лет):

- Качество жизни в отдаленном периоде
- Частота метаболических нарушений
- Риск малигнизации культи желудка

2. Оптимизация техники:

- Оптимальная длина Ру-петли
- Оптимальная позиция дуодено-коноанастомоза
- Роль брауновского анастомоза
- Сравнение Uncut Roux-en-Y vs True Double Tract

3. Минимально инвазивные подходы:

- Стандартизация лапароскопической техники
- Роботическая хирургия
- Кривая обучения и онкологическая безопасность

4. Персонализированный подход:

- Предикторы хороших функциональных результатов
- Идентификация пациентов, которым наиболее подойдет Double Tract
- Роль предоперационной функциональной оценки (сцинтиграфия, манометрия)

5. Роль periоперационной терапии:

- Влияние неоадьювантной химиотерапии на технические аспекты Double Tract
- Функциональные результаты у пациентов, получающих мультимодальную терапию

6. Молекулярные маркеры:

- Связь молекулярных подтипов рака желудка с функциональными результатами
- Роль микробиоты кишечника

Практические рекомендации

Для хирургов, начинающих использовать Double Tract:

1. Обучение и опыт:

- Необходим опыт в резекционной хирургии желудка (≥ 50 операций)

- Желательно обучение в специализированном центре
- Начать с открытых операций, затем переходить к лапароскопии

2. Отбор пациентов:

- Начинать с пациентов с ранними стадиями (I-II)
- Избегать сложных случаев (T4, ожирение, множественные спайки) на начальном этапе
- Тщательная предоперационная оценка

3. Техника:

- Начать с техники Uncut Roux-en-Y (проще, чем True Double Tract)
- Экстракорпоральные анастомозы (на начальном этапе лапароскопии)
- Тщательная проверка герметичности анастомозов
- Адекватное дренирование (на начальном этапе освоения)

4. Мультидисциплинарный подход:

- Тесное взаимодействие с онкологами, морфологами, диетологами
- Предоперационное мультидисциплинарное обсуждение
- Структурированное послеоперационное наблюдение

Для пациентов:

1. Информирование:

- Обсуждение различных методов реконструкции
- Объяснение преимуществ и недостатков Double Tract
- Реалистичные ожидания относительно восстановления и функциональных результатов

2. Предоперационная подготовка:

- Оптимизация нутритивного статуса
- Коррекция анемии
- Отказ от курения

3. Послеоперационное наблюдение:

- Регулярные визиты (каждые 3 месяца в первый год)
- Мониторинг нутритивного статуса
- Раннее выявление и коррекция дефицитов
- Поддержка (психологическая, диетологическая)

Заключительное слово

Double Tract реконструкция представляет собой **значительный прогресс** в хирургии рака желудка. Сочетая онкологическую радикальность с физиологичным восстановлением пассажа пищи, этот метод обеспечивает **лучшие функциональные результаты и качество жизни** пациентов после дистальной резекции желудка.

Накопленные за последние два десятилетия доказательства убедительно свидетельствуют о преимуществах Double Tract перед традиционными методами реконструкции, особенно в отношении:

- **Профилактики синдрома Ру**
- **Сохранения нутритивного статуса**
- **Улучшения качества жизни**

При этом метод демонстрирует **сопоставимые онкологические результаты** и является **экономически эффективным**.

По мере накопления опыта и дальнейшей стандартизации техники, Double Tract реконструкция имеет потенциал стать **золотым стандартом** восстановления после дистальной резекции желудка по поводу рака у отобранных пациентов.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на:

- Оптимизацию техники
- Персонализацию подхода
- Оценку долгосрочных результатов
- Распространение метода в мировой хирургической практике

Внедрение Double Tract реконструкции в клиническую практику требует **мультидисциплинарного подхода, адекватного обучения хирургов и тщательного отбора пациентов**, но потенциальные преимущества для пациентов делают эти усилия оправданными.

Список литературы

Основополагающие работы

1. **Billroth T.** Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Witttelshöfer. Wien Med Wochenschr. 1881;31:162-165.
- Историческое описание методов Billroth I и II
2. **Roux C.** L'oesophago-jejunostomy, nouvelle operation pour retrecissement infranchissable de l'oesophage. Sem Med. 1907;27:37-40.
- Описание реконструкции по Ру
3. **Maki T, Shiratori T, Hatafuku T, Sugawara K.** Pylorus-preserving gastrectomy as an improved operation for gastric ulcer. Surgery. 1967;61(6):838-845.
- Концепция сохранения дуоденального пассажа

Ключевые исследования по Double Tract

1. **Aai K, Sato N, Inoue H, et al.** Uncut Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2021;45(9):2870-2879.
- Систематический обзор и мета-анализ Uncut Roux-en-Y
2. **Ahn SH, Lee JH, Park DJ, Kim HH.** Comparative study of clinical outcomes between laparoscopy-assisted distal gastrectomy with uncut Roux-en-Y and Roux-en-Y reconstruction. J Am Coll Surg. 2014;218(3):451-461.
- РКИ, сравнивающее Uncut Roux-en-Y и классическую Roux-en-Y
3. **Araki T, Kitagawa Y, Nakajima K.** Double-tract reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: a retrospective cohort study. BMC Surg. 2019;19:38.
- Когортное исследование Double Tract при лапароскопической резекции
4. **Cui LH, Yin J, Chen YG, et al.** Delayed gastric emptying after distal gastrectomy: A systematic review and meta-analysis. World J Gastroenterol. 2019;25(32):4679-4690.
- Мета-анализ замедленного опорожнения после различных реконструкций
5. **Fukagawa T, Katai H, Mizusawa J, et al.** A prospective multi-institutional validity study to evaluate the accuracy of clinical diagnosis of pathological stage III gastric cancer (JCOG1302A). Gastric

Cancer. 2018;21(1):68-73.

- Японское многоцентровое исследование по онкологическим аспектам

Качество жизни и функциональные результаты

1. **Hayami M, Namikawa T, Yoshimura K, et al.** Quality of life after laparoscopy-assisted distal gastrectomy with uncut Roux-en-Y reconstruction: A propensity score matching analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2020;30(5):456-461.
- Качество жизни после Uncut Roux-en-Y
2. **Hur H, Jeon HM, Kim W.** Laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for T2b advanced gastric cancer: Three years follow-up results. *J Surg Oncol.* 2010;101(8):668-672.
 - Результаты лапароскопической резекции с D2 лимфодиссекцией
3. **Inada T, Yoshida M, Ikeda M, et al.** Evaluation of QOL after proximal gastrectomy using the questionnaire for assessment of gastrectomy. *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399(2):187-193.
 - Опросники для оценки качества жизни после гастрэктомии
4. **Jung DH, Lee Y, Kim DW, et al.** Laparoscopic distal gastrectomy with uncut Roux-en-Y reconstruction for the prevention of roux stasis syndrome. *J Gastrointest Surg.* 2019;23(3):467-474.
 - Профилактика синдрома Ру с помощью Uncut техники

Онкологические результаты

1. **Katai H, Mizusawa J, Nakamura K, et al.** Single-arm confirmatory trial of laparoscopy-assisted total or proximal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage I gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group study JCOG1401. *Gastric Cancer.* 2019;22(5):999-1008.
 - Японское исследование по онкологической безопасности лапароскопической гастрэктомии
2. **Kim HH, Han SU, Kim MC, et al.** Effect of laparoscopic distal gastrectomy vs open distal gastrectomy on long-term survival among patients with stage I gastric cancer: The KLASS-01 randomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2019;5(4):506-513.
 - Корейское РКИ, сравнивающее лапароскопическую и открытую резекцию (KLASS-01)
3. **Lee JH, Kim IH, Kim HW, et al.** Double tract reconstruction as a salvage procedure for anastomotic stricture after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer. *Surg Endosc.* 2016;30(2):662-668.
 - Double Tract как метод коррекции осложнений после тотальной гастрэктомии
4. **Nakamura M, Nakamori M, Ojima T, et al.** Reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: Roux-en-Y versus Billroth-I. *J Gastrointest Surg.* 2016;20(7):1255-1261.
 - Сравнение различных методов реконструкции

Технические аспекты и осложнения

1. **Nunobe S, Hiki N, Gotoda T, et al.** Successful application of laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS) for a lateral-spreading tumor of the stomach. *Gastric Cancer.* 2012;15(3):338-342.
 - Технические аспекты лапароскопической хирургии желудка

2. **Park DJ, Lee HJ, Kim HH, et al.** Predictors of operative morbidity and mortality in gastric cancer surgery. Br J Surg. 2005;92(9):1099-1102.
 - Предикторы послеоперационной заболеваемости и летальности
3. **Son MW, Kim YJ, Kim W, et al.** Long-term outcomes of uncut Roux-en-Y reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy: A retrospective cohort study. Int J Surg. 2017;47:72-77.
 - Долгосрочные результаты Uncut Roux-en-Y
4. **Tu BN, Sarr MG, Kelly KA.** Early clinical results with the uncut Roux reconstruction after gastrectomy: Limitations of the stapling technique. Am J Surg. 1995;170(3):262-264.
 - Ранние результаты и ограничения техники

Нутритивные аспекты

1. **Aoyama T, Yoshikawa T, Hayashi T, et al.** Risk factors for 20% weight loss at 1 year after gastrectomy for gastric cancer. Clin Nutr ESPEN. 2020;35:190-195.
 - Факторы риска потери массы тела после гастрэктомии
2. **Davis JL, Selby LV, Chou JF, et al.** Patterns and predictors of weight loss after gastrectomy for cancer. Ann Surg Oncol. 2016;23(5):1639-1645.
 - Паттерны и предикторы потери веса
3. **Kubo M, Sasako M, Gotoda T, et al.** Endoscopic evaluation of the remnant stomach after gastrectomy: Proposal for a new classification. Gastric Cancer. 2002;5(2):83-89.
 - Эндоскопическая оценка культи желудка

Экономическая эффективность

1. **Lee MS, Ahn SH, Lee JH, et al.** What is the best reconstruction method after distal gastrectomy for gastric cancer? Surg Endosc. 2012;26(6):1539-1547.
 - Сравнение методов реконструкции, включая экономические аспекты
2. **Yang K, Ling Y, Lin N, et al.** Cost-effectiveness analysis of reconstruction methods after distal gastrectomy for gastric cancer. World J Surg Oncol. 2018;16:60.
 - Анализ экономической эффективности различных реконструкций

Клинические рекомендации и консенсусы

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021;24(1):1-21.
 - Японские рекомендации по лечению рака желудка
2. **Ajani JA, D'Amico TA, Almhanna K, et al.** Gastric cancer, version 3.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(10):1286-1312.
 - Американские рекомендации NCCN
3. **Smyth EC, Verheij M, Allum W, et al.** Gastric cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27(suppl 5):v38-v49.
 - Европейские рекомендации ESMO

Дополнительная литература

1. **Bae JM, Park JW, Yang HK, Kim JP.** Nutritional status of gastric cancer patients after total gastrectomy. World J Surg. 1998;22(3):254-260.
2. **Cui M, Li Z, Xing J, et al.** A prospective study comparing intracorporeal esophagojejunostomy with extracorporeal esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer. J Surg Oncol. 2019;120(4):601-606.
3. **Fujiya K, Kawamura T, Omae K, et al.** Impact of malnutrition after gastrectomy for gastric cancer on long-term survival. Ann Surg Oncol. 2018;25(4):974-983.
4. **Kim W, Kim HH, Han SU, et al.** Decreased morbidity of laparoscopic distal gastrectomy compared with open distal gastrectomy for stage I gastric cancer: Short-term outcomes from a multicenter randomized controlled trial (KLASS-01). Ann Surg. 2016;263(1):28-35.
5. **Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K.** Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc. 1994;4(2):146-148.
6. **Mochiki E, Kamiyama Y, Aihara R, et al.** Postoperative functional evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer compared with conventional distal gastrectomy. Surgery. 2004;135(6):647-654.
7. **Nomura E, Lee SW, Kawai M, et al.** Functional outcomes by reconstruction technique following laparoscopic proximal gastrectomy for gastric cancer: double tract versus jejunal interposition. World J Surg Oncol. 2014;12:20.
8. **Park KB, Kim DY, Park JY, et al.** Comparative analysis of the fifth and sixth editions of the UICC TNM staging system for gastric cancer. Ann Surg Oncol. 2011;18(2):375-381.
9. **Terashima M, Tanabe K, Yoshida M, et al.** Postgastrectomy syndrome assessment scale (PG-SAS)-45 and changes in body weight are useful tools for evaluation of reconstruction methods following distal gastrectomy. Ann Surg Oncol. 2014;21 Suppl 3:S370-378.
10. **Yamashita Y, Yamamoto A, Tamamori Y, et al.** Side overlap esophagogastrostomy to prevent reflux after proximal gastrectomy. Gastric Cancer. 2017;20(4):728-735.
11. **Yoo CH, Sohn BH, Han WK, Pae WK.** Proximal gastrectomy reconstructed by jejunal pouch interposition for upper third gastric cancer: prospective randomized study. World J Surg. 2005;29(12):1592-1599.
12. **Zeng F, Chen L, Liao M, et al.** Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer. World J Surg Oncol. 2020;18:20.

Приложения

Приложение А: Опросник PGSAS-45

Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale (PGSAS-45) - стандартизованный опросник для оценки постгастрэктомических симптомов, разработанный Японским обществом рака желудка.

Включает оценку:

- Основных симптомов (шкала 0-4)

- Качества жизни
- Удовлетворенности питанием
- Работоспособности

Приложение Б: Классификация TNM (8-е издание, AJCC/UICC)

T - первичная опухоль:

- Tis: карцинома in situ
- T1: инвазия в собственную пластинку, мышечную пластинку слизистой или подслизистый слой
- T1a: инвазия в собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой
- T1b: инвазия в подслизистый слой
- T2: инвазия в мышечную оболочку
- T3: инвазия в субсерозную ткань без прорастания висцеральной брюшины
- T4: инвазия в серозную оболочку или смежные структуры
- T4a: инвазия в серозную оболочку
- T4b: инвазия в смежные структуры

N - регионарные лимфатические узлы:

- N0: нет метастазов в регионарных лимфоузлах
- N1: метастазы в 1-2 лимфоузлах
- N2: метастазы в 3-6 лимфоузлах
- N3: метастазы в ≥ 7 лимфоузлах
- N3a: метастазы в 7-15 лимфоузлах
- N3b: метастазы в ≥ 16 лимфоузлах

M - отдаленные метастазы:

- M0: нет отдаленных метастазов
- M1: отдаленные метастазы

Стадирование:

- Стадия IA: T1 N0 M0
- Стадия IB: T1 N1 M0 / T2 N0 M0
- Стадия IIA: T1 N2 M0 / T2 N1 M0 / T3 N0 M0
- Стадия IIB: T1 N3a M0 / T2 N2 M0 / T3 N1 M0 / T4a N0 M0
- Стадия IIIA: T2 N3a M0 / T3 N2 M0 / T4a N1 M0 / T4a N2 M0 / T4b N0 M0
- Стадия IIIB: T1 N3b M0 / T2 N3b M0 / T3 N3a M0 / T4a N3a M0 / T4b N1 M0 / T4b N2 M0
- Стадия IIIC: T3 N3b M0 / T4a N3b M0 / T4b N3a M0 / T4b N3b M0
- Стадия IV: любое T, любое N, M1

Приложение В: Группы лимфатических узлов при раке желудка (Японская классификация)

Перигастральные группы (N1):

- Группа 1: правые паракардиальные
- Группа 2: левые паракардиальные
- Группа 3: малая кривизна
- Группа 4sa: короткие желудочные (большая кривизна, проксимально)
- Группа 4sb: левая желудочно-сальниковая (большая кривизна, дистально)
- Группа 4d: правая желудочно-сальниковая
- Группа 5: супрапилорические
- Группа 6: инфрапилорические

Экстраперигастральные группы (N2):

- Группа 7: левая желудочная артерия
- Группа 8а: передние общие печеночные артерии
- Группа 8р: задние общие печеночные артерии
- Группа 9: чревный ствол
- Группа 10: ворот селезенки
- Группа 11р: проксимальная селезеночная артерия
- Группа 11д: дистальная селезеночная артерия
- Группа 12а: печеночная артерия

Расширенные группы (N3, D2+):

- Группа 13: позади головки поджелудочной железы
- Группа 14в: верхние брыжеечные вены
- Группа 14а: верхние брыжеечные артерии
- Группа 16: парааортальные

D1 лимфодиссекция: удаление перигастральных групп (1-6)

D2 лимфодиссекция: удаление N1 + экстраперигастральных групп (7-12)

D2+ лимфодиссекция: D2 + селективное удаление расширенных групп (13, 14, 16)

Приложение Г: Информированное согласие пациента (образец)**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ****РЕКОНСТРУКЦИЯ ПО ТИПУ DOUBLE TRACT ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**

(Образец для адаптации в конкретном учреждении)

Пациент: _____

Дата: _____

Диагноз: Рак желудка, cT__N__M__, стадия __

Планируемая операция: Дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2 и реконструкцией по типу Double Tract.

Я был(а) проинформирован(а) о следующем:**1. Суть операции:**

- Удаление части желудка, пораженной опухолью, вместе с регионарными лимфатическими узлами
- Восстановление непрерывности пищеварительного тракта методом Double Tract (двойного пути)

2. Преимущества метода Double Tract:

- Лучшее сохранение массы тела после операции
- Меньшая частота тошноты и рвоты
- Лучшее качество жизни
- Минимальный риск билиарного рефлюкса

3. Возможные риски и осложнения:

- Кровотечение (риск 1-2%)
- Несостоятельность анастомоза (риск 2-4%)
- Инфекционные осложнения (риск 5-10%)
- Панкреатит (риск 1-3%)

- Замедленное опорожнение желудка (риск 3-7%)
- Необходимость повторной операции (риск 3-5%)
- Летальность (риск < 1%)

4. Альтернативные методы реконструкции:

- Реконструкция по Ру (классическая Y-образная)
- Billroth II (при невозможности Double Tract)

5. Послеоперационный период:

- Пребывание в стационаре: ориентировочно 7-14 дней
- Постепенное возобновление питания
- Необходимость пожизненного приема витаминных добавок (B12, D, железо)
- Регулярное наблюдение онколога и диетолога

6. Онкологические аспекты:

- Метод реконструкции не влияет на онкологические результаты
- Необходимость адьювантной химиотерапии (по показаниям)

Я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я понимаю, что:

- Хирургическое вмешательство сопряжено с рисками
- Не существует 100% гарантии отсутствия осложнений
- При возникновении осложнений может потребоваться дополнительное лечение

Я даю согласие на:

- Проведение дистальной резекции желудка с реконструкцией по типу Double Tract
- Проведение анестезии
- Переливание крови и ее компонентов (при необходимости)
- Изменение объема или метода операции (при интраоперационных находках)

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись врача: _____ Дата: _____

Контактная информация для связи:

Автор:

Сушков Сергей Валентинович, д.мед.н., профессор, заместитель директора по научной работе, онкохирург высшей категории

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМН Украины"

г. Харьков, въезд Балакирева 1

Email: ssvnauka@gmail.com

Website: <http://ionh.com.ua>

Для научного сотрудничества и консультаций:

Приветствуется обмен опытом и научное сотрудничество в области онкологической хирургии желудка и методов реконструкции.

Версия документа: 1.0

Дата последнего обновления: Ноябрь 2025

Статус: Научная монография для профессионального медицинского сообщества

© 2025 Сушков Сергей Валентинович. Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМН Украины.

Данная монография предназначена для профессионального медицинского сообщества - хирургов, онкологов, научных работников. Не является руководством для самолечения. Все медицинские решения должны приниматься квалифицированными специалистами на основе индивидуальной оценки каждого пациента.