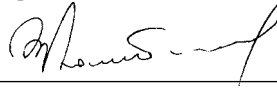


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

11 апреля 2003 г.

Регистрационный № 60–0403

**МЕТОДИКА МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ
ЛИМФОДИССЕКЦИИ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ
РАКОМ ЛЕГКОГО**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.В. Жарков, канд. мед. наук В.П. Курчин, канд. мед. наук П.И. Моисеев, В.С. Караник

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Разработанная методика медиастинальной лимфодиссекции при радикальном хирургическом лечении больных мелкоклеточным раком легкого (МКРЛ) предназначена для уточнения распространенности опухолевого процесса и улучшения результатов лечения данной категории больных.

Перечень необходимого оборудования: специального оборудования не требуется.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА

Объем операции определяется распространенностью опухолевого поражения. Во всех случаях удаляются регионарные лимфатические узлы с клетчаткой с последующей маркировкой в соответствии с Приложением.

При операции справа медиастинальная плевра рассекается по правому краю верхней полой вены от устья непарной вены до места слияния плечеголовных вен. Удаляется паратрахеальная клетчатка от уровня нижнего края правой плечеголовной артерии на уровне пересечения ее с трахеей с сохранением блуждающего и возвратного нервов. Медиальной границей удаляемой клетчатки с лимфоузлами служит правый край плечеголовной артерии. Снизу в удаляемый блок включается клетчатка с лимфоузлами области трахеобронхиального угла и главного бронха. Далее другим блоком удаляется клетчатка между главными бронхами с субкаринальными, паразофагеальными лимфоузлами и лимфоузлами легочной связки.

При операции слева мобилизуется клетчатка с лимфоузлами под-аортальной зоны, затем паратрахеальная от уровня верхнего края дуги аорты и книзу до уровня легочной связки.

Удаленный во время операции препарат изучается морфологически с обязательным уточнением состояния всех (даже макроскопически неизмененных) регионарных лимфатических узлов.

С целью выяснения обоснованности выполнения медиастинальной лимфодиссекции изучены особенности регионарного метастазирования у оперированных больных МКРЛ. В резуль-

тате не выявлено ни одной локализации опухоли независимо от стороны поражения, при которой не поражались бы лимфоузлы средостения. Таким образом, выполнение лимфодиссекции с удалением всех групп лимфатических узлов является обязательным при любой локализации опухоли. Правильность такого подхода подтверждают данные двухлетней выживаемости. Применение лимфодиссекции позволило увеличить показатели двухлетней выживаемости больных при N1-2 с 23,4 до 31,9%, а при N2-3 — с 12,3 до 22,9% (см. табл.).

Двухлетняя выживаемость больных МКРЛ (%)

Группы больных	Общая	N₀	N_{1,2}	N_{2,3}
Контрольная группа	29,4	48,1	23,4	12,3
Основная группа	33,2	45,9	31,9	22,9

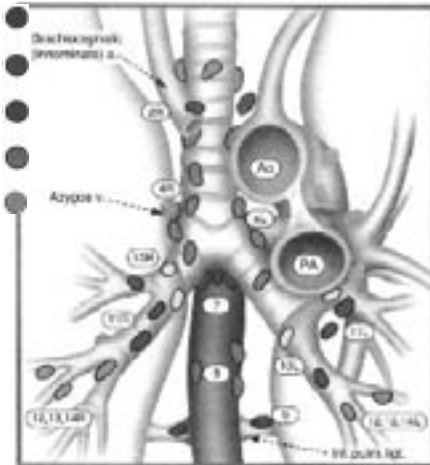
Примечание: $p > 0,05$

Возможные ошибки: ошибочные результаты при выполнении медиастинальной лимфодиссекции могут быть получены в случаях несоблюдения изложенных требований к выполнению операции, маркировке лимфоузлов, а также при неполном морфологическом исследовании удаленного операционного материала.

Противопоказания к применению: не выявлены.

Приложение

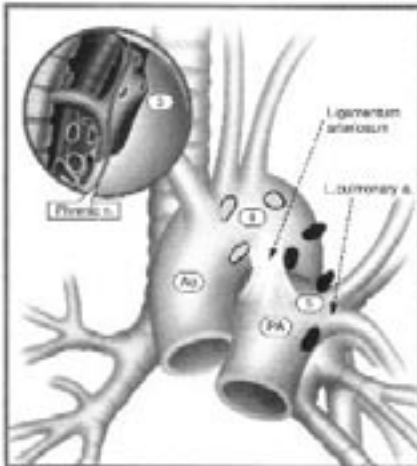
Маркировка лимфоузлов по Mountain/Dresler Modifications from Naruke (ATS – LCSG Map), 1997



N2

- 1 верхний медиастинальный
- 2 верхний паратрахеальный
- 3 превазкулярный и ретротрахеальный
- 4 нижний паратрахеальный

- 5 подаортальный
- 6 парааортальный



N1

- 7 субкаринальный
- 8 паразофагеальный
- 9 легочной связки

- 10 корневой
- 11 междолевой
- 12 долевой
- 13 сегментарный
- 14 субсегментарный