

может служить индикатором активации процессов пероксидации в эритроцитах и развития окислительного стресса. Полученные данные указывают на патогенетическую роль КТФ крови в развитии нарушений прооксидантно-антиоксидантного баланса при ишемии-реперфузии печени у крыс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходосовский, М. Н. Участие газотрансмиттеров в коррекции реперфузионных повреждений печени / М. Н. Ходосовский. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – 212 с.
2. Mathes, A. M. Hepatoprotective actions of melatonin: possible mediation by melatonin receptors / A. M. Mathes // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, N 48. – P. 6087-6097.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ БЕЗОПАСНОЙ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ

***Хоробрых Т.В., Дыдыкин С.С., Чиликов В.В., Богоявленская Т.А.,
Абдулхакимов Н.М., Кудряш Е.Б., Нагорняк А.В.***

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет)*

Адекватная лимфаденэктомия является одним из основных предикторов благоприятного отдаленного прогноза хирургического лечения рака грудного отдела пищевода.

Сложности вызывает удаление лимфоузлов верхнего средостения, при удалении паратрахеальной группы увеличивается вероятность повреждения возвратных гортанных нервов.

Внедрение торакоскопических методов экстирпации пищевода требует четкой визуализации анатомических ориентиров, позволяющих без тактильного контроля надежно и безопасно ориентироваться в клетчаточных пространствах средостения, в непосредственной близости от крупных сосудистых и нервных структур, трахеи и бронхов без опасности их ятрогенного повреждения, в том числе отсроченной термической травмы.

Важнейшими ориентирами при торакоскопическом доступе к пищеводу из правой плевральной полости следует считать: непарную вену, v. azygos и ее дугу для последующего нахождения бифуркации трахеи и рядом лежащих лимфатических узлов.

Перевязка непарной вены в начале операции обеспечивает адекватный доступ к бифуркации трахеи, основным группам лимфатических узлов и дуге аорты.

Рассечение медиастинальной плевры в борозде между непарной веной и аортой – ключевой этап в диссекции пищевода, позволяющий сразу осуществить перевязку грудного лимфатического протока. Клипирование грудного лимфатического протока у диафрагмы до начала диссекции пищевода

позволяет избежать послеоперационной лимфореи.

Наиболее оптимально пересекать пищевод и блуждающие нервы ниже бифуркации трахеи, после отхождения от блуждающих нервов бронхиальных ветвей, что позволяет избежать нарушения функции легких в послеоперационном периоде. Пересечение пищевода на этом уровне помогает идентифицировать лимфатические узлы, лежащие около возвратных нервов без их повреждения.

Итак, правый возвратный гортанный нерв крайне редко может быть поврежден при выделении пищевода, так как расположен в области купола плевры, на нижней поверхности правой подключичной артерии и хорошо визуализируется подплеврально. Повреждение левого возвратного нерва, огибающего дугу аорты, чаще происходит в трахеопищеводной борозде. Мы считаем, что диссекция пищевода по задней его стенке, между ним и позвоночником наименее травматична.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3.

2. Дворецкий С.Ю., Левченко Е.В., Карачун А.М., Хандогин Н.В. Минимально-инвазивная эзофагэктомия в хирургическом лечении рака пищевода. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2015;174(5):108-114.

3. Франтзайдес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия. Практическое руководство по применению лапароскопических и торакокопических технологий. СПб.: «Бином», Невский диагност, 2000.

ДИНАМИКА ИММУНОФЕНОТИПА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Хоров А.О., Грек Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) по-прежнему остается одной из наиболее часто встречающихся онкопатологий во многих странах мира, включая Республику Беларусь.

Рак молочной железы – это группа гетерогенных опухолей разных биологических подтипов, которые различаются по ответу на терапию и по прогнозу, что усложняет адекватное лечение. В наше время для выбора оптимальной лечебной тактики и адекватной медикаментозной терапии обязательным является установление иммунофенотипа опухоли. По рекомендациям American Society of Clinical Oncology для определения опухолевых маркеров при РМЖ от 2007 года необходимым считается определение уровня экспрессии эстрогеновых, прогестероновых рецепторов, наличие гиперэкспрессии/амплификации Her-2/neu и пролиферативного