

протеина-1, інтерлейкіна-6 в сыворотке крови. Аторвастатин снижал уровень хронического системного воспаления через 90 суток после инсульта в виде уменьшения концентрации С-реактивного протеина в крови. Прием аторвастатина не влиял на уровень лептина крови, но ассоциировался с достоверным увеличением уровня циркулирующего адипонектина на 10-е сутки после инсульта.

**Ключевые слова:** абдоминальное ожирение, лакунарный инсульт, аторвастатин, системное воспаление, лептин, адипонектин.

Статья надійшла 26.04.2013 р.

factor-1 and interleukin-6 levels). Atorvastatin treatment was associated with reduced level of chronic systemic inflammation on 90<sup>th</sup> post-stroke day (decreased C-reactive protein level). Atorvastatin use doesn't impact on leptin blood level, but was associated with significant increase in circulating adiponectin on 10<sup>th</sup> day after stroke.

**Key words:** abdominal obesity, lacunar stroke, atorvastatin, systemic inflammation, adiponectin, leptin.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК:617.7:311.313-007+615.2

М.И. Ковтун

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 им. проф. Л.А. Гиршмана»

## ИНФОРМАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МОДЕЛИ «БОЛЬНОЙ КАТАРАКТОЙ-ВРАЧ» В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представлен анализ роли информатизации здравоохранения в повышении качества оказания офтальмологической помощи больным катарактой. Показано, что результат лечения больного катарактой зависит не только от квалификации врача, его материально-технического обеспечения и использования современных технологий диагностики и лечения, но и от интервала времени между постановкой диагноза и обращением пациента за хирургической помощью, а также стадии заболевания. На основании анализа 600 анкет больных катарактой установлено, что в первый год после постановки диагноза за хирургической помощью обращается только 50% городских и 46% сельских больных. Почти половина пациентов обращается за хирургическим лечением на поздних стадиях заболевания, что не способствует получению высоких результатов. Для повышения качества оказания помощи больным катарактой необходимо широко информировать население о первых симптомах заболевания, оптимальных сроках обращения за хирургической помощью, особенностях течения и возможных осложнениях. При построении моделей «врач-пациент» необходимо учитывать не только современные возможности врачей и потребности пациентов, но и роль их информированности в повышении качества медицинской помощи.

**Ключевые слова:** информатизация, катаракта, модель «больной-врач», качество медицинской помощи.

*Работа выполнена в рамках реализации Глобальной программы по борьбе со слепотой «Зрение 2020: Право на зрение».*

В связи с широким внедрением информационных технологий в различные сферы деятельности особую актуальность приобретают научные исследования, посвященные организации медицинской помощи населению в условиях реформирования системы здравоохранения Украины [3,7,10,11,18]. Для эффективного реформирования отрасли значительные возможности представляют подходы, основанные на формализации управленческой и лечебной деятельности, позволяющие построить современные модели взаимоотношений в системах «врач-пациент» [1,19]. Поиск и нахождение соответствия целевых потребностей пациента с целевыми потребностями врача запускает механизм маркетинговой системы медицинских услуг, что особенно важно в условиях перехода на рыночные отношения во всех сферах жизни [12,13].

Современный подход к предоставлению медицинской помощи населению предполагает переход от количественных показателей оценки врачебной деятельности к оценке по конечному результату. Эта оценка должна включать не только медицинские, но и социальные аспекты, связанные с удовлетворенностью пациента полученным результатом и качеством его жизни [5,6].

Ключевым звеном реформирования системы оказания медицинской помощи населению Украины является информатизация. Задачей информатизации здравоохранения является создание единой медицинской информационной среды на базе современных информационных технологий, обеспечивающих информационную, системно-аналитическую и экспертную поддержку принятия решений во всех сферах деятельности здравоохранения [8,15,16]. В традиционном понимании информационная среда предназначена для организаторов здравоохранения и медицинских работников различных специальностей, а также специалистов, занятых обеспечением работы отрасли. Во многих случаях упускается тот факт, что пользователями медицинской информации являются и пациенты. Поэтому в процессе информатизации здравоохранения должны учитываться и их потребности, что может быть обеспечено путем создания соответствующих информационных ресурсов, не только на бумажных, но и на электронных носителях (Интернет, популярные и познавательные мультимедийные продукты); радио и телевизионных программ, соответствующей целевой литературы для пациентов по конкретным заболеваниям [14]. Многое из перечисленного уже осуществлено, что позволяет повысить информированность пациентов и избежать поздних обращений к специалистам при наличии различной патологии, а также сформировать правильные представления по целому ряду вопросов. Однако, существуют еще издания и программы, которые дают искаженную информацию, предлагают «народные» методы лечения, использование которых может приводит к потере пациентами драгоценного времени или осложнениям течения заболевания из-за несвоевременного или неадекватного лечения.

Важным звеном реформы системы здравоохранения Украины является реформа офтальмологической помощи населению, поскольку заболевания органа зрения имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Среди заболеваний органа зрения особое место занимает катаракта, что обусловлено, с

одной стороны, тенденцией к старению населения Украины, с другой – ростом заболеваемости катарактой [9,18]. Катаракта является одной из главных причин слепоты в странах третьего мира, где проживает большая часть населения Земли. С катарактой связано около половины от общего количества случаев слепоты в мире, что составляет в настоящее время около 18 млн. человек. В связи с общемировой тенденцией к старению населения, количество больных катарактой существенно возросло в течение последних десятилетий, еще более заметный рост заболеваемости прогнозируется в ближайшем будущем [9].

В свете задач реформирования системы оказания офтальмологической помощи населению предложена концептуальная модель ее построения [17]. В этой модели авторы предложили осуществлять повышение качества и эффективности офтальмологической медицинской помощи за счет четырех основных составляющих: структурной перестройки службы, кадрового обеспечения, материально-технического обеспечения и непрерывного повышения качества. Повышение качества предполагает внедрение системы контроля и индикаторов качества, локальных протоколов на уровне госпитальных округов и мотивации медицинских работников. К сожалению, в этой модели практически полностью отсутствуют вопросы информатизации офтальмологической службы, что в настоящее время играет одну из ключевых ролей в организации системы здравоохранения [8,14-16]. Вместо этого авторами предложена компьютеризация лечебных учреждений, которая не решает информационные проблемы не только руководителей здравоохранения и врачей, но и пациентов.

**Целью работы был** анализ роли информатизации в повышении качества оказания офтальмологической помощи больным катарактой.

**Материал и методы исследования.** Для оценки сроков обращения больных катарактой за хирургическим лечением и стадии заболевания нами, с использованием специально разработанной анкеты, были проанкетированы 600 пациентов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Современный подход к лечению катаракты, обеспечивающий высокое его качество, включает несколько основных моментов:

- сроки обращения пациента, отметившего снижение зрения, к офтальмологу;
- правильная постановка диагноза и направление пациента в соответствующее лечебное учреждение;
- время от момента выявления необходимости в хирургическом лечении до обращения пациента в лечебное учреждение за хирургической помощью;
- качество оказания хирургической помощи, зависящее от квалификации специалиста, знания им современных подходов к лечению катаракты и умения их реализовать, наличия соответствующих аппаратуры, инструментария, расходных материалов и лекарственных средств;
- течение послеоперационного периода, наличие осложнений, связанных, как с соматическим состоянием больного, так и с правильным его поведением и выполнением всех рекомендаций специалистов.

Таким образом, результат лечения больного катарактой определяется целым комплексом факторов, которые в той или иной степени связаны с информацией. Рассмотрим более детально роль информации в повышении эффективности медицинской помощи больным катарактой (рис.1). В представленной модели ядром является фрагмент маркетинговой системы взаимодействия «врач-больной» [19]. Этот фрагмент выделен на рис.1 пунктиром. Хороший результат взаимодействия «врач-больной» может быть получен только при наличии, как у врача, так и у больного соответствующего объема информации.

Прежде всего, пациент должен иметь определенные представления о катаракте, как серьезном заболевании, являющемся одной из причин обратимой слепоты. Успешность лечения катаракты зависит от ее стадии, поскольку современные технологии экстракции катаракты связаны с ультразвуковым дроблением хрусталика. Чем мягче хрусталик, тем меньше времени требуется на его разрушение и вымывание из глаза, соответственно, тем меньше будут травмированы окружающие ткани. Раньше, например при криоэкстракции катаракты, пациентам рекомендовали дожидаться полного помутнения хрусталика и после этого его удаляли [2,4]. При современных технологиях этого делать не нужно. К сожалению, многие пациенты имеют устаревшие представления о лечении катаракты, получают информацию не от специалистов, а от родственников, знакомых или соседей. Эта информация может быть не правильной или сильно устаревшей, что приводит к поздним обращениям за хирургическим лечением, усложняет операцию и снижает ее результаты.

Кроме того, если хирургическое лечение откладывается на долгие сроки, что может быть обусловлено не только неверной информацией, но и финансовыми возможностями пациентов результат хирургического лечения может снижаться. При несвоевременном обращении к специалистам катаракта может стать перезрелой и вызвать развитие различных осложнений, таких как факолитическая глаукома и факолитический иридоциклит, приводящий к тяжелой воспалительной реакции и гибели глаза [2, 4]. Таким образом, пациентам необходимо иметь информацию об особенностях течения и возможных осложнениях катаракты. Кроме того, финансовую помощь на лечение больные могут найти в различных фондах, для некоторых контингентов пациентов существуют определенные льготы. Для того, чтобы воспользоваться возможностью получения финансовой помощи или льготами необходимо иметь об этом информацию, которая, к сожалению, доступна не многим пациентам.

В настоящее время постоянно повышается уровень хирургии катаракты, появляются новые, все более совершенные фактоэмульсификаторы и фемтосекундные лазеры, многие фирмы разрабатывают инструментарий и медикаменты, позволяющие улучшить качество оказания помощи больным катарактой. Для врачей проводятся конференции, циклы усовершенствования, семинары, тематические круглые столы и другие мероприятия,

направленные на повышение профессионального уровня специалистов, ознакомление с новейшими технологиями диагностики и лечения катаракты. В специализированной литературе постоянно публикуются новые данные о результатах и особенностях применения современных технологий. В Интернете создано большое количество специализированных офтальмологических сайтов, на которых постоянно обновляется информация по вопросам хирургии катаракты. Все это позволяет значительно повысить качество оказания хирургической помощи больным катарактой и добиться высоких зрительных функций после операции.



Рис.1. Информационная составляющая модели «больной катарактой -врач».

Нами было проведено анкетирование 600 больных катарактой, обратившихся за хирургической помощью в городскую больницу, из них 71% были жителями города и 29% - села. Анализ полученной из анкет информации позволил установить, что в первый год после постановки диагноза за хирургической помощью обратились 50% городских больных и 46% сельских, в сроки от 1 до 3-х лет - 41% больных каждой из групп, в сроки от 3-х до 5-ти и более лет – остальные больные. Практически одинаковый уровень активности в отношении сроков

хирургического лечения городских и сельских больных позволяет косвенно судить о том, что они недостаточно информированы о характере течения заболевания и возможных последствиях позднего обращения.

Представляют интерес результаты оценки стадий заболевания, на которых пациенты обратились в стационар. Зрелая и перезрелая катаракта в момент обращения за хирургическим лечением была у 43% пациентов, у 46% была незрелая катаракта, у остальных - начальная. Таким образом, почти половина пациентов обратились за хирургическим лечением на поздних стадиях заболевания, что не способствует получению высоких результатов.

#### **Висновки**

1. При построении моделей «врач-пациент» необходимо учитывать не только современные возможности врачей и потребности пациентов, но и роль их информированности в повышении качества медицинской помощи.
2. Для повышения качества оказания помощи больным катарактой необходимо широко информировать население о первых симптомах, оптимальных сроках обращения за хирургической помощью, особенностях течения и возможных осложнениях заболевания. Для этого необходимы тематические телевизионные и радиопрограммы, которые будут носить просветительский, а не рекламный характер, публикации статей в средствах массовой информации, создание брошюр и памяток для пациентов.
3. Эффективная работа врачей-офтальмологов, имеющих высокую квалификацию и владеющих современными технологиями лечения катаракты, возможна только при своевременном обращении и соответствующем поведении пациентов, что может быть обеспечено за счет их правильной информированности.

*Перспективой дальнейших исследований является поиск путей повышения информированности населения об особенностях течения, оптимальных сроках лечения, современных технологиях и возможных осложнениях катаракты, что будет способствовать повышению эффективности медицинской помощи.*

#### **Література**

1. Агуреев И.Е. Анализ качества медицинской помощи как основа математического моделирования возможных управленческих решений/И.Е.Агуреев, Е.Е. Атлас// Успехи современного естествознания.-2011. - №11. – С.78-79.
2. Алексеев Б.Н. Эволюция катарактальной хирургии, экстрара - и интраокулярная коррекция афакии / Б.Н.Алексеев // Вестник Российской Академии медицинских наук, 2003.-№ 2.-С.4-8
3. Білінська М.М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України / М. М. Білінська. – К., 2006. – Посіб. № 12. – 50 с.
4. Веселовская З.Ф. Катаракта /З.Ф. Веселовская, М. И. Блюменталь, Н.Ф. Боброва. - Киев: Книга плюс, 2002.- 208 с.
5. Исакова И.А. Качество жизни офтальмологических больных как предмет интереса социологии медицины /И.А.Исакова, Т.Г.Ефремова//Институционализация социологии медицины: проблемы, методы, перспективы развития: материалы Интернет-конференции. – Новосибирск: НГМУ, 1-30 июня 2009 [Электронный ресурс]- Режим доступа: <http://hygeia.ru/content/institutsionalizatsiya-sotsiologii-meditsiny-problemy-metody-perspektivy-razvitiya-2009>.
6. Исакова И.А. Применение социологических методов исследования качества жизни больных в офтальмологии. Волгоград. Изд-во ВолГМУ. 2008 – 40с.
7. Кондратюк Н. Ю. До шляхів реформування стаціонарної медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, М. В. Шемечко, Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 84–87.
8. Концепція удосконалення інформаційної служби охорони здоров'я м. Києва / В. В. Загородній, Н. І. Власенко, О. С. Коваленко [та ін.] // Інформ. забезпечення охорони здоров'я в єдиному мед. просторі столиці держави : матеріали наук.-практ. конф., 10-11 груд. 1998 р. – К., 1998. – С. 11–14.
9. Корсакова Н.В. Современные аспекты патогенеза возрастной катаракты человека (обзор литературы)/ Корсакова Н.В., Паштаев Н.П., Сергеева В.Е., Поздеева Н.А// Офтальмохирургия . – 2012. - №2. – С.82-85.
10. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку / Н. П. Кризина. – К., 2007. – 224 с.
11. Кризина Н.П. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення України / Н.П. Кризина // Зб. наук. пр. НАДУ. – К., 2006. – Вип. 1. – С. 305–313.
12. Медико-экономические аспекты медицинской помощи в офтальмологии. Формализация, стандартизация медицинских услуг / А.Г. Заболотный, С.Н. Сахнов, В.И. Калининченко, И.Г. Кузнецова // Бюл. СО РАМН. - 2004. - Приложение № 1. - С. 40-44.
13. Модели медицинских офтальмологических услуг - основа для повышения качества офтальмологической помощи / В.И. Калининченко, С.Н. Сахнов, А.Г. Заболотный // Новые технологии в управлении, бизнесе и праве: Труды IV международной конференции / НФ ИУБиП, Невинномысск, 2004. - С. 94-97.
14. Подоляка В.Л. Інформованість пацієнтів як засіб підвищення соціальної ефективності стаціонарної медичної допомоги / В.Л.Подоляка // Весник гігієни та епідеміології. — 2004. — № 2. — С. 195–198.
15. Пономаренко В. М. Основи державної політики розвитку інформатизації системи охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко, Н. М. Лещук // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2006. – № 1. – С. 109–111
16. Романюк Л. М. Інформаційне забезпечення управління стаціонарною допомогою / Л. М. Романюк // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 67–70.
17. Слабкий Г.О. Оптимізована функціонально-організаційна система спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я / Г.О.Слабкий Г.О., С.В.Збітнева //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. -№4(54). –С.42-50.
18. Сліпота та слабзорість. Шляхи профілактики в Україні/Науково-методичне видання //За редакцією проф. Рикова С.О.- К.:ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. -268 с.
19. Тогунов И.А. Маркетинг: философия моделирования / И.А.Тогунов. - Владимир, 1999. – 172 с.

#### **Реферат**

**ІНФОРМАЦІЙНА СКЛАДОВА МОДЕЛІ «ХВОРИЙ НА КАТАРАКТУ-ЛІКАР» В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**Ковтун М.І.**

Представлено аналіз ролі інформатизації охорони здоров'я в підвищенні якості надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту. Показано, що результат лікування хворого на катаракту

**INFORMATION CONSTITUENT OF "CATARACT PATIENT – DOCTOR" MODEL UNDER CONDITIONS OF PUBLIC HEALTH CARE SERVICES REFORMATION**  
**Kovtun M. I.**

Analysis of healthcare informatization in the quality of ophthalmological treatment of cataract patients has been provided. It was shown, that the result of cataract patient treatment depends not

залежить не тільки від кваліфікації лікаря, його матеріально-технічного забезпечення та використання сучасних технологій діагностики та лікування, а й від інтервалу часу між постановкою діагнозу та зверненням пацієнта за хірургічною допомогою, а також стадії захворювання. На підставі аналізу 600 анкет хворих на катаракту встановлено, що в перший рік після постановки діагнозу за хірургічною допомогою звертається тільки 50% міських і 46% сільських хворих. Майже половина пацієнтів звертається за хірургічним лікуванням на пізніх стадіях захворювання, що не сприяє отриманню високих результатів. Для підвищення якості надання допомоги хворим катарактою необхідно широко інформувати населення про перші симптоми захворювання, оптимальні строки звернення за хірургічною допомогою, особливості перебігу та можливі ускладнення. При побудові моделі «лікар-пацієнт» необхідно враховувати не тільки сучасні можливості лікарів і потреби пацієнтів, але і роль їх інформованості в підвищенні якості медичної допомоги.

**Ключові слова:** інформатизація, катаракта, модель «хворий-лікар», якість медичної допомоги.

Стаття надійшла 4.05 2013 р.

only on doctor qualification, his material and technical provision and use of modern technologies of diagnostic and treatment, but also on the time interval between the patient is being diagnosed and time of surgical recourse, as well as on the stage of the disease itself. Based on analysis of 600 questionnaires of cataract patients, it has been established that during the first year after the patient is being diagnosed, only 50 % of the city and 46 % of country inhabitants are calling for surgical help. Almost a half of patients are asking for surgical treatment on the late stages of disease, that won't lead to higher results. For the increase of quality of medical care for cataract patients, it is essential to openly inform people about first symptoms of the disease, optimal terms of surgical help receiving, and peculiarities of disease flow and possible complications. While building “doctor-patient” model we need to take into account not only doctors' modern resources and needs of patients, but doctor's awareness of his role in the increasing of medical care quality.

**Key words:** informatization, cataract, “patient-doctor model”, quality of medical treatment.

Рецензент Катеринчук І.П.

УДК: 616.441-076.4:575.113

М.С. Кротевич, Гузь О.О., В.Т. Хонерія

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, м. Київ

## ВИЯВЛЕННЯ МУТАЦІЇ BRAF V600E ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ТАПБ ВУЗЛІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мутація BRAF є специфічною для папілярного раку (ПР) щитовидної залози (ЩЗ) і корелює з інвазивністю. Визначення BRAF-мутації при проведенні тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) може підвищити точність цитологічного діагнозу у пацієнтів з вузловим зобом. Метою цього дослідження була оцінка можливості визначення BRAF-мутації на стандартно забарвлених цитологічних препаратах ТАПБ. Матеріалом для дослідження послужили 134 цитологічних препарати ТАПБ вузлів ЩЗ, забарвлених за методом Май-Грюнвальда-Гімза. З них за результатами цитологічного аналізу підозрілі і злоякісні склали 30 і 104 випадків відповідно. Після проведення патогістологічного дослідження доброякісні пухлини склали 10, а злоякісні - 124 випадки. У випадках з підозрілими цитологічними висновками ТАПБ BRAF-мутація була виявлена у 2/30 (6%) пацієнтів (2 ПРЩЖ). У випадках злоякісних ТАПБ BRAF-мутацію виявили у 47/104 (45,2%) хворих. Визначено значна кореляція мутації BRAF у цитологічних препаратах ТАПБ пухлин з ознаками екстраорганніе інвазії і метастазами в лімфатичних вузлах. Таким чином, стандартно пофарбовані цитологічні препарати ТАПБ вузлів ЩЗ можна використовувати для виділення ДНК і оцінки мутації BRAF. Визначення даної мутації має обмежене значення в діагностиці злоякісності у випадках підозрілих ТАПБ. У випадках злоякісних ТАПБ виявлення мутації BRAF може бути корисним доповненням для визначення пухлин з високим ризиком екстраорганніе інвазії і метастазів у передопераційний період.

**Ключові слова:** папілярний рак, BRAF-мутація, тонкоігольна аспіраційна пункційна біопсія.

*Робота являється фрагментом науково-дослідної роботи «Уніфікація та стандартизація методів морфологічної діагностики ендокринної системи» (№ державної реєстрації 0111U004094).*

Папілярний рак (ПР) щитоподібної залози (ЩЗ) є найпоширенішою формою злоякісних пухлин залози і складає понад 80% усіх випадків раку органа [12,21]. Більшість пацієнтів із ПР ефективно піддаються стандартній схемі лікування (тиреоедектомія та радіоїодтерапія), але у 20% хворих розвиваються рецидиви хвороби [5, 8-11, 17]. Обсяг первинної операції у лікуванні ПР значною мірою впливає на поопераційний прогноз. Наприклад, тиреоїдектомія, на відміну від лобектомії, сприяє зменшенню ризику пролонгації/рецидиву хвороби та смерті. З іншого боку, з тиреоїдектомією пов'язано підвищений ризик хірургічних ускладнень. Загально визнано, що дисекція ший з видаленням макроскопічно видимих метастазів зменшує ризик рецидиву ПР, проте профілактична центральна дисекція супроводжується більшим ризиком ускладнень, тому необхідність її проведення залишається дискусійною. Ці протиріччя значною мірою обумовлено неточністю в оцінці ризику агресивності раку щитоподібної залози (РЩЗ) на підставі клінічних даних у передопераційний період.

Наразі тонкоігольова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) вважається найбільш ефективним методом для морфологічної діагностики вузлових утворень ЩЗ. У більшості установ ТАПБ успішно застосовується як метод скринінгу вузлів ЩЗ, що вимагають хірургічного втручання [10]. Традиційно результати ТАПБ поділяють на чотири категорії: неінформативні, доброякісні, сумнівні та злоякісні. Ефективність даного методу для діагностики доброякісних і злоякісних випадків є досить високою. У сумнівних випадках ТАПБ діагноз раку за даними остаточного патогістологічного дослідження виставляється у 10-60% випадків [8]. Водночас можливості ТАПБ в оцінці агресивності ПРЩЗ (екстраорганніе інвазії, метастази у лімфовузлах, стадія пухлини, агресивний гістологічний підтип) часто є обмеженими.

Передопераційне ультразвукове дослідження (УЗД) лімфатичних вузлів ший рекомендовано для всіх пацієнтів із злоякісними цитологічними висновками ТАПБ. Підозрілі лімфатичні вузли виявляються у 20-31% таких випадків, що обумовлює зміну обсягу хірургічного втручання у 20% пацієнтів. У передопераційний період визначаються лише 50% лімфатичних вузлів, решта виявляються у ході операції [1]. Очевидно, що існує