

УДК 616.711-007.55-07-053.3

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ АСИММЕТРИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ОСАНКИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ У ЗДОРОВЫХ СУБЪЕКТОВ

М.Е. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ\*, А.Ю. ГОЛДЫРЕВ\*, Н.С. ПОСТНОВА\*, В.Е. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ\*\*

Нейропсихологические исследования неоднозначно оценивают вклад левого и правого полушария большого мозга в формировании индивидуального профиля асимметрии, который представляет собой разнообразное сочетание двигательных, зрительных, слуховых и других функций контралатеральных полушарий мозга [1–4]. Профиль асимметрии определяет морфологические асимметрии тела [5]. Логично представить, что профиль асимметрии влияет на формирование осанки здорового человека.

**Цель исследования** – выявление связей индивидуального профиля асимметрии с физиологическими вариантами осанки во фронтальной плоскости здорового взрослого человека явилось

**Материал и методы.** Исследование проводилось на субъектах без патологии осанки (по данным вертебролога) в возрасте от 16 до 28 лет в количестве 457 чел., из которых 241 чел. (52,70%) – лица женского пола, а 206 чел. (47,30%) – мужского. Профиль асимметрии определялся с помощью стандартных нейропсихологических тестов [5], с выделением ведущих: руки, ноги, глаза и уха у субъектов с физиологическими вариантами осанки во фронтальной плоскости [6]. Фронтальная асимметрия осанки оценивалась по качественным параметрам: разница в высоте стояния плеч, лопаток и наклона таза оценивалась с помощью антропометрического циркуля с ватерпасом; дополнительно оценивался наклон таза по: а) высоте стояния верхнезадних подвздошных остей; б) наклону в сторону ромба Михаэлиса. Клиническая регистрация фронтальных изгибов позвоночника фиксировалась по отвесу (лоту) и методом Адамса [7]. Обработка данных велась с помощью t-критерия Стьюдента [8–9].

**Результаты.** Изучены виды физиологической осанки во фронтальной плоскости у 457 здоровых лиц. По частоте встречаемости выделены 4 группы с достоверно разными вариантами осанки: I вариант встречался у 299 чел. (65,40%)<sup>1</sup>; II – у 89 чел. (19,44%)<sup>2</sup>; III – у 49 чел. (10,65%)<sup>2</sup>; IV – у 20 чел. (4,17%)<sup>2</sup>. У обследуемых путем нейропсихологических тестов [5] изучался индивидуальный профиль асимметрии по 4 позициям с выделением ведущих: руки, ноги, глаза, уха. Всего у обследуемых выявлено 16 индивидуальных профилей асимметрии с ведущими:

1. ПППП – правая рука, правая нога, правый глаз, правое ухо;
2. ЛППП – левая рука, правая нога, правый глаз, правое ухо;
3. ПЛПП – правая рука, левая нога, правый глаз, правое ухо;
4. ППЛП – правая рука, правая нога, левый глаз, правое ухо;
5. ПППЛ – правая рука, правая нога, правый глаз, левое ухо;
6. ЛЛПП – левая рука, левая нога, правый глаз, правое ухо;
7. ПЛЛП – правая рука, левая нога, левый глаз, правое ухо;
8. ПЛЛЛ – правая рука, правая нога, левый глаз, левое ухо;
9. ПЛЛЛ – правая рука, левая нога, левый глаз, левое ухо;
10. ЛЛЛП – левая рука, левая нога, левый глаз, правое ухо;
11. ЛЛЛЛ – левая рука, левая нога, левый глаз, левое ухо;
12. ЛЛПЛ – левая рука, правая нога, левый глаз, правое ухо;
13. ПЛПЛ – правая рука, левая нога, правый глаз, левое ухо;
14. ЛПЛЛ – левая рука, правая нога, левый глаз, левое ухо;
15. ЛЛПЛ – левая рука, левая нога, правый глаз, левое ухо;
16. ЛППЛ – левая рука, правая нога, правый глаз, левое ухо.

Была определена частота встречаемости и сочетание индивидуальных профилей асимметрии у лиц с разными вариантами осанки. У 299 человек с I вариантом осанки (65,40%) наиболее часто распространены профили с ведущими: ПППП (28,57%), при  $p < 0,05^*$  – правая рука, нога, глаз, ухо; ПЛПП (19,05%), при  $p < 0,05^*$  – правая рука, левая нога, правый глаз, ухо. Иные варианты профилей встречались статистически недостоверно. (II – 28, Л – 16) – значительное преобладание правых ведущих позиций.

Из 89 чел. со II вариантом осанки (19,44%) выявлены профили с ведущими: ПППП (31,25%), при  $p < 0,05^*$  – правая рука, нога, глаз, ухо; ПЛПП (18,75%), при  $p < 0,05^*$  – правая рука, левая

нога, глаз, ухо. (II – 24, Л – 16) – отмечалось снижение общего количества правых ведущих позиций, а в процентах увеличение для 31, 25%. Из 49 чел. с III вариантом осанки (10,65%) выявлены профили с ведущими: ПЛЛП (24,26%), при  $p < 0,05^*$  – левой ногой и глазом; ЛППП (20,18%), при  $p < 0,05^*$  – левой рукой; ЛЛПП (12,10%), при  $p < 0,05^*$  – левой рукой и ногой; ПЛПП (11,15%), при  $p < 0,05^*$  – профиль с левой рукой; ПЛЛП (10,08%), при  $p < 0,05^*$  – профиль с левым глазом. (II – 14, Л – 12) – отмечалось снижение общего количества левых ведущих позиций. Из 20 человек с IV вариантом осанки (4,17%), выявлены профили с ведущими как правыми, так и левыми позициями без достоверных отличий, при  $p < 0,05$ . ПППП (14, 29%), ПППЛ (14, 29%), ЛЛПП (14, 29%), ПЛЛП (14, 29%), ПЛЛЛ (14, 29%), ЛЛЛЛ (14, 29%), ЛЛПЛ (14, 29%). (II – 14, Л – 14) – отмечено выравнивание количества правых и левых ведущих позиций.

**Выводы.** Формирование физиологических вариантов осанки происходит при участии профиля асимметрии. Типы осанки формируются доминированием правого или левого профилей асимметрии головного мозга. Значительная доля здоровых взрослых лиц (не менее 85%) имело отклонение ромба Михаэлиса влево с преобладанием правых профилей асимметрии.

Отклонению ромба Михаэлиса вправо (15% обследованных) соответствует равная доля правых и левых ведущих позиций. В 95% физиологических вариантов осанок во фронтальной плоскости достоверно, при  $p < 0,05$  преобладают индивидуальные профили асимметрии с ведущими правыми позициями. От I к IV варианту осанки достоверно, при  $p < 0,05$  уменьшалась частота регистрации индивидуальных профилей асимметрии с ведущими правыми и нарастала, при  $p < 0,05$  частота индивидуальных профилей асимметрии с ведущими левыми позициями. Разнообразие профилей асимметрии уменьшается от I к IV типу осанки.

Рост доли левых профильных позиций I–IV вариантов осанки способствует формированию типа осанки, создающего нерациональные условия для функционирования опорно-двигательного аппарата с вероятностью возникновения патологических изменений в нем на фоне большого количества изгибов.

Литература

1. *Нейропсихология* / Под ред. Е.Д. Хомской.– М.: МГУ, 2003.
2. *Нейропсихология сегодня* / Под ред. Е.Д. Хомской.– М.: МГУ, 1995.
3. *Лурия А.Р., Симерницкая Э.Г.* О функциональном взаимодействии полушарий головного мозга в организации вербально - мнестических функций // Физиология человека, 1975.– № 3.
4. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии.– М.: МГУ, 1973.
5. *Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональные асимметрии человека.– М.: Медицина, 1981.
6. *Голдырев А.Ю. и др.* // ВНМТ.– 2000.– № 1.– С. 88–90.
7. *Шулутко Л.И.* Боковое искривление позвоночника у детей.– Казань, 1968.– С. 19–37.
8. *Стентон Гланц.* Медико-биологическая статистика.– М.: Практика, 1999.– С.148–191
9. *Юнкеров В., Григорьев С.* Математико-статистическая обработка данных мед/ исследований.–СПб: ВМА, 2002.– С.37.

УДК 611-018.4

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТРОНИЛОМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

О. С. АВДЕЕВА\*, Е. А. БЕЛЯЕВА\*, Т. Н. ЕВЛАНОВА\*\*, О. П. НОВИКОВА\*\*\*, Н. А. САВЕНКОВА\*\*, И. А. ФЕДОРИЩЕВ#, О. Н. БОРИСОВА\*, Т. А. ЮНИНА\*\*

Остеоартроз (по международной классификации – остеоартрит) определяется как гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондрального участка кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периапти-

\* Омский гуманитарный институт

\*\* МУЗ ЦРБ г. Мытищи, Московская область

\*\*\* – значения показателей для физиологических вариантов осанки во фронтальной плоскости здоровых взрослых субъектов при  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,0001$  (интервальные оценки – для 95% доверительного интервала).

\* Кафедра внутренних болезней ТулГУ

\*\* Городской ревматологический центр, МУЗ ГБ № 4

# МУЗ ГО «ГОБ»

# ООО «АМЗО Групп»

кулярных мышц [1]. Остеоартроз – распространенное ревматологическое заболевание, им страдает 20% населения земного шара. Заболеваемость составляет 8,2:100 000 населения. Рентгенологические признаки заболевания определяются у 50% населения в возрасте >55 лет и у 80% >75 лет. Хотя заболевание не приводит к смертельным исходам, оно ухудшает качество жизни пациентов за счет прогрессирующего болевого синдрома и функциональных нарушений. Социальная значимость заболевания определяется высоким процентом инвалидности пациентов. Механизмы возникновения боли при остеоартрозе связаны с воспалением, нарушением биомеханики сустава, наличием мышечных спазмов и присоединением психосоматических расстройств.

Остеоартроз подразделяется на первичный (идиопатический) и вторичный, развивающийся из-за травм, врожденных аномалий развития скелета и приобретенных заболеваний. Морфологические признаки остеоартроза в хряще: отек матрикса, уменьшение количества протеогликанов, апоптоз, некроз хондроцитов, скопление протеогликанов вокруг хондроцитов, активная кальцификация, в кости происходит активация костного ремоделирования и увеличение минерализации, прорастание капилляров в субхондральную основу, что ведет к трещинам суставной основы, увеличивая количество синовиальной жидкости, идет облитерация сосудов и формирование лимфоидных фолликулов из-за проникновения лимфоцитов и клеток плазмы [2].

Патоморфологические и патофизиологические особенности заболевания диктуют основные цели лечения: уменьшение боли, улучшение функционального состояния суставов и предотвращение дальнейшего разрушения суставного хряща. Одним из перспективных направлений терапии остеоартроза становится внутрисуставное введение производных гиалуроната, которые служат для замещения и восполнения синовиальной жидкости при артрозе. Они способны уменьшать боль и улучшать подвижность сустава на восемь и более месяцев. Эффективность этой группы препаратов доказана многочисленными исследованиями. Они способствуют улучшению функционального состояния при минимальном количестве побочных эффектов. Существует одно клиническое исследование, которое демонстрирует уменьшение степени структурных повреждений сустава по данным артроскопии после годичного курса лечения производными гиалуроната [1]. Предполагается, что механизм действия этих препаратов связан с ингибированием цитокинов и простагландинов, следствием чего является подавление локального воспаления.

В связи с неузученностью проблемы локальной терапии остеоартроза производными гиалурононовой кислоты было предпринято настоящее клиническое исследование.

**Материал и методы.** В исследование были включены пациенты с первичным и вторичным остеоартрозом коленных суставов в возрасте от 50 до 81 года, из них 4 мужчины, остальные женщины. Было проанализировано 40 клинических случаев гонартроза. Критерием включения в исследование стал достоверный диагноз гонартроза, подтвержденный рентгенологически. Преобладали больные со II и III рентгенологическими стадиями гонартроза по Келлгрэну – Лоуренсу. На первичный остеоартроз приходится 12 случаев, на вторичный на фоне ревматоидного артрита и посттравматический – 28 случаев. У пациентов с ревматоидным артритом на момент проведения внутрисуставной терапии уровень СОЭ не превышал 25 мм/ч, показатели СРБ соответствовали норме. Критериями исключения из исследования были: IV рентгенологическая стадия остеоартроза по Келлгрэну – Лоуренсу, воспалительные изменения и выпот в суставах и применение внутрисуставного введения любых препаратов позднее, чем за 4 недели до начала внутрисуставного введения препарата гиалурононовой кислоты, а также аллергия на куриный белок.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечалась артериальная гипертензия – 30 случаев (75%). В 6 случаях (15%) пациенты имели сахарный диабет II типа без инсулинпотребности. Все пациенты получали препарат «Артронил», относящийся к группе высокомолекулярных производных гиалурононовой кислоты. Артронил является отечественным аналогом препарата Синвиск (США), изготавливается из натурального сырья (гребней птиц) методом молекулярного фракционирования для удаления низкомолекулярной составляющей и создания квази-сшивков. Выпускается в виде шприца с 2 и 4 мл препарата. Артронил представляет собой гель с pH 6,8-7,2 и концентрацией гиалуроната – 1%, молекулярной массой > 3,0 млн ДА, вязкостью 500 мПа·с, Т деградациии 150 ч. Схема лечения одинакова для всех: три после-

довательных введения артронила в разовой дозе 2 мл в каждый коленный сустав с интервалом в 7 дней. Допускалось введение препарата в один день в оба коленных сустава путем верхнелатерального и переднего доступа к коленному суставу.

Оценивались следующие параметры: общий индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) и альгофункциональный индекс Lequesne. Индекс WOMAC – это опросник для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли (в покое и при ходьбе), скованности и функциональной недостаточности в повседневной деятельности. Оценка проводится по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) в сантиметрах от 0 (нет симптомов) до 10 (максимальная выраженность симптомов), затем все показатели суммируются. Индекс Lequesne включает оценку боли в покое и при ходьбе, максимально проходимого расстояния и повседневной активности. Бальная оценка каждого вопроса суммируется и составляет счет тяжести заболевания. Счет в пределах 1-4 классифицируется как легкий, 5-7 как умеренный, 8-10 – тяжелый, 11-13 – очень тяжелый, 14 – крайне тяжелый остеоартроз [3].

Оценку клинических параметров проводили до начала внутрисуставного введения артронила и после его окончания.

**Результаты.** Исследование не было завершено в двух случаях (5%) в связи с развитием клинически выраженного синовита и появлением болевого синдрома. В одном случае потребность в прерывании курса терапии возникла после первой, во втором случае – после второй инъекции. Оба случая зарегистрированы у пациентов с вторичным гонартрозом III рентгенологической стадии на фоне ревматоидного артрита. артронил в этих двух случаях вводился верхнелатеральным доступом. В 4-х случаях (10%) в день введения отмечался болевой синдром и быстро регрессировавший незначительный синовиальный выпот, не требующие прерывания лечения. Доступ для введения препарата в этих случаях также был верхнелатеральным. При введении артронила передним доступом болевого синдрома и синовита зарегистрировано не было. Индекс Lequesne, определяемый до начала лечения у всех пациентов, был более 12 баллов, что соответствует резко выраженной степени тяжести остеоартроза. Значения индекса Lequesne в данной выборке до введения артронила колебались от 17 до 28 баллов ( $M(\sigma) = 23,2 \pm 4,74$ ). Таким образом, особенность данного исследования заключается в использовании препарата Артронил у пациентов с максимально выраженной степенью тяжести остеоартроза. Обычно, данная категория больных резистентна к проводимой терапии и имеет потребность в постоянном приеме анальгетических препаратов. Все обследованные принимали НПВС либо комбинированные анальгетические препараты, содержащие ацетаминофен (парацетамол) и коденин, в непостоянном режиме. После лечения отмечено снижение индекса, которые расположились в интервале от 8 до 18 баллов ( $M(\sigma) = 14,4 \pm 3,38$ ). Таким образом, на фоне терапии отмечено снижение альгофункционального индекса более чем на 60%. При расчете индекса WOMAC до начала введения артронила и после третьей инъекции были получены результаты, указанные в табл. 1.

Таблица 1

Индекс WOMAC

Признак	До лечения	После лечения
Боль	55,9	36,2
Ограничение подвижности сустава	70,2	52,4
Затруднения в выполнении повседневной деятельности	68,8	43,9

Эти данные наглядно демонстрируют улучшение субъективного самочувствия, уменьшение болевого синдрома, расширение объема движений в суставах и улучшение качества жизни пациентов после окончания курса внутрисуставной терапии.

Кроме оценки клинических критериев эффективности применения артронила, у 5 пациентов с ревматоидным артритом, проведено цитологическое исследование синовиальной жидкости до и после введения препарата. До начала введения артронила в синовиальной жидкости выявлялись единичные лимфоциты, гистиоциты, макрофаги. После второй инъекции артронила количество лимфоцитов уменьшалось, было отмечено появление единичных синовиоцитов. Эти изменения могут быть признаком стимуляции метаболизма хондроцитов и синовиоцитов и требуют дальнейших исследований и интерпретации.

Таблица 2

Субъективное мнение пациентов о результатах лечения

Оценка больного,%	Остеоартроз, n=12	Ревматоидный артрит, n=28
Отличный результат	83,3	
Очень хороший результат	16,7	7,15
Хороший результат		85,7
Нет данных		7,15

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о целесообразности применения препарата «Артронил» у пациентов с гонартрозом II и III рентгенологической стадии, соответствующим клинически резко выраженной степени тяжести. Предпочтительным является введение препарата в коленный сустав передним доступом. Применение артронила не требует ограничения или отмены пероральной противовоспалительной фармакотерапии. В исследовании продемонстрирована отличная и хорошая переносимость данного вида лечения у пациентов не только с первичным гонартрозом, но и с вторичными формами, развившимися на фоне системного воспалительного заболевания суставов (ревматоидного артрита). Ни в одном случае введение артронила не ассоциировалось с повышением лабораторной активности и развитием артритов у больных с ревматоидным артритом. Ни у одного пациента не было аллергических проявлений, переносимость лечения оценивалась как хорошая и отличная в 85% случаев. К моменту окончания лечения пациенты с первичным гонартрозом смогли уменьшить дозу нестероидных противовоспалительных препаратов более чем на 50% или совсем отказались от них. Обследованные отметили расширение функциональных возможностей и повышение двигательной активности.

**Литература**

1. *Клинические рекомендации. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеoarтритом коленных и тазобедренных суставов*/ под ред. О.М. Лесняк. – М. ГЭОТАР- Медиа, 2006. – С. 6.  
 2. *Kenneth D. B. et al. Lohmander Osteoarthritis, OXFORD University press, second edition.*– 2003.– № 1–7.– P.74–99.  
 3. *Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова.*– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.– 288 с.  
 4. *Цурко, В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии.*– М.: Ньюдиамед, 2004.– 136 с.

УДК 616.441-006.5

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Е.А.АЛЕКСАНДРОВА, А.А.НЕЛАЕВА, В.Г.ПЕТРОВ\*

Узловой зоб является распространенной патологией и ставит клиническую проблему. Анализ литературы показывает, что распространенность узловых образований щитовидной железы (ЩЖ) по данным УЗИ и биопсии составляет 5,1-72% [9, 13, 14]. К 90 годам на аутопсии узловые образования в тиреоидной ткани обнаруживаются у 85% женщин и 65% мужчин [1].

Узловой зоб является основной патологией ЩЖ, с которой приходится сталкиваться хирургу. Частота узловых зобов среди всех больных с патологией ЩЖ, поступающих в хирургическую клинику, варьирует от 42 до 98%. Единого мнения среди исследователей по многим вопросам диагностики и лечебной тактики при обнаружении узлового образования не существует. Это касается показаний к оперативному лечению. Большинство отечественных исследователей настаивают на обязательном проведении оперативного вмешательства при обнаружении узла в ЩЖ [3–4, 7–8]. Эта позиция обусловлена вероятностью наличия рака. Частота обнаружения рака ЩЖ среди всех узловых образований незначительна. По данным обзора, в котором был произведен мета-анализ большого числа эпидемиологических исследований, вероятность рака в пальпируемом узловом образовании варьируется от 0,45% до 13%, что составляет 3,9±4,1% [15]. А потому

оперативное вмешательство по поводу узлового зоба, обоснованное лишь боязнью пропустить рак ЩЖ, И.И. Дедов и соавт. (2002) [5] сравнивают с «поиском иголки в стоге сена».

Ни один из существующих методов обследования не может точно определить, есть рак или нет. Существовавшее ранее мнение о том, что подозрительными на рак являются «холодные» узлы, в настоящее время подвергается сомнению, поскольку есть данные, подтверждающие, что и раковые опухоли способны накапливать препараты, т.е. быть «горячими» [2, 6]. УЗИ также не всегда дает представления о природе узла [12]. Онкологическая опасность одиночного узла и множественных узловых образований тиреоидной ткани примерно одинакова [10]. Поэтому у каждого пациента с узловой патологией ЩЖ необходимо учитывать клинические проявления, которые в большинстве случаев помогут безошибочно определиться с тактикой лечения. Отбор больных с узловым зобом на операцию. на основе клинической оценки и факторов риска является весьма успешным, поскольку позволяет идентифицировать большинство опухолевых образований [11].

**Целью** – разработка дифференцированного отбора пациентов с узловой патологией ЩЖ на оперативное лечение.

**Материалы и методы исследования.** С целью оптимизации отбора пациентов с узловой патологией ЩЖ на оперативное лечение нами разработана и внедрена балльная система оценки наиболее важных характеристик узла – «Шкала риска влияния узла на качество жизни». Она проста в использовании и наглядна, что позволило внедрить ее в клинику. Применение «Шкалы...» позволяет врачу при большом потоке пациентов с узловыми образованиями в ЩЖ безошибочно определиться в тактике.

В «Шкале...» нами предлагается учитывать такие признаки узла, как его морфологическая характеристика по результату тонкоигольной аспирационной биопсии, его размер, темп роста, наличие или отсутствие объективно доказанных симптомов компрессии тканей и органов, прилежащих к ЩЖ. Кроме того, для полноты картины проводится учет пола и возраста пациента.

Каждый критерий имеет балльную оценку от 0 до 3. С увеличением числа баллов возрастает вероятность достоверного ухудшения качества жизни при наличии данного узлового образования в ЩЖ конкретного пациента. К признакам, имеющим абсолютное значение для снижения качества жизни, относятся цитологически установленный рак ЩЖ, наличие симптомов компрессии. Этим критериям присвоено максимальное количество баллов – 3. Признаки узла, которые на момент осмотра не влияют на качество жизни пациента, но с большой степенью вероятности могут привести к этому, имеют оценку 2. Признаки, которые сами по себе не влияют на качество жизни пациента, но их необходимо учитывать в совокупности с другими признаками, имеют оценку 1. Признаки узла, влияние которых на качество жизни пациента минимально, имеют оценку 0.

Данная система балльной оценки приведена в табл. 1.

Таблица 1

**Шкала риска влияния узла на качество жизни**

Характеристика узлового образования или пациента, у которого обнаружен узел	Баллы	
Данные тонкоигольной аспирационной биопсии	Рак	3
	Фолликулярная опухоль	1
	Узловой коллоидный зоб	0
Размер узла	Более 3 см	2
	2-3 см	1
	1-2 см	0
Темп роста узла	Быстрый	1
	Медленный или отсутствует	0
Наличие симптомов компрессии тканей и органов шеи	Есть	3
	Отсутствуют	0
Пол пациента	Мужской	1
	Женский	0
Возраст пациента	До 20 лет	1
	Старше 20 лет	0

При общем количестве баллов 3 имеются абсолютные показания к оперативному вмешательству. После обследования на предмет сопутствующей соматической патологии, пациент направляется нами на оперативное вмешательство. Если у пациента имеется выраженная сопутствующая соматическая патология, то оперативное вмешательство откладывается до ее полной компенсации. При общем количестве баллов 2, абсолютных показаний к

\* Эндокринологический диспансер (г. Тюмень, ул. Широтная, 99, т. (3452) 33-07-54), ОКБ №2 (г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75, т. (3452) 28-70-80)