

процесс при повторных операциях, большие размеры удаляемой железы, интраоперационное кровотечение), ТО дифференцировался в неоднородном ложе ЩЖ значительно хуже. У 90 % больных в зоне операции определялся выраженный отек тканей, ТО неоднородной структуры, пониженной экзогенности. При изучении объема ТО его средний объем, с одной стороны, составил $1,66 \pm 0,2 \text{ см}^3$. Согласно результатам гистологического исследования наблюдалось примерно равное количество микро-макрофолликулярной аденомы — 12 (40 %) и узлового нетоксического зоба — 9 (30 %). Картина диффузно-узлового токсического зоба была обнаружена в 6 (20,5 %) случаях, в одном случае — в сочетании с очагом папиллярного рака; фолликулярная аденома с эмбриональным (трабекулярным) строением — 1 (3,5 %), кистозно-узловой зоб с папиллярной аденомой в кисте — 1 (3,5 %), папиллярный рак — 1 (3,5 %). Не было выявлено закономерности между длительностью заболевания, приемом лекарственных препаратов и гистологической картиной удаленной железы. В частности, гиалиноз стромы и разрастания соединительной ткани могли наблюдаться как у больных, болеющих 1 год, так и не выявлялись у болеющих в течение 10 лет. Кровоизлияния в ткани ЩЖ (3 случая) были отмечены при больших размерах зоба — IV ст.

Выводы

1. В раннем послеоперационном периоде ТО находится в состоянии выраженного послеоперационного отека, вследствие чего, его истинные размеры не соответствуют данным УЗИ. 2. Средний объем ТО, с одной стороны, составил $1,66 \pm 0,2 \text{ см}^3$.

Таким образом, одним из прогностических факторов улучшения результатов хирургического лечения является состояние тиреоидного остатка. Пациентам после проведенной операции необходимо изучение морфофункционального состояния ТО для послеоперационной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическая эндокринология: рук-во / под ред. А. П. Калинина, Н. А. Майстренко, П. С. Ветшева. — СПб., 2004. — 941 с.

УДК: 616.5-002.525.4;616.001

ПАТОМОРФОЛОГИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Фролова М. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедрой патологической анатомии
с курсом судебной медицины С. Н. Нимер**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Угревая болезнь — это хроническое воспалительное заболевание сальных желез, возникающее в результате их закупорки и гиперпродукции кожного сала. В нашем исследовании мы попытались выявить корреляции между заболеваемостью угревой болезнью и различными факторами, такими, как пол, возраст, место жительства, наличие патологии в ЖКТ. Исследования проводились на базе отделения иммунопатологии и аллергологии Республиканского центра радиационной медицины и экологии в 2009 г. Угревая болезнь обычно возникает в результате дисфункции гормональной системы [1]. Например, угри новорожденных вызваны гормональным кризом внутриутробного периода, гиперпродукцией тестостерона, резким снижением содержания эстрола в первые недели жизни; угри юношеского возраста возникают в период полового созревания на фоне дисбаланса эндокринной, вегетативной и центральной нервной систем с гиперпродукцией кожного сала; предменструальные угри проявляются у женщин молодого возраста в прогестероновую фазу менструального цикла; да и у взрослых людей наблюдаются угри, связанные с дисфункцией эндокринной системы. Также возникновению уг-

ревой болезни может способствовать генетическая предрасположенность (обусловленное генотипом количество, размер сальных желез и их чувствительность к уровню андрогенов); работа в условиях повышенной влажности и температуры, стимулирующая потоотделение; применение галогенсодержащих продуктов или средств; применение косметических средств с высоким содержанием ланолина, парафина, минеральных масел; прием ряда лекарственных препаратов, в частности, контрацептивов с высоким содержанием прогестинов, стероидных препаратов, препаратов лития, противосудорожных средств; неправильное питание; наличие патологии в ЖКТ. По данным литературы, патология со стороны ЖКТ у больных угревой болезнью выявляется примерно у 77 %. Согласно нашим исследованиям, данная патология наблюдается у половины больных угревой болезнью. Но в качестве непосредственной причины возникновения угревой болезни патология со стороны ЖКТ наблюдается лишь у 5–8 % заболевших. Обычно данными заболеваниями являются дисбиоз (бактериальное загрязнение тонкой кишки) и синдром раздраженной кишки.

Возникновение юношеских угрей связано с повышенной продукцией андрогенов. Это вызывает рост сальных желез, гиперпродукцию кожного сала и гиперкератоз клеток устья протока данных желез. Все это способствует закупорке сальных желез и повышенному размножению в них нормального представителя микрофлоры *Propionibacterium acne*. Естественно, иммунная система кожи начинает с ней борьбу, что проявляется воспалением и последующим развитием угревой болезни [2].

Угревая болезнь — явление, характерное не только для подросткового возраста. Угри могут появляться и у взрослых, как правило, на фоне эндокринных заболеваний, при которых возникает состояние себореи. Поэтому, если угри наблюдаются у взрослого пациента, его обследуют для исключения эндокринной патологии. Нередко, сама клиническая картина угревой сыпи может подсказать наличие сопутствующего заболевания. Так, например, расположение угрей у женщин вокруг рта и на подбородке нередко указывает на патологию яичников. В случаях резистентной к терапии угревой болезни у взрослых женщин следует исключить также опухоли надпочечников или яичников. У мужчин основной причиной угрей является изменение соотношения различных андрогенов. Согласно данным литературы, у 60–85 % молодых людей в возрасте от 12 до 25 лет и 11 % лиц в возрасте старше 25 лет наблюдаются угри в той или иной форме.

Проанализировав пациентов отделения иммунопатологии и аллергологии, мы выяснили, что 83 % находятся в возрасте от 12 до 25 лет, и лишь 17 % — старше 25 лет. Больше в данное отделение поступило мужчин (67 % по сравнению с 33 % поступивших женщин). В основном в отделении ИПА лечились городские жители (67%), сельских же было лишь 33 %. Половина пациентов имела тяжелую степень течения заболевания, а половина — среднетяжелую. Таким образом, этиология угревой болезни сложна и не до конца изучена. И в каждом отдельном случае возникновению угревой болезни способствует различный набор факторов. Поэтому к лечению угревой болезни подходят строго индивидуально.

ЛИТЕРАТУРА

1. James, W. D. Clinical practice. Acne / W. D. James // N Engl J Med. — 2005. — Vol. 352(14). — P. 1463–1472.
2. Nicholas, B. Disorders of the sebaceous glands in Burns / B. Nicholas // Rook's textbook of dermatology. — Malden, Mass: Blackwell Science. — 2004. — P. 43–75.

УДК: 616-002.34;616.5-002

ПАТОМОРФОЛОГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА

Фролова М. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедрой патологической анатомии
с курсом судебной медицины С. Н. Нимер**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Наиболее часто встречающиеся инфекционные заболевания кожи включают фолликулиты, фурункулы и карбункулы. Обычно эти заболевания вызываются стрептокок-