Выводы

В период с 2020 года по 2024 год по Гомелю и Гомельской области наблюдается тенденция к росту случаев заболеваемости микроспорией. В 2020 году показатель заболеваемости составил 20,2 на 100 тыс. населения (n=281), а в 2024 году – 23,6 на 100 тыс. населения (n=315). Группой риска является возрастная группа от 0 до 14 лет, так как в 2020 году на ее долю приходилось 93,5 % (18,9 на 100 тыс. населения), а в 2024 – 88,2% (20.8 на 100 тыс. населения). Больше всего случаев зарегистрировано среди городского населения, что в 2020 году составило 15,7 на 100 тыс. населения, а в 2024 – 17,7 на 100 тыс. населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

2. Кошкин, С. В. Дерматовенерология : атлас-справочник / С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 18 с.

3. Демиденко, А. С. Оценка эпидемиологической ситуации по чесотке в Гомельской области за 2013−2023 гг / А. С. Демиденко, Л. А. Порошина // Современные аспекты здоровьесбережения : сборник материалов юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию медико-профилактического факультета УО «БГМУ», Минск, 24–25 октября 2024 года. – Мн. : Белорусский государственный медицинский университет, 2024. – С. 347−350.

УДК 616.5

Е. В. Жукова, Л. А. Бегларян

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. В. Силина

Учреждение образования
Курский государственный медицинский университет
г. Курск, Российская федерация

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ (ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА) У ПАЦИЕНТА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Введение

Болезнь Дарье (фолликулярный дискератоз) – редкое генетически обусловленное заболевание кожи с аутосомно-доминантным типом наследования, вызванное мутацией гена ATP2A2, кодирующего Ca^{2+}-АТФазу эндоплазматического ретикулума (SERCA2). Нарушение кальциевого гомеостаза в кератиноцитах приводит к акантолизу и дискератозу, что клинически проявляется гиперкератотическими папулами в себорейных зонах, поражением ногтей и слизистых оболочек. Из-за редкости патологии и полиморфизма клинической картины диагностика часто запаздывает, что диктует необходимость детального анализа каждого наблюдения.

Цель

Представить клиническое наблюдение болезни Дарье у пациента подросткового возраста, продемонстрировать ключевые этапы дифференциальной диагностики.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находился пациент П., 16 лет. Проведен сбор анамнеза (в том числе семейного), физикальное обследование, дерматоскопия, гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения, общеклинические лабораторные тесты. Для интерпретации данных использован анализ современной литературы по проблеме [1, 2].

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент П. обратился с жалобами на высыпания на коже груди, спины, в заушных областях и на волосистой части головы, а также на изменение ногтей. Считает себя больным

около двух лет, когда впервые заметил мелкие шероховатые папулы в области декольте. Обострения процесса пациент ни с чем не связывает.

При осмотре: на коже груди, верхней половины спины, в височных областях и за ушными раковинами определяются множественные фолликулярные папулы желтовато-коричневого цвета диаметром 2–4 мм с плотной гиперкератотической поверхностью, местами сливающиеся в бляшки с бородавчатым рисунком (рисунок 1).



Рисунок 1 – Клиническая картина болезни Дарье

На волосистой части головы – обильные жирные чешуйки, под которыми видна слегка мацерированная кожа (рисунок 2).



Рисунок 2 – Характерные высыпания в себорейных зонах

Ногтевые пластины кистей имеют продольную красноватую и белую исчерченность, дистальные края – с V-образными выемками (симптом «треугольной выемки»). Слизистая оболочка полости рта без патологии. Дерматоскопия очагов: желто-коричневые полигональные структуры, центральные кератиновые пробки, участки звездчатого кровоизлияния. Общий анализ крови, мочи – без отклонений.

С учётом семейного анамнеза, типичной локализации и морфологии элементов заподозрена болезнь Дарье. Для верификации выполнена биопсия кожи из папулы на спине. Гистологическое заключение: надбазальные щели (акантолиз), дискератотические клетки в виде «круглых тел» в шиповатом слое и «зёрен» в роговом слое, гиперкератоз и гипергранулез. Заключение патоморфолога: морфологическая картина соответствует болезни Дарье.

Дифференциальный диагноз проводился с себорейным дерматитом (отсутствие изменений ногтей, отрицательный семейный анамнез, отсутствие акантолиза при гистологии), болезнью Хейли – Хейли (преимущественное поражение складок, везикуляция, отсутствие

дискератоза), болезнью Гровера (острый дебют у лиц среднего возраста, зуд, отсутствие дискератотических клеток). Отрицательные результаты прямой и непрямой иммунофлюоресценции позволили исключить пузырчатку.

Данный случай демонстрирует классическую картину болезни Дарье с дебютом в пубертатном периоде, отягощенным семейным анамнезом, типичными кожными и ногтевыми проявлениями, подтвержденными гистологически. Это согласуется с данными литературы о высокой пенетрантности мутации ATP2A2 и вариабельности клинической экспрессивности [1, 2]. Особенностью наблюдения можно считать умеренную выраженность симптомов, что, вероятно, обусловлено компенсаторными механизмами.

Выводы

Болезнь Дарье представляет собой наследственный генодерматоз, который необходимо включать в дифференциально-диагностический поиск при наличии хронических гиперкератотических высыпаний в себорейных зонах, особенно у молодых пациентов с отягощенным семейным анамнезом. Ключевыми диагностическими маркерами заболевания являются фолликулярные кератотические папулы, характерная ониходистрофия (красные и белые полосы, V-образные выемки), а также гистологическая триада: надбазальный акантолиз, дискератотические клетки («круглые тела» и «зёрна»). Дифференциальную диагностику следует проводить с себорейным дерматитом, болезнями Хейли-Хейли, Гровера и пузырчаткой, обязательно используя гистологические и иммуноморфологические методы. Современная терапия системными ретиноидами позволяет достичь контроля над заболеванием, однако требует длительного наблюдения и профилактики обострений, включая фотозащиту и исключение трения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанова, А. А. Дерматовенерология : национальное руководство / А. А. Кубанова, А. А. Кубанов, Л. Ф. Знаменская. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 1024 с.

2. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин, В. В. Мордовцева. – М. : Медицина, 2022. – 576 с.

УДК 616.5-07:004.8

А. С. Клоков, Т. М. Сторожков

Научные руководители: старший преподаватель Л. А. Порошина, доцент Е. И. Рублевская

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

РАЗРАБОТКА АДАПТИВНОЙ СИСТЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С МЕХАНИЗМОМ ЕЖЕНЕДЕЛЬНОГО ИНКРЕМЕНТАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Введение

В последние годы заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи, включая меланому, неуклонно растет. Дерматоскопия является золотым стандартом ранней диагностики кожных патологий. С развитием нейросетевых технологий и систем искусственного интеллекта (ИИ) появилась возможность автоматизированного анализа снимков для помощи врачу-дерматологу [1]. Однако главным ограничением для создания точных моделей машинного обучения является дефицит качественных, репрезентативных и верифицированных локальных баз данных (датасетов) [2]. Точность нейросети напрямую зависит от