**СЛУЧАЙ РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ АКНЕ.**

**Беловол А.Н., Ткаченко С.Г.**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Акне является распространенным и хорошо изученным дерматозом, для которого разработаны четкие стандарты диагностики и лечения. Среди наиболее распространенных осложнений акне различные авторы указывают дисхромии, формирование рубцов, фульминантные акне и развитие вторичной инфекции (пиококковой и грам-негативной флоры). Однако, спектр осложнений при данном заболевании может быть намного шире и обусловлено это, в первую очередь, индивидуальными особенностями пациента.

Пациент А., житель города, возраст 32 года, направлен в стационарное отделение городского клинического кожно-венерологического диспансера г. Харькова с диагнозом: Угревая болезнь по направлению дерматолога по месту жительства. Инвалид с детства по заболеванию психиатрического профиля, получает антипсихотическую фармакотерапию.

Жалобы при поступлении: отмечает болезненные высыпания в области подмышечных и паховых складок, лица, груди, спины, шеи, плеч, которые начали появляться 1 месяц назад. Пациент находится под опекой и в сопровождении матери.

Данные анамнеза: страдает угревой болезнью с 15 лет. Пациент многократно проходил обследование и получал амбулаторное и стационарное лечение у дерматолога, генетика, терапевта, аллерголога, иммунолога. Получил 2 курса и системных ретиноидов (роаккутан) в суммарной дозе 100-120 мг/кг веса тела с временным улучшением. Неоднократно получал антибиотикотерапию с учетом чувствительности бактериальной микрофлоры, выделенной с пораженной кожи (юнидокс, офлоксацин, гатифлоксацин, ровамицин). Регулярно получал курсы иммуномодулирующей терапии под контролем иммунограммы (биолейкин, полиоксидоний, кагоцел). В настоящий момент по назначению психиатра принимает кветирон (антипсихотик), амитриптиллин (антидепрессант), по назначению иммунолога – метипред 1 мг/сут, азатиоприн 100 мг/сут для коррекции повышенной активности нейтрофилов (со слов матери пациента).

Объективно: дерматоз носит симметричный и диссеминированный характер с преимущественной локализацией на коже лица, груди, верхней части спины, подмышечных и паховых складок, плеч, задней поверхности шеи. Дерматоз представлен комедонами (открытыми и закрытыми), темно-розовыми папулами диаметром 3-5 мм, застойно-красного цвета узлами диаметром до 1,5 см, пустулами с желтовато-белым содержимым, эрозиями и язвами, окруженными плотным синюшно-розовым инфильтратом. Дно язв покрыто молочно-гнойным отделяемым, кое-где гнойными и гнойно-геморрагическими корками. Также отмечаются множественные атрофические и гипертрофические рубцы.

Данные лабораторного обследования: по результатам клинического анализа крови выявлено повышение СОЭ до 52 мм/ч, лейкоцитарный дисбаланс со сдвигом нейтрофильной формулы - миелоциты 1 %, метамиелоциты 1 %, палочкоядерные нейтрофилы 10 %, другие показатели крови в пределах нормы. В клиническом анализе мочи все показатели в пределах нормы. Концентрация глюкозы сыворотки крови натощак – 3,8 ммоль/л. Микроскопическое исследование чешуек патологических очагов на коже лица и шеи выявило demodex folliculorum. Культуральное исследование отделяемого пустул, язв и эрозий кожи обнаружило рост Streptococcus haemolyticus 104 и Candida albicans 106. При патоморфологическом исследовании биоптатов, взятых путем панч-биопсии, с очагов в области кожи паховых и подмышечных складок запротоколированы признаки грануляционно-гранулематозного воспаления с дрожжеподобными клетками в инфильтрате. Патоморфологический диагноз – глубокий микоз.

Клинический диагноз: акне, осложненые гранулематозным кандидозом, демодикозом и бактериальной инфекцией.

Учитывая анамнез болезни, проводимое ранее лечение и данные обследования, пациенту была назначена инициальная терапия флюконазолом в виде внутривенных инфузий 0,2 % раствора по 100 мл в сутки 10 дней, затем переход на пероральную форму флюконазола по 100 мг дважды в день в сочетании с противодемодикозной и антибактериальной терапией, для последовательной санации выявленной патогенной микрофлоры. Учитывая потенцирующее воздействие азольных антимикотиков на эффективность антипсихотических препаратов, пациенту рекомендовано снижение дозы кветирона и амитриптиллина на 30 % под контролем лечащего психиатра.

Обсуждение. В современной клинической практике при диагностике акне крайне редко применяется патоморфологическое исследование. Во-первых достаточно четко сформулированы клинические диагностические критерии, во-вторых особенность локализации высыпаний в эстетически значимых областях ограничивает широкое использование инвазивных диагностическим методов. В нашем клиническом случае распространенная локализация угрей и сочетание Acne vulgaris и Acne inversa позволили предложить пациенту инвазивное исследование и именно патоморфологический диагноз "Глубокий микоз" лег в основу лечебной тактики со стартовой терапией антимикотиком.

Дискутабельным остается вопрос взаимосвязи и взаимозависимости глубокого микоза с акне. Гранулематозный кандидоз в данном клиническом наблюдении можно расценивать как самостоятельную оппортунистическую инфекцию на фоне длительного лечения иммунодепрессантами и глюкокортикостероидами, как осложнение акне, как сопутствующее заболевание. По нашему мнению, выявление морфологических признаков глубокого микоза именно в очагах инверсных акне позволяет расценивать его как осложнение угревой болезни. Однако, высокая СОЭ, сдвиг лейкограммы влево на фоне культурального превалирования Candida albicans в отделяемом очагов может свидетельствовать о кандидозном сепсисе, вызванном длительным приемом азатиоприна и метипреда. Поэтому больному настоятельно рекомендована повторная консультация иммунолога и отмена вышеуказаных препаратов.