СЛУЧАЙ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЛУБОКИМ МИКОЗОМ.

Ткаченко С.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Неэндемические глубокие микозы являются оппортунистической грибковой инфекцией, которая развивается на фоне тяжелого иммунодефицита, вызванного химиотерапией, радиотерапией или ВИЧ-инфекцией.

Пациент Х., 32 года, поступил в стационар 5 ГККВД г. Харькова 24.02.14 г. с диагнозом: угревая болезнь, осложненная глубоким микозом на фоне хронического гепатохолецистита, демодикоза, микоза стоп, вторичного иммунодефицита. Инвалид по психиатрическому заболеванию. При поступлении пациент жалуется на болезненные образования кожи шеи, груди, спины, подмышечных и паховых складок. Страдает угревой болезнью с 15 лет. Неоднократно проходил обследование и лечение у дерматолога, иммунолога, аллерголога, терапевта, генетика. Получил 2 курса реаккутана в суммарной дозе 120 мг/кг каждый. Многократно получал антибиотикотерапию (ровамицин, офлоксацин, гатифлоксацин, юнидокс) с учетом чувствительности бактериальной флоры, выделенной с кожи. Регулярно получает курсы иммуномодулирующей терапии под контролем иммунограммы (биолейкин, полиоксидоний, кагоцел). В настоящий момент принимает кветирон (антипсихотик), амитриптиллин (антидепрессант), по назначению иммунолога – метипред 1 мг/сут, азатиоприн 100 мг/сут.

Объективно: дерматоз носит распространенный и симметричный характер с преимущественной локализацией на коже затылка и задней поверхности шеи, коже груди, спины, живота, плеч, бедер, подмышечных и паховых складок. Представлен открытыми и закрытыми комедонами, папулами и узлами, пустулами, эрозиями и язвами, покрытыми гнойными и гнойно-геморрагическими корками, рубцами.

При обследовании: клинический анализ крови –СОЭ 52 мм/ч, нейтрофилы миелоциты 1 %, метамиелоциты 1 %, палочкоядерные 10 %, другие показатели в пределах нормы. Клинический анализ мочи-без патологии, уровень глюкозы крови натощак – 3,8 ммоль/л, при микроскопии чешуек с очагов кожи лица и шеи обнаружен демодекс, по результатам культурального исследования отделяемого кожи очагов – обнаружен рост гемолитического стрептококка 104, отделяемого носа и зева – золотистый стафилококк 106 и анаэробный стрептококк 104. При гистологическом исследовании биоптатов с очагов кожи паха, подмышечных впадин и живота выявлены признаки грануляционно-гранулематозного воспаление с дрожжеподобными клетками в инфильтрате. Гистологический диагноз – глубокий микоз.

Учитывая длительный анамнез, проводимое ранее лечение больному назначена инициальная терапия: внутривенные инфузии 0,2 % раствора флюконазола 100 мл в сутки 10 дней с последующим переходом на пероральную форму и подключением антибактериального и противодемодикозного лечения. Учитывая потенцирующий эффект азольных противогрибковых средств на принимаемые больным психотропные средства, рекомендовано снижение дозы последних на 30 % под контролем психиатра.

В данном клиническом случае гистологическая верификация диагноза «глубокий микоз» легла в основу разработки тактики лечения со стартовой противогрибковой терапией. Дискутабельным является вопрос взаимосвязи глубокого микоза с угревой болезнью и расценивание его как осложнения акне, а не сопутствующего заболевания. Однако, выявление морфологических признаков глубокого микоза именно в очагах инверсных акне позволяет расценивать его как осложнение угревой болезни.