

<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2024-17-2-89-92>



# Клинический случай ксероза роговицы на фоне ихтиоза кожи

Г.Р. Алтынбаева<sup>1</sup>, Г.А. Азаматова<sup>2</sup> ✉, А.А. Гильванова<sup>1</sup>, С.Р. Авхадеева<sup>2</sup>, О.В. Шайхутдинова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 5», ул. Пархоменко, д. 93, Уфа, Республика Башкортостан, 450005, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Ленина, д. 3, Уфа, Республика Башкортостан, 450008, Россия

*Представлен клинический случай ксероза глазной поверхности на фоне недиагностированного ранее ихтиоза кожи. Описаны клинические проявления изменений органа зрения при данном заболевании кожи. Предложен комплекс лечебных мероприятий для поддержания глазной поверхности при ихтиозе.*

**Ключевые слова:** ксероз; конъюнктивит; роговица; ихтиоз; изменение кожного покрова; шелушение

**Конфликт интересов:** отсутствует.

**Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

**Для цитирования:** Алтынбаева Г.Р., Азаматова Г.А., Гильванова А.А., Авхадеева С.Р., Шайхутдинова О.В. Клинический случай ксероза роговицы на фоне ихтиоза кожи. Российский офтальмологический журнал. 2024; 17 (2): 89-92. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2024-17-2-89-92>

## Corneal xerosis in a skin ichthyosis patient: a clinical case

Gulnaz R. Altynbaeva<sup>1</sup>, Gulnara A. Azamatova<sup>2</sup> ✉, Alfiya A. Gilvanova<sup>1</sup>, Svetlana R. Avkhadeeva<sup>2</sup>, Olga V. Shaikhutdinova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> City Clinical Hospital #5, 93, Parkhomenko St., Ufa, Bashkortostan, 450005, Russia

<sup>2</sup> Bashkir State Medical University, 3, Lenin St., Ufa, Bashkortostan, 450008, Russia  
[azamatova\\_g@mail.ru](mailto:azamatova_g@mail.ru)

*A clinical case of ocular surface xerosis in a patient with previously undiagnosed skin ichthyosis is presented. Clinical manifestations of change occurring in the eyes of the patient disease are outlined, and a complex of therapeutic measures to maintain the eye surface in ichthyosis is proposed.*

**Keywords:** xerosis; conjunctiva; cornea; ichthyosis; skin change; peeling

**Conflict of interests:** the authors declare no conflict of interest.

**Financial disclosure:** no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

**For citation:** Altynbaeva G.R., Azamatova G.A., Gilvanova A.A., Avkhadeeva S.R., Shaikhutdinova O.V. Corneal xerosis in a skin ichthyosis patient: a clinical case. Russian ophthalmological journal. 2024; 17 (2): 89-92 (In Russ.). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2024-17-2-89-92>

Ихтиоз — описательный термин, который обозначает различные клинические формы генерализованного нарушения кератинизации, проявляющегося развитием кожных чешуек, похожих на рыбью чешую [1, 2]. Главная причина возникновения данного заболевания — мутации в генах, передаваемые по наследству [3–6]. Клинически ихтиоз может проявляться изменениями только кожи (несиндромный ихтиоз, изолированный) или сочетаться с поражением других органов (синдромальный ихтиоз). У пациентов с ихтиозом наблюдаются фолликулярный гиперкератоз, генерализованная сухость и шелушение кожи, гиперлинеарный рисунок ладоней, ломкость ногтевых пластинок, ломкость и тусклость волос [1, 2, 7, 8]. На сегодняшний день медицина не имеет в своем арсенале специфического лечения ихтиоза. Лечение сводится к применению производных витамина А, витами-



**Рис. 1.** Состояние кожи лица пациентки Р.  
**Fig. 1.** Condition of the face skin of patient R.



**Рис. 2.** Состояние кожи рук и ногтей пациентки Р.  
**Fig. 2.** Condition of the hands skin and nails of patient R.

нов группы В и С, препаратов цинка, наружной терапии и комплекса бальнеологических процедур [1, 9]. Отсутствие поддерживающего лечения приводит к обезвоживанию, нарушению электролитного баланса, присоединению инфекции и дальнейшему повреждению кожи, поражению органа зрения [1, 2, 10].

**ЦЕЛЬ** работы — представить клинические особенности изменений со стороны органа зрения при синдромальном ихтиозе и предложить патогенетически обоснованную медикаментозную поддержку.

**Клинический случай.** Под нашим наблюдением находилась пациентка Р., 18 лет, жительница Уфы, которая обратилась в отделение медицинской профилактики ГКБ № 5 Уфы с жалобами на светобоязнь, красноту и снижение зрения обоих глаз. Из анамнеза стало известно, что данные жалобы возникли около месяца назад, лечение не проводилось. Офтальмологический статус пациента: острота зрения OD 0,05 с -6,0 дптр = 0,3; OS 0,05 с -6,0 дптр = 0,2–0,3. Объективно: OU — веки правильной формы и окраски, с небольшим шелушением, края век гиперемизированы (возможно, это связано с частым трением глаз пациенткой); OD — конъюнктива гиперемизирована; роговица отечная в нижних отделах, с шероховатой поверхностью; OS — конъюнктива гиперемизирована, отечная; роговица тусклая, с шероховатой поверхностью, отечная, в ее толще имеются единичные сосуды. Более глубокие отделы глазного яблока осмотру недоступны.

При осмотре обращало на себя внимание состояние кожи пациентки. Кожа на всех участках тела, включая лицо, сухая, покрыта мелкопластинчатыми чешуйками, умеренно отечна и гиперемизирована. На щеках, в области подбородка очаги гиперемии, мелкие папулы, мелкопластинчатое шелушение. Тургор снижен (рис. 1), на коже кистей — мукоидное шелушение, кожный рисунок ярко выраженный, очаги ксероза. Ногтевые пластины истончены, кутикула сухая (рис. 2). Со слов пациентки и ее матери, к дерматологам не обращались.

Пациентке был поставлен диагноз: «OU — ксероз роговицы. Миопия средней степени». Назначена консервативная терапия в виде увлажняющих капель, антисептики, антибактериальная терапия, протекторы роговицы.

После курса проведенной терапии пациентка повторно пришла на прием с жалобами на покраснение глаз, светобоязнь. Острота зрения: OD 0,05 н/к; OS 0,05 н/к. Из-за выраженного блефароспазма очковая коррекция была невозможна. Объективно: OU — блефароспазм, кожа век бледно-розовая, слегка отечная. OD: конъюнктива гиперемизирована, отечная; роговица отечная, больше в нижних отделах, с единичными сосудами в ее толще, с шероховатой поверхностью. Отмечаются поверхностные прокрашивающиеся флюоресцеином изменения роговицы. Дальнейшие отделы глазного яблока осмотру не подлежат (рис. 3, А). OS: конъюнктива гиперемизирована, отечная; роговица тусклая, с шероховатой поверхностью, отечная, затронуты нижние отделы с вовлечением параоптической зоны (OS ≥ OD), имеются единичные сосуды в ее толще. Отмечаются поверхностные прокрашивающиеся флюоресцеином изменения роговицы. Дальнейшие отделы глазного яблока для осмотра не доступны (рис. 3, Б).

Проведена проба Ширмера: 5 мм за 5 мин в обоих глазах; проба Норна: OD — 4 с, OS — 5 с. Поставлен диагноз: «OU — ксероз роговицы, неоваскуляризация роговицы, миопия средней степени, миопический астигматизм». Назначено закапывать в конъюнктивальную полость 0,15% гиалуроновой кислоты с гепарином 4 раза в день и 0,24% гиалуроновой

кислоты с липидным компонентом (среднецепочечные триглицериды) в составе 2 раза в день.

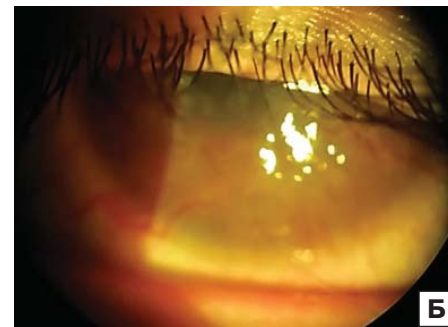
Пациентка была направлена на дообследование к аллергологу и дерматологу. Диагноз аллерголога: «Ихтиоз. Атопический дерматит?». Рекомендовано: гипоаллергенный быт, антигистаминные препараты 2 нед, ежедневно наносить на кожу увлажняющие средства (эмоленты), исключение контактов с химическими веществами. Результаты анализа крови: общий IgE повышен в 2 раза до 268,02 (норма 100), эозинофилы в норме в абсолютном и процентном количестве — 0,2 и 2,8% соответственно. В ходе консультации дерматолога выявлены жалобы на сухость кожи, высыпания на лице; покраснение глаз, слезотечение. Из анамнеза: с 10 лет отмечает сухость кожи, шелушение, небольшое улучшение самочувствия наблюдалось в летний период. Мать пациентки также страдает сухостью кожи с 10–12 лет. В последнее время к жалобам по поводу сухости кожи присоединились жалобы на покраснение глаз, снижение зрения, слезотечение. *Status localis*: процесс поражения кожи характеризуется диффузным шелушением, фолликулярным кератозом, повышенной складчатостью ладоней и подошв. Шелушение выражено на разгибательных поверхностях конечностей, отсутствует в складках. Чешуйки в основном мелкие, тонкие, их цвет от белого до серого. На коже голеней чешуйки самые крупные и толстые, полигональной формы, плотно прикрепленные. Фолликулярный гиперкератоз наблюдается на разгибательной поверхности бедер, плеч, предплечий и ягодиц. При пальпации пораженных участков определяется синдром «терки». На лице имеются очаги гиперемии, папулы, мелкопластинчатое шелушение. Ладони и подошвы имеют подчеркнутый рисунок кожных линий, повышенную складчатость, что придает им старческий вид. Тургор кожи снижен. Салоотделение и потоотделение снижено. На основании жалоб пациентки, данных анамнеза, клинической картины поставлен клинический диагноз: «Вульгарный ихтиоз». Рекомендовано наружное применение кератолитических средств с содержанием 10–30% мочевины 1–2 раза в сутки в течение 1 мес.

На осмотре у офтальмолога через 4 мес сохраняются жалобы на покраснение глаз, светобоязнь. Острота зрения правого глаза — 0,04, левого глаза — 0,07 с коррекцией -6,0 дптр = 0,3/0,4. Светобоязнь умеренная, с обеих сторон, гиперемия краев и слизистой век. Чувствительность роговицы сохранена, единичные поверхностные сосуды вырастают в роговицу по нижнему лимбу, осмотр глазного дна затруднен из-за выраженной реакции на свет. Роговица отечная, она инфильтрирована, практически вся нижняя половина роговицы пронизана поверхностными сосудами, не доходящими до ее центра (рис. 4).

Рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Диагноз: «OU — ксероз роговицы, миопия высокой степени». Результаты пробы Ширмера не изменились, несмотря на проведенное лечение. Результаты пробы Норна показали ухудшение



**Рис. 3.** Состояние правого (А) и левого (Б) глаза пациентки Р.  
**Fig. 3.** Condition of the right (A) and left (Б) eyes of patient R.



**Рис. 4.** Состояние правого (А) и левого (Б) глаза пациентки Р. спустя 4 мес  
**Fig. 4.** Condition of the right (A) and left (Б) eyes of patient R. after 4 months

состояния стабильности слезной пленки: OD — 3 с; OS — 4 с. Отмечено прорастание сосудов как показатель прогрессирования заболевания и тяжести течения процесса. Нами была рекомендована следующая терапия: закапывать в конъюнктивальную полость препараты 0,15% гиалуроновой кислоты с гепарином 4 раза в день и 0,24% гиалуроновой кислоты с липидным компонентом (среднецепочечные триглицериды) в составе 2 раза в день. Кроме того, рекомендован массаж краев век, так как на фоне ихтиоза отмечается нарушение функций мейбомиевых желез [11].

## ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом случае диагноз «вульгарный ихтиоз» был поставлен в ходе детального выявления причин ксероза, с которым пациентка обратилась к офтальмологу. По нашему мнению, комплексная диагностика ксероза должна включать осмотр кожи, состояния ногтевой пластины, а также консультацию дерматолога по необходимости. Данный клинический случай подтверждает тот факт, что отсутствие обращения к дерматологу и поддерживающего лечения ихтиоза приводит к тяжелым изменениям органа зрения со слабым ответом на терапию, так как кожа и эпителий роговицы развиваются из одного зародышевого листка — эктодермы. Своевременное выявление ихтиоза позволяет разработать программу лечения, реабилитации пациентов и снизить риск развития осложнений, в том числе изменений глазной поверхности. Пациенты с ихтиозом должны находиться под постоянным наблюдением как дерматолога, так и офтальмолога. Учитывая, что ихтиоз носит хронический характер с эпизодами обострений и ремиссий, необходим постоянный контроль за состоянием структур глазной поверхности с прицельным вниманием на роговицу. Патогенетически обоснованным является применение слезозаместителей,



кератопротекторов, а также препаратов, восполняющих дефицит витаминов.

### Литература/References

1. Тахтарова Т.Г., Хисматуллина З.Р., Панова Л.Д., Панова А.Н. Ихтиоз (понятие, патогистология, клиническая картина, лечение). *Вестник дерматологии и венерологии*. 2021; 97 (3): 6–13. [Takhtarova T.G., Hismatullina Z.R., Panova L.D., Panova A.N. Ichthyosis (concept, pathohistology, clinical picture, treatment). *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2021; 97 (3): 6–13 (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1214>
2. Мельниченко О.О., Красникова В.Н., Смолкина О.Ю., Корсунская И.М. Наиболее частые ихтиозы в детской практике: как мы можем помочь пациенту. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2021; 4: 357–60. [Melnichenko O.O., Krasnikova V.N., Smolkina O.Y., Korsunskaya I.M. The most frequent ichthyosis in children's practice: how we can help the patient. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2021; 4: 357–60 (In Russ.)]. doi: 10.26442/26586630.2021.4.201336
3. Irvine AD, McLean WH, Leung DY. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. *The New England Journal of Medicine*. 2011; 365 (14): 1315–27. doi:10.1056/NEJMra1011040
4. McLean WH. Filaggrin failure – from ichthyosis vulgaris to atopic eczema and beyond. *British Journal of Dermatology*. 2016; 175 (52): 4–7. doi:10.1111/bjd.14997
5. Живайкина Н.А., Малутина Е.В., Машкевич Д.А., Васильева М.А., Максимова Ю.В. Вариабельность мутаций гена филаггрина у больных с вульгарным ихтиозом. *Медицинская генетика*. 2020; 19 (8): 105–6. [Zhivaikina N.A., Malyutina E.V., Mashkevich D.A., Vasilyeva M.A., Maksimova Yu.V. Mutation variability in the filaggrin gene in patients with ichthyosis vulgaris. *Medical Genetics*. 2020; 19 (8): 105–6 (In Russ.)]. doi: 10.25557/2073-7998.2020.08.105-106
6. Амелина С.С., Дегтерева Е.В., Петрова Н.В. и др. Распространенность вульгарного ихтиоза и частота мутаций R501X и 2282DEL4 в гене *FLG* в Ростовской области. *Вестник РГМУ*. 2018; 1: 51–5. [Amelina S.S., Degtereva E.V., Petrova N.V., et al. The prevalence of ichthyosis vulgaris and the frequency of R501X and 2282DEL4 mutations in the *FLG* gene in the Rostov region. *Bulletin of RSMU*. 2018; 1: 51–5 (In Russ.)]. doi: 10.24075/vrgmu.2018.009
7. Платонова А.Н., Бакулев А.Л., Утц С.Р. Дерматовенерология. Атлас. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. [Platonova A.N., Bakulev A.L., Utts S.R. *Dermatovenereology. Atlas*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017 (In Russ.)].
8. Дворянкова Е.В., Мельниченко О.О., Красникова В.Н., Корсунская И.М. Ихтиоз. Что важно знать специалисту. *РМЖ Медицинское обозрение*. 2019; 12: 25–30. [Dvoryankova E.V., Melnichenko O.O., Krasnikova V.N., Korsunskaya I.M. Ichthyosis: what is important for a specialist to know? *RMJ. Medical review*. 2019; 12: 25–30 (In Russ.)].
9. Dmitrenko S.V. Sequential therapy of ichthyosis: prospects for improvement. *Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology*. 2015; 3 (58): 33–6.
10. Turgut B., Aydemir O., Kaya M. et al. Spontaneous corneal perforation in a patient with lamellar ichthyosis and dry eye. *Clinical Ophthalmology*. 2009; 3: 611–3. doi: 10.2147/OPHTH.S8407
11. Бобрышев В.А. Функция мейбомиевых желез у детей с врожденным и вульгарным ихтиозом. *Forcipe*. 2019; 2 (S1): 702–3. [Bobryshev V. A. Meibomian gland function in children with congenital and ichthyosis vulgaris. *Forcipe*. 2019; 2(S1): 702–3 (In Russ.)]. <http://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/1850/1852>

**Вклад авторов в работу:** Г.Р. Алтынбаева — разработка концепции и дизайна исследования, сбор данных и их интерпретация, написание статьи; Г.А. Азаматова — написание статьи, финальная подготовка проекта статьи к публикации; А.А. Гильванова — написание статьи, сбор данных и их интерпретация; С.Р. Авхадеева — редактирование и финальная подготовка статьи к публикации; О.В. Шайхутдинова — разработка концепции и дизайна исследования.

**Authors' contribution:** G.R. Altynbaeva — development of the concept and design of the study, data collection and interpretation, writing of the article; G.A. Azamatova — writing of the article, final preparation of the draft article for publication; A.A. Gilvanova — writing of the article, data collection and interpretation; S.R. Avkhadeeva — editing and final preparation of the article for publication; O.V. Shaikhutdinova — development of the concept and design of the study.

Поступила: 23.04.2023. Переработана: 15.05.2023. Принята к печати: 31.05.2023

Originally received: 23.04.2023. Final revision: 15.05.2023. Accepted: 31.05.2023

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 5», ул. Пархоменко, д. 93, Уфа, Республика Башкортостан, 450005, Россия

Гульназ Рифовна Алтынбаева — канд. мед. наук, врач-офтальмолог 3-го поликлинического отделения

Альфия Амировна Гильванова — врач-дерматолог 3-го поликлинического отделения

Ольга Валерьевна Шайхутдинова — главный врач

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Ленина, д. 3, Уфа, Республика Башкортостан, 450008, Россия

Гульнара Азаматовна Азаматова — канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры офтальмологии

Светлана Рудольфовна Авхадеева — канд. мед. наук, доцент кафедры офтальмологии

Для контактов: Гульнара Азаматовна Азаматова, [azamatova\\_g@mail.ru](mailto:azamatova_g@mail.ru)

City Clinical Hospital #5, 93, Parkhomenko St., Ufa, Bashkortostan, 450005, Russia

Gulnaz R. Altynbaeva — Cand. of Med. Sci., ophthalmologist, 3<sup>rd</sup> out-patient department

Alfiya A. Gilvanova — dermatologist, 3<sup>rd</sup> out-patient department

Olga V. Shaikhutdinova — chief medical officer

Bashkir State Medical University, 3, Lenin St., Ufa, Bashkortostan, 450008, Russia

Gulnara A. Azamatova — Cand. of Med. Sci., associate professor of chair of ophthalmology

Svetlana R. Avkhadeeva — Cand. of Med. Sci., associate professor of chair of ophthalmology

For contacts: Gulnara A. Azamatova, [azamatova\\_g@mail.ru](mailto:azamatova_g@mail.ru)