

<https://doi.org/10.25208/vdv1360>

Случай сочетания тяжелого течения атопического дерматита, дерматогенной катаракты и глаукомы

© Базаев В.Т.*, Царуева М.С., Джаваева Д.Г.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Больной А., 23 лет, поступил с диагнозом атопический дерматит с жалобами на распространенные высыпания, сопровождаемые интенсивным зудом. Проявления на коже: эритродермия, ксеродермия, эксфолиация, стойкий белый дермографизм. *Заключение офтальмолога:* регматогенная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, офтальмогипертензия правого глаза; гемофтальм, осложненная перезревшая катаракта, терминальная неоваскулярная глаукома левого глаза. Установлен диагноз синдром Андогского. Получил лечение: преднизолон 60 мг в сутки парентерально в течение 14 дней, метотрексат в дозе 10 мг еженедельно, реамберин, фолиевую кислоту по 5 мг еженедельно, аспаркам, аевит, энтеросорбенты, мази и кремы с кортикостероидами и увлажняющие средства. В результате лечения гиперемия, инфильтрация, шелушение и зуд кожи уменьшились. Рекомендовано амбулаторно продолжить прием метотрексата, фолиевой кислоты, преднизолона (5 мг ежедневно) и аспаркама; наружно — увлажняющие и смягчающие кремы и мази. Пациент направлен на медико-социальную экспертизу, готовится к переводу на лечение генно-инженерными биологическими препаратами.

Ключевые слова: синдром Андогского; атопический дерматит; дерматогенная катаракта; глаукома

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Источник финансирования: работа выполнена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Согласие пациента: пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Базаев В.Т., Царуева М.С., Джаваева Д.Г. Случай сочетания тяжелого течения атопического дерматита, дерматогенной катаракты и глаукомы. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(2):42–47. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1360>



A case of combination of severe atopic dermatitis, dermatogenic cataract and glaucoma

© Vitaly T. Bazaev*, Madina S. Tsarueva, Diana G. Dzhavaeva

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

Patient A., aged 23, was admitted with a diagnosis of atopic dermatitis with complaints of widespread rashes accompanied by intense itching. Skin manifestations: erythroderma, xeroderma, excoriations, persistent white dermatographism. *The conclusion of the ophthalmologist:* rhegmatogenous retinal detachment, complicated cataract, ophthalmohypertension of the right eye; hemophthalmos, complicated overmature cataract, terminal neovascular glaucoma of the left eye. A diagnosis of Andogsky's syndrome was made. He received treatment: prednisolone 60 mg per day parenterally for 14 days, methotrexate at a dose of 10 mg weekly, Reamberin, folic acid 5 mg weekly, asparcam, aevit, enterosorbents, ointments and creams with corticosteroids and moisturizers. As a result of treatment, hyperemia, infiltration, peeling and itching of the skin decreased. It is recommended to continue taking methotrexate, folic acid, prednisolone (5 mg daily) and asparcam on an outpatient basis; externally — moisturizing and softening creams and ointments. The patient has been referred for a medical and social examination and is preparing to be transferred to the treatment with genetically engineered biological drugs.

Keywords: andogsky's syndrome; atopic dermatitis; dermatogenic cataract; glaucoma

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in the article.

Source of funding: the work was done through financing at the place of work of the authors.

Patient consent: patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in anonymous form in the Journal "Vestnik Dermatologii i Venerologii".

For citation: Bazaev VT, Tsarueva MS, Dzhavaeva DG. A case of combination of severe atopic dermatitis, dermatogenic cataract and glaucoma. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2023;99(2):42–47.
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1360>



Актуальность

Синдром Андогского (син.: дерматогенная катаракта, атопическая катаракта) представляет собой комплекс врожденных аномалий, включающий сочетание прогрессирующей двусторонней ювенильной катаракты с тяжелым течением атопического дерматита (АД), ихтиозом с аутосомно-рецессивным типом наследования. Впервые был описан Rothmund и Werner (1868 и 1879 соответственно), а также отечественным офтальмологом Н.И. Андогским (1914) [1–4].

Катаракта (cataracta; греч. *katarrhaktēs* — водопад) — заболевание глаз, характеризующееся помутнением хрусталика. По данным различных авторов, катаракта поражает от 8 до 25% пациентов с атопическим дерматитом. При этом синдром Андогского диагностируется у больных АД в значительно меньшем количестве случаев. Одновременное поражение кожи и хрусталика, возможно, является следствием их происхождения из одного эмбрионального листка — эктодермального. Существуют различные теории развития данного симптомокомплекса. Некоторые авторы связывают его с нарушением синтеза дезоксирибонуклеиновой кислоты. Наиболее распространённым является мнение об аутосомно-рецессивном типе наследования синдрома.

Обычно катаракта встречается у пожилых людей. У пациентов с АД она может возникать как первично, так и в результате осложнения кортикостероидной терапии [3]. Дети более чувствительны к стероидам, поэтому катаракта у них развивается быстрее и при более низких концентрациях, чем у взрослых [6]. У людей пожилого возраста чаще встречается ядерная и кортикальная катаракта, тогда как в случаях, связанных с АД, у пациентов отмечается передняя или заднекапсулярная катаракта. Как правило, сначала в раннем возрасте появляются симптомы АД, затем формируется поражение офтальмологического аппарата. Обычно поражаются оба глаза.

Одним из осложнений катаракты является так называемая факолитическая глаукома. Она развивается при перезрелой катаракте, когда вследствие всасывания распадающегося вещества хрусталика при его набухании, а также увеличения его объема происходит нарушение оттока внутриглазной жидкости. При выпадении катарактальных масс в переднюю камеру глаза и задержке их рассасывания может возникнуть так называемый факогенный или факоанафилактический иридоциклит, что обусловлено повышенной чувствительностью к хрусталиковому белку. Диагноз устанавливают на основании жалоб больного на нарушение зрения, исследования зрительной функции, а также результатов специальных офтальмологических исследований методами бокового освещения, проходящего света и биомикроскопии. С целью исключения заболеваний сетчатки (отслойка сетчатки) и стекловидного тела (гемофтальм) показано определение поля зрения, в ряде случаев проводят ультразвуковое и электрофизиологическое исследования [7].

Поражение кожи при синдроме Андогского характеризуется типичными папулезными высыпаниями на сгибательных поверхностях локтевых, коленных суставов, запястьев, внутренней поверхности бедра, лице и шее, сопровождающимися интенсивным зудом.

В литературе последних лет мало описаний случаев синдрома Андогского, а механизмы его развития недостаточно изучены. Поэтому каждое клиническое наблюдение сочетания тяжелой формы атопического дерматита, ксе-

родермии, ювенильной катаракты и глаукомы представляет определенный научный и практический интерес.

Описание случая

Больной А., 23 лет, поступил с жалобами на высыпания на коже лица, задней поверхности шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд и сухость кожного покрова.

Анамнез заболевания. Со слов больного, болеет с трехмесячного возраста. Начало заболевания связать ни с чем не может. Со слов матери, лечился вначале с диагнозом экссудативный диатез, а с 5-летнего возраста по поводу атопического дерматита. Обострения заболевания отмечает 3–4 раза в год, вне зависимости от времени года. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно с незначительным успехом. Принимал антигистаминные препараты, витамины А и Е, энтеросорбенты, кортикостероидные мази и кремы, ингибиторы кальциневрина, увлажняющие средства. Последнее обострение отмечает 2 недели назад. Диетических ограничений не придерживался. Обратился в поликлинику Северо-Осетинского республиканского КВД и был госпитализирован для проведения стационарного обследования и лечения.

Анамнез жизни: гепатиты, туберкулез, сахарный диабет, онкологические и венерические заболевания отрицает. Среди близких родственников больных с аллергическими заболеваниями назвать не может, при этом контакта с родственниками отца нет.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследований

Объективный статус. Общее состояние средней тяжести. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Вредные привычки отрицает. Пациент напряжен, на вопросы отвечает с задержкой. Когнитивные способности снижены. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечный аппарат без патологии. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 75 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Язык не обложен, слизистая полости рта бледно-розовая, зубы не изменены. Патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы не выявлено.

Локальный статус: патологический процесс кожи носит тотальный подострый воспалительный характер (эритродермия), более выраженный на лице, шее, сгибательных поверхностях конечностей (рис. 1). Кожа по всей поверхности сухая (ксеродермия), имеются эксфолиации, серозные и геморрагические корки, мелкопластинчатое шелушение. В области складок на фоне выраженной лихенизации имеются линейные поверхностные трещины. На нижних веках отмечается складка Денни–Моргана (рис. 2). Определяется стойкий белый дермографизм. Субъективно: интенсивный зуд. Оценка степени тяжести по индексу SCORAD 94 балла.

Заключение офтальмолога. Наблюдался с 11 лет по месту жительства по поводу катаракты, в течение последних трех лет страдает также глаукомой. Консультировался у витреоретинального хирурга 19.04.2021. Был поставлен диагноз: регматогенная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, офтальмогипертензия правого глаза; гемофтальм, осложненная перезрелая катаракта, терминальная неоваскулярная глаукома