

Опыт применения циклоспорина 0,05 % (рестасиса) в лечении лимфангиэктазий конъюнктивы у пациентов с синдромом сухого глаза

С.А. Волик, С.И. Исаенко

КГБУЗ «Клинический госпиталь ветеранов войн», Краснодар

Представлено два клинических случая лечения лимфангиэктазий конъюнктивы местным применением циклоспорина 0,05 % (рестасиса) у двух пациентов женского пола с синдромом сухого глаза (ССГ) средней степени тяжести. У пациентов помимо ССГ имелись лимфангиэктазии бульбарной конъюнктивы, которые вызывали постоянное ощущение инородного тела в глазах и жалобы на косметический дефект. В первом клиническом случае у пациентки имелась единичная киста, во втором — одна крупная киста и множественные мелкие кисты в виде нити жемчуга. Наличие ССГ средней степени тяжести дало основание назначить эмульсию циклоспорина 0,05 % (рестасис). Через 4 недели в одном случае произошла полная регрессия кисты, в другом — регрессия мелких кист, оставшуюся кисту пунктировали инсулиновой иглой в асептических условиях. Лечение циклоспорином 0,05 % (рестасисом) продолжено.

Ключевые слова: лимфангиэктазия, киста, сухой глаз, циклоспорин 0,05 %.

Российский офтальмологический журнал, 2016; 1: 84–86

Конъюнктивальные лимфангиэктазии (КЛ) — это вид дисфункции системы дренирования лимфы из глаза, при которой имеется локализованное или диффузное расширение лимфатических сосудов бульбарной конъюнктивы глаза. Лимфатические сосуды конъюнктивы представляют собой густо переплетенную сеть. Диаметр лимфатических сосудов гораздо больше кровеносных, в местах расположения клапанов имеются перетяжки, а между ними — ампульные расширения. Хотя клапаны и регулируют направление оттока, лимфа иногда приобретает беспорядочное движение и формирует ампульные расширения в месте ее скопления. Причиной лимфангиэктазий может также служить обструкция лимфатических сосудов [1]. S. Duke-Elder описывал лимфангиэктазии как редкую патологию, которая возникает в результате соприкосновений между лимфатическими и кровеносными сосудами [2]. КЛ в большинстве случаев представляют собой односторонний процесс, двустороннее поражение встречается, например, при синдроме Тернера [3]. Клинически могут выглядеть как хемоз, как отдельная, свободно перемещающаяся киста или ряд небольших кист, визуально напоминающих нить жемчуга [4, 5]. Симптомы включают раздражение глаза, ощущение сухости, жжение, затуманивание зрения, болевой синдром, слезотечение [6]. Дифференцировать КЛ от других кистозных образований конъюнктивы, таких как

эпидермальные кисты, сложности не представляет. Эпидермальные кисты являются доброкачественными образованиями, заполненными прозрачной серозной жидкостью, которая может содержать слущенные клетки. Стенки кист состоят из нескольких слоев неороговевающего эпителия и соединительной ткани. Могут быть первичными (врожденными) и вторичными (приобретенными) [7]. Первичные эпидермальные кисты являются врожденными, типичными зонами их расположения являются верхненазальный и верхнетемпоральный квадранты орбиты. Причинами вторичных эпидермальных кист, как правило, являются микротравмы в ходе выполнения глазных операций. Эпидермальные кисты имеют более толстую стенку, чем лимфангиэктазии, и внешне часто напоминают фильтрационную подушку [8, 9]. На сегодняшний день успешно применяются методы лечения КЛ с помощью пункции иглой, марсупиализации, криотерапии жидким азотом, с использованием ИАГ-лазера [10–14]. Однако с пункцией не всегда согласны пациенты, а при наличии множественного распространенного процесса она не имеет смысла. Литературных данных о возможности консервативного лечения мы не обнаружили.

ЦЕЛЬ работы — представить два клинических случая успешного лечения распространенного кистозного поражения бульбарной конъюнктивы в сочетании с признаками

синдрома сухого глаза (ССГ) с помощью 0,05 % раствора циклоспорина (рестасиса).

Клинический случай 1. В апреле 2015 г. 56-летняя женщина пришла на консультативный прием с жалобами на периодическое затуманивание зрения, дискомфорт и чувство инородного тела в левом глазу, ощущение сухости и периодическое покраснение глаза, также пациентка отмечала появление «пузырька» на склере при взгляде в зеркало. В анамнезе у пациентки с 2010 г. рассеянный склероз с ремиттирующим течением, первичный локализованный остеоартроз с поражением коленных суставов. За 4 дня до прихода на прием начала курс мовалиса внутримышечно по 15 мг 1 раз в день в течение 5 дней. У пациентки не было в анамнезе аллергических реакций, самостоятельно закапывала до обращения на прием левофлоксацин 0,5 % и офтагель. Облегчения не почувствовала.

При офтальмологическом обследовании скорректированная острота зрения составила 0,7 на правом глазу и 0,8 на левом. ВГД OU = 22 Нг мм по Маклакову. Проведена проба Ширмера I, которая показала 7 мм на правом глазу и 6 мм на левом. Время разрушения слезной пленки при пробе Норна составило 5 с на правом глазу и 4 с на левом. Роговица, передний сегмент и глазное дно — без патологии OU.

При биомикроскопии на левом глазу на бульбарной конъюнктиве выявлено образование диаметром 3–4 мм в 5 мм от лимба на 7 ч (рис. 1). Лимфангиэктазия имела вид шарообразной полости с тонкой наружной конъюнктивальной стенкой, прозрачным содержимым. Сосуды, находящиеся в толще конъюнктивы, были незначительно извиты. Киста свободно смещалась относительно склеры при надавливании шпателем. При биомикроскопии конъюнктивы обоих глаз выявлена гиперемия, небольшой отек переходных складок, увеличение фолликулов, слабая перилимбальная васкуляризация. Регионарные лимфатические узлы и околушные железы не увеличены.

Поставлен диагноз: «ССГ средней степени тяжести обоих глаз, ретенционная киста левого глаза». Назначена эмульсия циклоспорина 0,05 % (рестасис) по 1 капле 2 раза в день в оба глаза. Контрольный осмотр назначен через месяц.

На фоне применения эмульсии циклоспорина 0,05 % пациентка наблюдала уменьшение выраженности симптомов, исчезновение болевого синдрома. При повторном осмотре спустя 2 месяца проба Ширмера на правом и левом глазу — 14 и 15 мм соответственно, проба Норна — 9 и 11 с на правом и левом глазу соответственно. При биомикроскопии ретенционная киста на правом глазу отсутствовала, гиперемия конъюнктивы и отек переходных складок уменьшились, фолликулы также уменьшились в размерах. Рекомендовано продолжить лечение эмульсией циклоспорина 0,05 % еще 2 месяца.

Клинический случай 2. В марте 2015 г. на прием пришла женщина 49 лет с жалобами на ощущение инородного тела в правом глазу, косметический дефект на конъюнктиве правого глаза, периодическое затуманивание зрения, ощущение сухости в обоих глазах, особенно при длительной работе за компьютером, жалобы на косметический дефект в виде водянистого образования на бульбарной конъюнктиве на 7 ч. В анамнезе острые и хронические соматические заболевания отсутствовали, до прихода на прием никаких препаратов самостоятельно в глаза не закапывала.

При осмотре скорректированная острота зрения — 1,0 на оба глаза, пневмотонометрическое ВГД

OD = 12 mmHg, OS = 13 mmHg. Проба Ширмера на обоих глазах — 9 мм, проба Норна на правом глазу — 5 с, на левом — 6 с. При биомикроскопии на бульбарной конъюнктиве правого глаза на 7 ч выявлено кистовидное образование с прозрачной жидкостью 4 мм в диаметре и отходящие от него мелкие кистозные образования диаметром до 2 мм в виде нити жемчуга с прозрачным содержимым (рис. 2). Конъюнктива слабо гиперемирована, слабовыраженная перилимбальная васкуляризация, фолликулы умеренно увеличены в размерах.

Поставлен диагноз: «ССГ средней степени тяжести обоих глаз, лимфангиэктазия правого глаза». Назначена эмульсия циклоспорина 0,05 % (рестасис) в оба глаза по 1 капле 2 раза в день в течение месяца. Контрольный осмотр через месяц.

На контрольном осмотре жалобы на ощущение сухости и песка отсутствовали, проба Ширмера — 15 и 17 мм на правом и левом глазу соответственно, проба Норна — 11 с на правом глазу и 12 с на левом. Биомикроскопически конъюнктива спокойна, фолликулы, лимфангиэктазия присутствовали, мелкие ампульные расширения лимфатических сосудов в виде нитей жемчуга исчезли. Была выполнена пункция лимфангиэктазии в связи с косметическим дефектом, а также жалобами пациентки на периодическое ощущение инородного тела в глазу. Рекомендовано продолжать закапывать эмульсию 0,05 % циклоспорина в течение 3 месяцев.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Нами проведено динамическое наблюдение на фоне топического применения цитостатического препарата рестасис двух пациенток с ССГ средней степени тяжести и лимфангиэктазиями бульбарной конъюнктивы. На фоне применения эмульсии циклоспорина 0,05 % снизилось количество специфических жалоб, улучшились показатели стабильности слезной пленки (проба Норна) и увеличились показатели слезопродукции (тест Ширмера). В первом клиническом случае произошел регресс лимфангиэктазии самостоятельно, во втором была произведена пункция лимфангиэктазии через месяц после назначения препарата, в то время как мелкие ампульные расширения лимфатических сосудов, отходящие от нее, также сами регрессировали.

Этиология лимфангиэктазий по-прежнему неясна, а гистопатологические исследования редки. Данное состо-

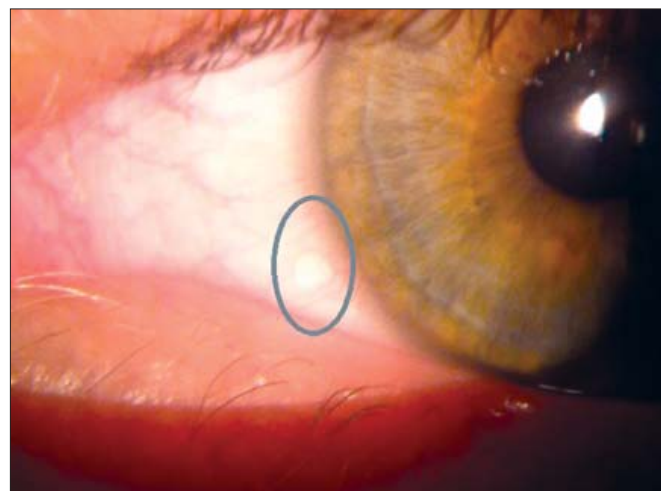


Рис. 1. Одиночная лимфангиэктазия.

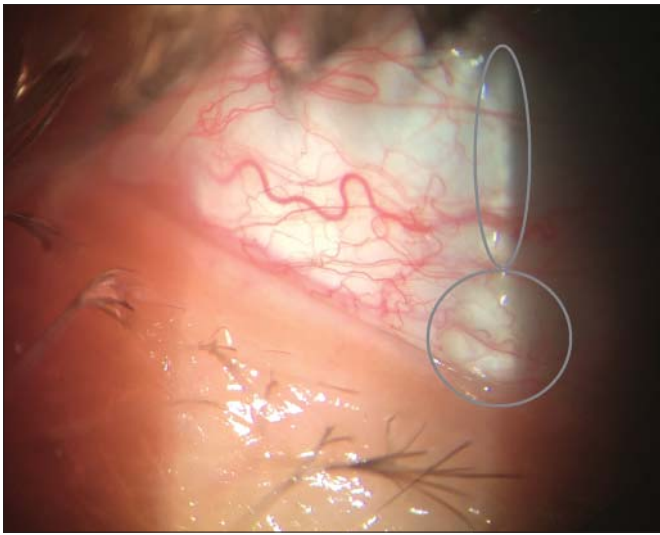


Рис. 2. Единичная крупная лимфангиэктазия с отходящими от нее множественными мелкими лимфангиэктазиями.

яние обычно унилатерально. Симптомы могут включать раздражение глазной поверхности, ощущение сухости, жжения, инородного тела, затуманивание зрения. Как правило, пациенты сами обнаруживают похожее на кисту образование, когда смотрят в зеркало, как это было в наших клинических случаях. Сочетание кистозного образования с признаками ССГ позволило обоснованно применить эмульсию циклоспорина 0,05 % (рестасиса), традиционно применяемую в терапии ССГ. Тем более что прибегнуть к пункции в первом случае пациентка отказалась, а во втором случае успешная пункция наиболее крупного образования не решала проблемы мелких кисточек и не привела бы к субъективному улучшению самочувствия. Таким образом, назначение цитостатического препарата в случаях дегенеративных, иммуногенных заболеваний бульбарной конъюнктивы вполне обоснованно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные клинические примеры демонстрируют эффективность консервативного лечения кистозных образований конъюнктивы, отягощенных ССГ.

Литература/References

1. *Петров С.Ю.* Лимфатическая система глаза. Глаукома. 2011; 3: 58–62.
Petrov S. Yu. Lymphatic system of the eye. Glaucoma. 2011; 3: 58–62 (in Russian).
2. *Duke-Elder S.* Conjunctival diseases. In: Diseases of the Outer Eye. Mosby, St. Louis, Mo, USA. 1965; 1(8).
3. *Perry H.D., Cossari A.J.* Chronic lymphangiectasis in Turner's syndrome. Br. J. Ophthalmol. 1986; 70: 396–9.
4. *Jing Song, Ji-Feng Yu, Gai-Ping Du, Yi-Fei Huang.* New surgical therapy for conjunctival lymphangiectasia. Int. J. Ophthalmol. 2010; 3(4): 365–7.
5. *Kalin N.S., Orlin S.E., Wulc A.E., et al.* Chronic localized conjunctival chemosis. Cornea. 1996; 15(3): 295–300.
6. *Spencer W.* Ophthalmic Pathology: An Atlas and Textbook, 4th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1996.
7. *Nath K., Gogi R., Zaidi N., Johri A.* Cystic lesions of conjunctiva. Indian J. Ophthalmol. 1983; 31: 1–4.
8. *Soll S.M., Lisman R.D., Harrison W., Weiner M.* Conjunctival orbital cyst Ophthal Plast Reconstr Surg. 1994; 10: 216–9.
9. *Narayanappa Shylaja, Dayananda S., Dakshayini M., Gangasagara Suresh Babu, Prabhakaran Venkatesh C.* Conjunctival inclusion cysts following small incision cataract surgery. Indian J. Ophthalmol. 2010; 58(5 Sep.-Oct.): 423–5.
10. *Meisler D.M., Eiferman R.A., Ratliff N.B., Burns C.D.* Surgical management of conjunctival lymphangiectasis by conjunctival resection. Am. J. Ophthalmol. 2003; 136(4): 735–6.
11. *Spraul C.W., Buchwald H.J., Lang G.K.* Idiopathic conjunctival lymphangiectasia. Klin Monatsbl Augenheilkd. 1997; 210: 398–9.
12. *Shields J.A., Shields C.L.* Lymphangiectasia and lymphangioma. In: Atlas of Eyelid and Conjunctival Tumors. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkin; 1999: 270–1.
13. *Hawkins A.S., Hamming N.A.* Thermal cautery as a treatment for conjunctival inclusion cyst after strabismus surgery. J. AAPOS. 2001; 5: 48–9.
14. *Frederick W.* Fraunfelder liquid nitrogen cryotherapy for conjunctival lymphangiectasia: a case series. Trans Am. Ophthalmol. Soc. 2009; 107 Dec.: 229–32.

An Experience of Using Cyclosporin 0.05 % (Restasis) in Conjunctival Lymphangiectasia Treatment of Patients With Dry Eye Syndrome

S.A. Volik, S.I. Isaenko

Clinical Hospital of Veterans of Wars, Krasnodar, Russia
sophiya.volik@yandex.ru

Two clinical cases of lymphangiectasia treatment using cyclosporine 0.05 % (Restasis) in female patients with moderate dry eye syndrome (DES) are presented. Apart from DES, the patients had lymphangiectasia of bulbar conjunctiva that caused constant feeling of a foreign body in the eye and complaints about a cosmetic defect. In case 1, there was a single cyst, and in case 2, a large cyst with multiple small cysts. Both patients were prescribed cyclosporin emulsion 0.05 % (Restasis) to treat DES. In case 1, the cyst regressed completely in four weeks. In case 2, all small cysts regressed while the remaining large cyst was punctuated in aseptic conditions by an insulin needle. The treatment with cyclosporin 0.05 % was continued.

Keywords: lymphangiectasia, cyst, dry eye, cyclosporin 0.05 %.

Russian Ophthalmological Journal, 2016; 1: 84–6

Адрес для корреспонденции: 350063 Краснодар, ул. Кирова, д. 9, КГБУЗ «Клинический госпиталь ветеранов войн»
sophiya.volik@yandex.ru