



Первичная открытоугольная глаукома у больных злокачественными опухолями

Рябцева А.А. • Гришина Е.Е.

Актуальность. Снижение зрительных функций при глаукоме неблагоприятно сказывается на качестве жизни онкологических больных. Но и сама злокачественная опухоль, как и методы ее лечения, могут вызывать прогрессирование глаукомы.

Цель – изучить особенности течения первичной открытоугольной глаукомы у онкологических больных.

Материал и методы. Изучены истории болезни 19 пациентов с различными злокачественными опухолями и первичной открытоугольной глаукомой, которым была произведена антиглаукомная операция: синустрабекулэктомия (34 глаза) и лазерная циклопексия (1 глаз). Распределение больных по видам злокачественной опухоли было следующим: рак толстого кишечника и прямой кишки – 5 больных, рак тела и шейки матки – 4, хронический лимфолейкоз – 1, рак почки – 1,

рак надпочечника – 1, рак предстательной железы – 1, рак молочной железы – 1, рак вульвы – 1, рак корня языка – 1. Антиглаукомная операция выполнена в срок менее 5 лет с момента диагностирования злокачественной опухоли у 14 больных; 9 больных продолжали получать химиотерапию и/или гормональную терапию.

Все больные в сроки от 4 до 12 месяцев после антиглаукомной операции обследованы повторно. Кроме традиционного офтальмологического обследования были проведены функциональные пробы выявления синдрома сухого глаза.

Результаты. Послеоперационный период характеризовался длительностью не менее 4 месяцев. У всех больных в послеоперационном периоде имелись явления увеита. Отслойка сосудистой оболочки в позднем послеоперационном периоде возникла у 4 больных.

Избыточное рубцевание фильтрационной подушки отмечено у 2 больных. Все больные после антиглаукомной операции получали различные гипотензивные препараты, включающие селективные и неселективные бета-блокаторы. У всех больных отмечены симптомы конъюнктивально-роговичного ксероза.

Заключение. После антиглаукомной операции у больных злокачественными опухолями необходимо длительно – не менее 4 месяцев – проводить противовоспалительную терапию. Такие больные нуждаются в длительном динамическом наблюдении офтальмолога (с частотой 1 раз в месяц не менее 1 года после операции). Всем больным, получающим цитостатики, с первого дня лечения следует назначать слезозаменители.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, онкологический больной, увеит, синдром сухого глаза.

Открытоугольная глаукома преимущественно развивается у лиц старших возрастных групп. Частота заболеваемости открытоугольной глаукомой увеличивается с возрастом пациентов [1]. К моменту возникновения глаукомы у пациента, как правило, уже имеется ряд соматических заболеваний, которые могут оказывать влияние на течение глаукомы [2, 3]. Подавляющее большинство злокачественных опухолей также развиваются у пациентов пожилого возраста. Успехи современной онкологии обеспечивают достаточно высокую продолжительность жизни больных злокачественными новообразова-

ниями. Прогрессирование глаукомы и снижение зрительных функций неблагоприятно сказываются на качестве жизни онкологических больных. При этом прогрессирование глаукомы могут вызывать и сама злокачественная опухоль, и методы ее лечения.

Цель работы – изучить особенности течения первичной открытоугольной глаукомы у онкологических больных.

Материал и методы

Ретроспективно мы проанализировали историю болезни всех пациентов, которым была выполнена антиглаукомная операция в офталь-



мологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период с января 2012 по июнь 2013 г. Всего за эти 18 месяцев по поводу некомпенсированной или субкомпенсированной глаукомы было прооперировано 512 больных, 19 из них имели различные злокачественные опухоли. В исследование не были включены больные увеальной меланомой или злокачественными опухолями орбиты, так как эти опухоли могли вызывать вторичную офтальмогипертензию, и не было уверенности в первичном характере глаукомы. Среди злокачественных опухолей преобладали рак толстого кишечника и прямой кишки (5 больных) и рак тела и шейки матки (4 больных). Остальные неоплазии, а именно: хронический лимфолейкоз, рак почки, рак надпочечника, рак предстательной железы, рак молочной железы, рак вульвы, рак корня языка – были представлены единичными случаями.

Антиглаукомная операция была выполнена 19 больным (35 глаз). При этом преобладали больные со II стадией (15 глаз) и III стадией глаукомы (16 глаз). Глаукома I стадии была диагностирована у 3 пациентов (3 глаза). Всем пациентам с глаукомой I–III стадий была выполнена синустрабекулэктомия. Одному больному по поводу терминальной глаукомы с выраженным болевым синдромом была выполнена лазерная циклопексия.

Возраст пациентов (10 мужчин и 9 женщин) на момент антиглаукомной операции варьировал от 58 до 80 лет (медиана 72 года). Интервал времени от выявления злокачественной опухоли до антиглаукомной операции составил от 1 года до 30 лет. Только у 5 больных этот интервал был более 5 лет. Подавляющему большинству больных (14 из 19) антиглаукомная операция выполнена в срок менее 5 лет с момента диагностирования злокачественной опухоли, 9 больных продолжали получать химиотерапию и/или гормональную терапию. Внутриглазное давление до антиглаукомной операции составляло 25–36 мм рт. ст.

Все больные в сроки от 4 до 12 месяцев после антиглаукомной операции обследованы повторно. Кроме традиционного офтальмологического обследования были проведены функциональные пробы выявления синдрома сухого глаза: проба Ширмера I и проба Норна.

Результаты

Послеоперационный период у 19 онкологических больных (35 глаз) характеризовался дли-

Рябцева Алла Алексеевна – д-р мед. наук, профессор, руководитель офтальмологического отделения¹

Гришина Елена Евгеньевна – д-р мед. наук, профессор, вед. науч. сотр. офтальмологического отделения¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–11, Российская Федерация. Тел.: +7 (905) 703 18 63. E-mail: eyelena@mail.ru

тельной реабилитацией. У всех пациентов были отмечены явления вялотекущего послеоперационного увеита, выраженные в той или иной степени. В позднем послеоперационном периоде (через 4 месяца после операции и более) у 4 больных возникла отслойка сосудистой оболочки, по поводу которой 1 больному была произведена склеротомия. Несостоятельность фильтрационной подушечки вследствие избыточного ее рубцевания наблюдалась у 2 больных раком почки и хроническим лимфолейкозом, что потребовало дополнительного хирургического вмешательства.

Необходимо отметить, что внутриглазное давление у всех больных после антиглаукомной операции было компенсировано только после назначения дополнительной медикаментозной гипотензивной терапии. Преобладали селективные и неселективные бета-блокаторы в качестве монотерапии или в различных комбинациях.

Все пациенты предъявляли жалобы, характерные для синдрома сухого глаза. При осмотре больных в сроки от 4 до 12 месяцев после антиглаукомной операции у 9 (9 глаз – 25,7%) отсутствовали слезные мениски, у остальных (26 глаз – 74,3%) отмечали уменьшение слезных менисков. У трети больных (34,6%) обнаружено отделяемое в конъюнктивальной полости в виде слизистых нитей. Гиперемия бульбарной конъюнктивы была диагностирована у 8 больных (10 глаз – 28,6%). Проба Ширмера I выявила уменьшение общей слезопродукции до $13 \pm 3,1$ мм за 5 минут, время разрыва слезной пленки было снижено до $6,1 \pm 3,3$ с.

Обсуждение

Анализ медицинской документации выявил некоторые особенности течения первичной глаукомы у онкологических больных. Прежде всего необходимо обращать внимание на психо-эмоциональное состояние больного в момент выявления злокачественной опухоли. Известие о злокачественной опухоли заставляет пациента сосредоточиться на ее лечении. В это время больные нередко не соблюдают врачебные предписания, нарушают гипотензивный режим.

Многие лечебные мероприятия, выполненные по поводу злокачественной опухоли, способствуют повышению внутриглазного давления и прогрессированию глаукомы. Среди таких мероприятий следует выделить применение атропина при интубации для уменьшения саливации и использование с целью абластики управляемой артериальной гипотонии

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



во время удаления злокачественной опухоли. Оперативное лечение злокачественной опухоли сопряжено с риском общих и местных сосудистых нарушений, которые также могут способствовать прогрессированию глаукомной оптической нейропатии.

После проведения антиглаукомной операции отмечается затяжной период реабилитации больных. Снижение иммунитета приводит к развитию осложнений не только в раннем послеоперационном периоде, но и через несколько месяцев после операции. Всем нашим больным после антиглаукомной операции для компенсации внутриглазного давления потребовалась дополнительная медикаментозная терапия. Хорошо известно, что гипотензивные препараты, особенно бета-блокаторы, вызывают синдром сухого глаза. Наиболее выражены симптомы ксероза были у 9 больных, получающих химиотерапию. Необходимо иметь в виду, что цитостатики угнетают секрецию слезных желез, вызывают дисфункцию мейбомиевых

Ryabtseva Alla Alekseevna – MD, PhD, Professor, the Head of the Ophthalmology Department¹

Grishina Elena Evgen'evna – MD, PhD, Professor, Leading Research Associate, Ophthalmology Department¹
✉ 61/2–11 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation.
Tel.: +7 (905) 703 18 63.
E-mail: eyelena@mail.ru

¹Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

желез. Угнетение иммунитета и снижение толерантности к инфекции приводят к развитию блефарита и мейбомииита, что, в свою очередь, усиливает явления ксероза [4].

Заключение

Рациональное лечение глаукомы у онкологических больных возможно только при взаимодействии офтальмолога и онколога. После антиглаукомной операции необходимо длительно, не менее 4 месяцев, проводить противовоспалительную терапию, желательно использовать препараты без консерванта. Учитывая возможность развития поздних послеоперационных осложнений, такие больные нуждаются в длительном динамическом наблюдении офтальмолога (с частотой 1 раз в месяц не менее 1 года). При назначении гипотензивной терапии предпочтение следует отдавать препаратам без консерванта бензалкония хлорида. Всем больным, получающим цитостатики, с первого дня лечения необходимо назначать слезозаменители. ☉

Primary open-angle glaucoma in oncologic patients

Ryabtseva A.A. • Grishina E.E.

Background: Glaucoma-induced visual impairment negatively influences quality of life of oncologic patients. Yet, tumor in itself and methods of its treatment may promote glaucoma progression.

Aim: To study characteristics and course of primary open-angle glaucoma in oncologic patients.

Materials and methods: We analyzed case reports of 19 oncologic patients after primary open-angle glaucoma-related sinus trabeculectomy (34 eyes) and laser cyclohexy (1 eye). Diagnosed malignancies included colorectal cancer in 5 patients, uterine body and cervical cancer in 4 patients, chronic lymphocytic leukemia in 1 patient, renal cell carcinoma in 1 patient, adrenal cancer in 1 patient, prostatic cancer in 1 patient, breast cancer in 1 patient, vulvar cancer in 1 patient, tongue root cancer in 1 patient. Antiglaucomatous surgery was accomplished during the first 5 years from the diagnosis of tumor in 14 patients. In 9 patients, chemotherapy or hormone therapy was continued by the time of surgery. Follow-up of the patients was undertaken in 4–12 months after the antiglaucomatous

operation; it included routine ophthalmological examination and dry eye syndrome functional tests.

Results: Duration of postoperative period was 4 months or more. All patients had uveitis postoperatively. During late postoperative period, choroidal detachment was diagnosed in 4 patients. Bleb scarring was found in 2 patients. All patients received hypotensive treatment postoperatively including selective and non-selective beta-adrenergic blockers. Conjunctival and corneal xerosis was observed in all patients.

Conclusion: In oncologic patients undergoing antiglaucomatous surgery, long-term (4 months or more) postoperative anti-inflammatory therapy is needed along with monthly ophthalmological follow-up during the first year after the operation. In patients with ongoing cytostatic drug treatment, artificial tear should be administered.

Key words: primary open-angle glaucoma, oncologic patient, uveitis, dry eye syndrome.

Литература (References)

1. Нестеров А.П. Глаукома – дискуссионные проблемы. Клиническая офтальмология. 2004;(2):49–51. (Nesterov AP. [Glaucoma: disputable issues]. Klinicheskaya oftal'mologiya. 2004;(2):49–51. Russian).
2. Мошетьова Л.К., Алексеев И.Б., Нестеренко Е.В. Особенности лечебной тактики при хирургическом лечении глаукомы у больных сахарным диабетом II типа (обзор литературы). Глаукома. 2005;(1):63–9. (Moshetova LK, Alekseev IB, Nesterenko EV. [Special aspects of glaucoma surgery in patients with type II diabetes mellitus (a review)]. Glaukoma. 2005;(1):63–9. Russian).
3. Lee AJ, Wang JJ, Kifley A, Mitchell P. Open-angle glaucoma and cardiovascular mortality: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology. 2006;113(7):1069–76.
4. Гришина Е.Е., Агеенкова О.А. Воспалительные заболевания глаз у больных гемобластозами. Клиническая офтальмология. 2006;(1):10–1. (Grishina EE, Ageenkova OA. [Inflammatory eye diseases in patients with hemoblastosis]. Klinicheskaya oftal'mologiya. 2006;(1):10–1. Russian).