

Касимов Э.М., Агаева Ф.А.

ОТСЛОЙКА ДЕСЦЕМЕТОВОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ТРАБЕКУЛЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *витреоретинальный газ, десцеметова мембрана, трабекулэктомия*

Отслойка десцеметовой мембраны (ОДМ), впервые описанная в 1927 г., является редким, но весьма серьёзным осложнением интраокулярной хирургии и глазной травмы. К возможным причинам ОДМ относятся: мелкая передняя камера, случайное внедрение инструментов или введение физиологического раствора/вискоэластика между глубокой стромой и ДМ, использование затупленных микрокератомов, повторные микрохирургические вмешательства [1-5]. Встречающиеся случаи двусторонней ОДМ могут свидетельствовать о слабых связях между стромой и ДМ, обусловленных генетической предрасположенностью к ОДМ у некоторых пациентов [6].

На сегодняшний день тактика лечения ОДМ включает: консервативное лечение, внутрикамерное введение воздуха, газа, вискоэластиков, фиксация ДМ посредством швов, кератопластика [3,6]. При ОДМ широко используется введение в переднюю камеру медленно рассасывающихся газов, применяющихся в витреоретинальной хирургии, а именно их нерасширяющихся концентраций - 20% SF₆ (гексафторид серы) или 14% C₃F₈ (перфлюоропропановый газ) [7-10]. В литературе также описаны случаи самопроизвольного прилегания отслоенной ДМ на фоне медикаментозного лечения [11-13].

Нам хотелось бы представить клинический случай ОДМ при проведении повторной трабекулэктомии у пациентки с закрытоугольной глаукомой.

Больная, Б.Т., 70 лет, поступила в глаукомное отделение Национального Центра Офтальмологии имени академика З.Алиевой с диагнозом OD – закрытоугольная терминальная оперированная глаукома с нормальным внутриглазным давлением (ВГД); OS – закрытоугольная далеко-зашедшая оперированная глаукома с высоким ВГД; OU – незрелая осложнённая катаракта. Из медицинского анамнеза – 10 лет назад проведённая мастэктомия; синустрабекулэктомия, проведённая на правом глазу 17 лет назад, на левом глазу – 15 лет назад. При обследовании: правый глаз незрячий, острота зрения на левом глазу - 0.08 со сферической коррекцией – 3.5 D = 0,1; давление по Маклакову справа составило 16 мм рт.ст., слева – 38 мм рт.ст. (под каплями Арутимола 0,5% х 2 р/д и Пилокарпина х 2 р/д, которые применялись на протяжении последних 12 лет).

Биомикроскопически: правый глаз – фиброзированная фильтрационная подушка, прозрачная роговица, мелкая передняя камера, диффузная атрофия радужки с базальной иридектимией на 12 часах, зрачок широкий, неправильной формы (подтянут к 12 часам), частичное помутнение хрусталика. Гониоскопически - закрытый угол, в 1 квадранте 1-я степень по Шафферу. Офтальмоскопически – глаукоматозная атрофия зрительного нерва с полной краевой экскавацией 1.0; левый глаз – фиброзированная фильтрационная подушка, прозрачная роговица, мелкая передняя камера, диффузная атрофия радужки с иридектимией на 12 часах, зрачок узкий (2 мм), полная окклюзия зрачка посредством задних синехий, частичное помутнение хрусталика. Гониоскопически - закрытый угол, в 1 квадранте 1-я степень по Шафферу. Офтальмоскопически – глаукоматозная атрофия зрительного нерва с краевой экскавацией 0.8. Поле зрения концентрически сужено. Передне-задняя ось левого глаза соответствовала 21,42 мм. Центральная толщина роговицы правого глаза 606 мкм, левого глаза – 620 мкм, при этом были отмечены изменения формы и размеров гексагональных клеток (Рис. 1).

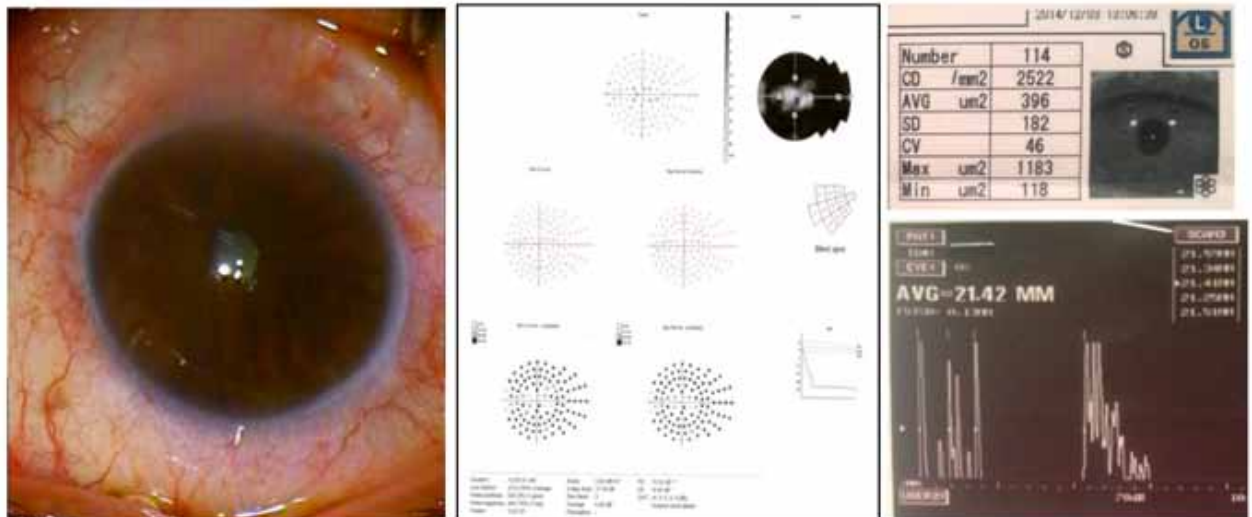


Рис.1 Биомикроскопическая картина, поле зрения, эндотелиальная микроскопия и ультразвуковое исследование левого глаза

Были назначены капли Азарга и Альфаган, на протяжении 2-х последующих месяцев ВГД удавалось контролировать медикаментозно, однако, на третьем месяце появилась тенденция к подъёму ВГД (31 мм рт. ст.). На фоне максимального медикаментозного режима ВГД колебалось в пределах от 24 до 34 мм рт. ст. Было принято решение о проведении повторной трабекулэктомии с имплантацией коллагенового матрикса Ологен на левом глазу. На следующий день, во время первой перевязки: острота зрения оставалась без изменений, ВГД составило 8 мм рт.ст. (бесконтактная тонометрия, Томеу), биомикроскопически - в верхне-наружном квадранте глазного яблока фильтрационная подушка с умеренной фильтрацией, глубина передней камеры без изменений. Были назначены инстилляци Вигамокса - 6 р/д и Предфорте – каждые 2 часа.

На третий день больная начала жаловаться на резкое снижение зрения. При объективном обследовании острота зрения снизилась до 0.02, ВГД – на нижней границе нормы, биомикроскопически отмечался диффузный отёк роговицы с множественными грубыми складками на задней поверхности роговицы, глубина передней камеры оставалась без изменений. ультразвукографически – все оболочки прилежали (Рис. 2).

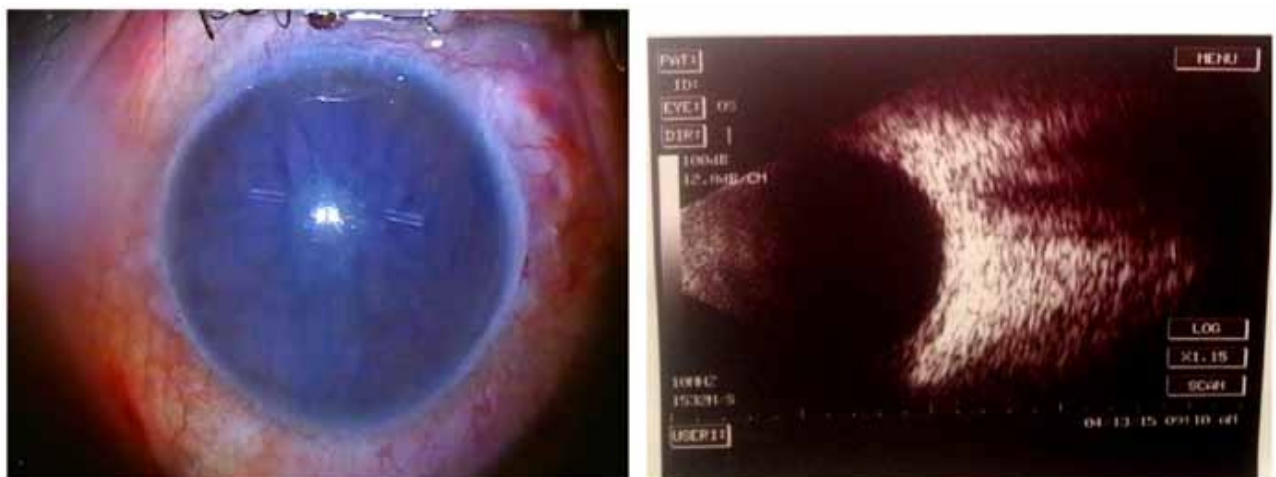


Рис.2 Биомикроскопическая картина и ультразвуковое исследование (B/sweep) левого глаза на третий день после операции

При просмотре видеозаписи проведённой трабекулэктомии в замедленном режиме был отмечен зеркальный блеск, свидетельствующий о произошедшей ОДМ при попытке введения канюли в переднюю камеру с целью её восстановлению при помощи дисперсного вискоэластика Вискоат. Оптическая

когерентная томография (ОКТ) переднего сегмента на аппарате Zeiss Visante OCT подтвердила тотальную отслойку ДМ. Центральная толщина роговицы составила 1184 μm (Рис. 3.). Согласно Mulhern M. с соавт. наиболее частой причиной ОДМ является введение вискоэластика между стромой и ДМ при случайном введении канюли между слоями роговицы [14].

При выборе тактики лечения мы руководствовались наличием следующих основных факторов: размерами отслойки, отсутствием герметичности передней камеры и наличием вискоэластика между слоями роговицы. Необходимо было заполнить переднюю камеру определённым веществом с максимально длительным периодом абсорбции. Известно, что из двух газов, применяющихся в витреоретинальной хирургии, газ СЗФ8 обладает более длительным периодом абсорбции и может держаться в глазу от 6 до 8 недель, при периоде абсорбции газа SF6 1-2 недели [10].



Рис. 3. Тотальная отслойка ДМ на ОКТ переднего сегмента, пахиметрическая карта

Незамедлительно было проведено первое введение газа 14% СЗФ8 в переднюю камеру. На 4-й день после инъекции отмечалось снижение интенсивности отёка роговицы, а также частичное прилегание ДМ. Однако, наблюдалась лёгкая гипотония, измельчение передней камеры в нижней её половине и опасность формирования передних синехий между отслоенной ДМ и радужкой (Рис.4,5). На ультразвукографическом обследовании все оболочки в заднем сегменте глазного яблока прилежали. Было принято решение об усилении местной стероидной терапии и повторном введении газа 14% СЗФ8 в переднюю камеру. На 8-й день после первого введения газа было проведено его повторное введение. На 6-й день после повторного введения СЗФ8 отмечалось значительное снижение интенсивности отёка роговицы, был выявлен небольшой участок отслоенной ДМ на средней периферии, центральная толщина роговицы составила 767 μm (Рис.6,7).

Полное прилегание ДМ, подтвержденное на ОКТ, было отмечено на 24-й день после операции. Центральная толщина роговицы составила 625 μm (Рис.8). Плотность эндотелиальных клеток снизилась до 1980/ mm^2 , т.е. на 21,5% от исходной. Острота зрения соответствовала 0,05 (снижение остроты зрения было обусловлено увеличением степени катаракты), ВГД по Маклакову составило 18 мм.рт.ст., биомикроскопическое обследование выявило прозрачную роговицу.

Li Yue-Hua с соавт. описали подобный случай ОДМ при трабекулэктомии, проведённой у пациентки с закрытоугольной глаукомой, однако осложнение было диагностировано на 10-й день после операции и полного прилегания ДМ удалось добиться после 5 процедур введения газа, вискоэластика и воздуха в переднюю камеру [4].

Таким образом, описанный клинический случай свидетельствует о потенциальном риске ОДМ при повторной трабекулэктомии у пациентов с закрытоугольной глаукомой. Полученные данные указывают на возможность положительного исхода при своевременной диагностике ОДМ с проведением безотлагательных процедур по ее устранению в раннем послеоперационном периоде после трабекулэктомии.

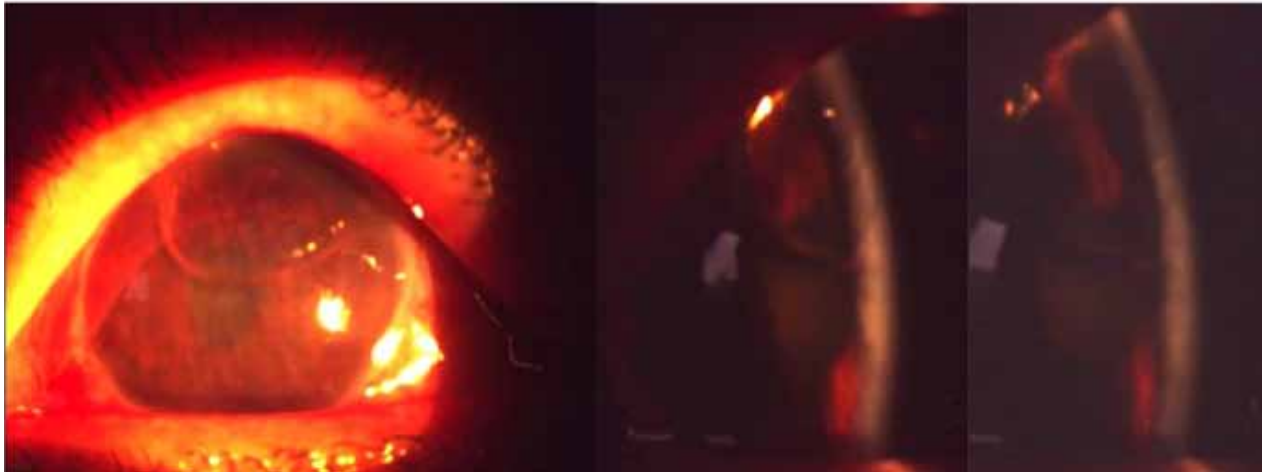


Рис. 4 Биомикроскопическая картина левого глаза на 4-й день после первого введения газа 14% С3F8 в переднюю камеру



Рис.5 Частичное прилегание отслоенной ДМ, измельчение передней камеры в нижней её половине, опасность формирования передних синехий между отслоенной ДМ и радужкой



Рис.6 Биомикроскопическая картина левого глаза на 6-й день после повторного введения газа 14% С3F8 в переднюю камеру

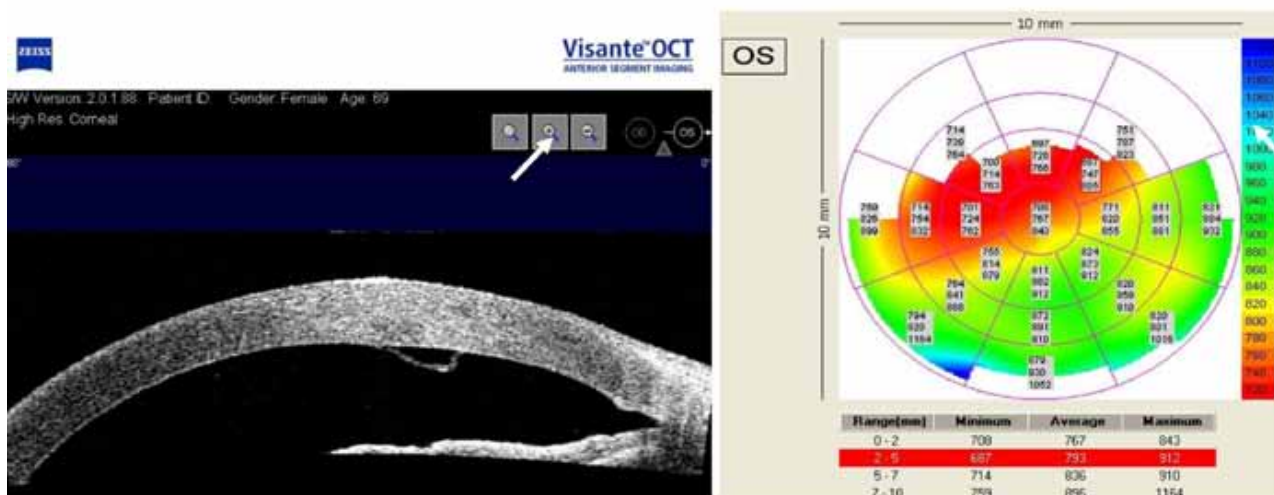


Рис. 7 Небольшой участок отслоенной ДМ на средней периферии, пахиметрическая карта на 6-й день после повторного введения газа 14% СЗФ8 в переднюю камеру (17-й день после трабекулэктомии)

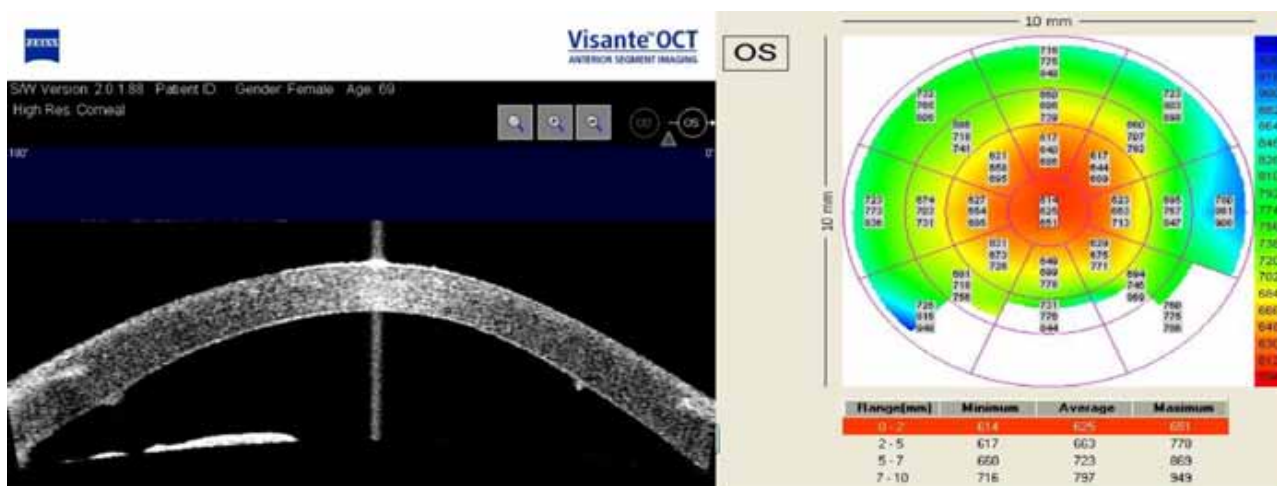


Рис.8 Полное прилегание отслоенной ДМ, пахиметрическая карта на 13-й день после повторного введения газа 14% СЗФ8 в переднюю камеру (24-й день после трабекулэктомии)

ЛИТЕРАТУРА

1. Acharjee H.B., Acharjee K.B., Medhi J. et al. Descemet membrane detachment caused by inadvertent vancomycin injection // Indian J. Ophthalmol., 2008, v.56(3), p.241-243.
2. Fujimoto H., Mizoguchi T., Kuroda S. et al. Intracorneal hematoma with Descemet membrane detachment after viscocanalostomy // Am. J. Ophthalmol., 2004, v.137(1), p.195-196.
3. Kim I.S., Shin J.Ch., Im C.Y. et al. Three Cases of Descemet's Membrane Detachment after Cataract Surgery // Yonsei Med. J., 2005, v.46(5), p.719-723.
4. Li Y.H., Shi J.M., Fan F. et al. Descemet membrane detachment after trabeculectomy // Int. J. Ophthalmol., 2012, v.5(4), p. 527-529.
5. Palmiero P.M., Sbeity Z., Liebmann J. et al. Imaging of descemet membrane detachment after trabeculectomy using slit-lamp-adapted optical coherence tomography // J. Glaucoma, 2009, v.18(9), p.643-645.
6. Marcon A.S., Rapuano C.J., Jones M.R. et al. Descemet's membrane detachment after cataract surgery: management and outcome // Cornea, 2002, v.109(12), p.2325-2330.
7. Assi E.I., Levkovich-Verbin H., Blumenthal M. Management of Descemet's membrane detachment // J.

- Cataract. Refract. Surg., 1995, v.21(6), p.714-717.
8. Kim T., Hasan S.A. A new technique for repairing descemet's membrane detachments using intracameral gas injection // Arch. Ophthalmol., 2002, v.120, p.181-183.
 9. Mannan R., Jhanji V., Sharma N. et al. Intracameral C3F8 injection for Descemet membrane detachment after phacoemulsification in deep anterior lamellar keratoplasty // Cornea, 2007, v.26(5), p.636-638.
 10. Shaheeda M., Lai T.Y.Y. Intraocular gas in vitreoretinal surgery // HKJ Ophthalmol., v.14(1), p.8-13.
 11. Iradier M.T., Moreno E., Aranguez C. Late spontaneous resolution of a massive detachment of Descemet's membrane after phacoemulsification // J. Cataract. Refract. Surg., 2002, v.28, p.1071-1073.
 12. Tu K.L., Ibrahim M., Kaye S.B. Spontaneous resolution of Descemet membrane detachment after deep anterior lamellar keratoplasty // Cornea, 2006, v.25(1), p.104-106.
 13. Wigginton S.A., Jungschaffer D.A., Lee D.A. Postoperative Descemet membrane detachment with maintenance of corneal clarity after trabeculectomy // J. Glaucoma, 2000, 9(2), p.200-2.
 14. Mulhern M., Barry P., Condon P. A case of Descemet's membrane detachment during phacoemulsification surgery // Br. J. Ophthalmol., 1996, v.80, p.185-186.

Qasımov E.M., Ağayeva F.Ə.

TRABEKULEKTOMIYA ZAMANI DESSEMET MEMBRANIN QOPMASI (KLİNİK HAL)

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *dessemet membran, trabekulektomiya, vitreoretinal qaz*

XÜLASƏ

Müəlliflər tərəfindən trabekulektomiya zamanı yaranmış dessemet membranının qopması klinik təsadüfün analizi və müalicə taktikasının təhlili verilmişdir.

Kasimov E.M., Aghayeva F.A.

DESCEMET'S MEMBRANE DETACHMENT IN TRABECULECTOMY (CLINICAL CASE)

National Centre of Ophthalmology named after academician Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *descemet's membrane, trabeculectomy, vitreoretinal gas*

SUMMARY

The authors have described clinical case of descemet's membrane detachment in trabeculectomy as well as its management.

Для корреспонденции:

Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Oftальмологии им. академика Зарифы Алиевой

Агаева Фидан Акбар кызы, врач-офтальмолог отдела глаукомы Национального Центра Oftальмологии им. акад. Зарифы Алиевой

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

Адрес: AZ1114, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15

Email: administrator@eye.az : www.eye.az

Licofor



- *Torlu qışada neovaskulirizasiyanın qarşısını alaraq angioprotektiv təsir edir*
- *Makulyar distrofiyanın yaranmasını ləngidir*
- *Görmə sinirini qoruyur*



**Makuloprotektor
Angioprotektor**

