

УДК 617.75

Магафуров С.Ю.<sup>1</sup>, Мурапталова Ф.Б.<sup>1</sup>, Загидуллина А.Ш.<sup>1</sup>, Ямлиханов А.Г.<sup>1,2</sup>

**ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ ХРУСТАЛИКА  
В СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО НА ФОНЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ  
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

<sup>1</sup>Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №8, г. Уфа

В данной работе представлен опыт ведения пациентки с травматической катарактой, сахарным диабетом 2 типа в анамнезе. Описаны тактика её ведения врачами от момента первого обращения по поводу ухудшения зрения до достижения улучшения остроты зрения. Изложены этапы проведенной операции по поводу полной осложненной катаракты с вывихом хрусталика в стекловидное тело, в ходе которой был обнаружен разрыв задней капсулы хрусталика. Представлена дальнейшая тактика хирурга – с применением витрэктомии с последующей имплантацией интраокулярной линзы. Продемонстрирована важность комплексного обследования пациентов врачами смежных специальностей для своевременной постановки диагноза и оказания надлежащей специализированной помощи.

**Ключевые слова:** травматическая катаракта, факоемульсификация катаракты, витрэктомия, интраокулярная линза, сахарный диабет.

Magafurov S.Y.<sup>1</sup>, Muraptalova F.B.<sup>1</sup>, Zagidullina A.Sh.<sup>1</sup>, Yamlikhanov A.G.<sup>1,2</sup>

**EXPERIENCE OF MANAGEMENT OF A PATIENT WITH TRAUMATIC  
DISLOXATION OF THE LENS INTO THE VITREOUS ON THE BACKGROUND OF  
DIABETIC RETINOPATHY (CLINICAL CASE)**

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa

<sup>2</sup>City Clinical Hospital №8, Ufa

This paper presents the experience of managing a patient with a traumatic cataract and a history of type 2 diabetes mellitus. The tactics of its management by doctors from the moment of the first visit regarding deterioration of vision until the achievement of improvement in visual acuity are described. The stages of the operation for complete complicated cataract with dislocation of the lens into the vitreous body are described, during which a rupture of the posterior capsule of the lens was discovered. The surgeon's further tactics are presented - using vitrectomy followed by implantation of an intraocular lens. The importance of a comprehensive examination of patients by doctors of related specialties for timely diagnosis and providing appropriate specialized care.

**Key words:** traumatic cataract, phacoemulsification of cataract, vitrectomy, intraocular lens, diabetes mellitus.

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов [1]. Наиболее ранние и часто встречающиеся глазные осложнения сахарного диабета — это ретиальные и внутриглазные кровоизлияния, диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек сетчатки, быстрое созревание катаракты, вторичная глаукома [2].

Катаракта – частичное или полное нарушение прозрачности хрусталика, является одной из основных причин слабовидения и обратимой слепоты в мире, поражая каждого

шестого человека в возрасте старше 40 лет и подавляющую часть населения – к 80-ти годам [3].

Травматическая катаракта является следствием оводнения хрусталиковых масс через дефект капсулы хрусталика. Такая травматическая катаракта часто сопровождается набуханием с развитием клинической картины острого приступа глаукомы и может стать показанием к неотложной катарактальной хирургии [4].

Нами описывается клинический случай ведения пациентки с травматической катарактой, сахарным диабетом 2 типа в анамнезе. У пациентки было получено письменное добровольное согласие на публикацию в медицинском журнале личных данных, без разглашения персональных данных.

14.03.2023 г. на прием к эндокринологу по месту жительства обратилась пациентка К. 74 лет с жалобами на постоянную жажду, утомляемость и постепенное снижение зрения в течение месяца, преимущественно в левом глазу. Из анамнеза известно, что 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью ст. II, ст. II, риск 3. Раньше принимала таблетки «Метформин», сейчас переведена на инсулин длительного действия. Пациентке рекомендована консультация офтальмолога.

На приеме у офтальмолога 29.03.23 г. предъявляла те же жалобы. Объективно острота зрения на момент осмотра: OD 0,1 с корр. sph +1,75, cyl +1,25 ax170° = 0,5; OS 0,1 не корр. При пневмотонометрии внутриглазное давление (ВГД): OD/ OS: 14/ 15 мм рт. ст. При осмотре обоих глаз движения в полном объеме, слезные органы проходимы, веки спокойные. При биомикроскопии обоих глаз конъюнктивы бледно-розовой окраски, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок круглый, рельеф радужки четкий, в левом хрусталике определяется начальный фиброз задней капсулы, в правом – начальное помутнение хрусталика деструкция стекловидного тела. Глазное дно: OU диск зрительного нерва (ДЗН) бледноватый, границы четкие, артерии узкие, вены умеренно расширены, извиты, по ходу сосудов микроаневризмы, сетчатка прилежит. В макулярной зоне OS отек 2x2,2 мм. Выставлен диагноз: OU Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Неполная осложненная катаракта. Пациентка направлена на дообследование в специализированное медицинское учреждение (СМУ).

На приеме в СМУ была проведена оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной зоны OS (рис. 1): сетчатка несколько утолщена за счет кистозного отека нейроэпителия. На всем протяжении сканирования определяются твердые, мягкие сливные друзы мембраны Бруха, вызывающие деформацию пигментного эпителия. Внутренние слои нейроэпителия четко не контурируются, в толще слоев визуализируются множественные

гиперрефлективные включения – твердые эксудаты и кисты. Заключение и выводы: OS – ОКТ признаки диабетического макулярного отека. Идиопатическая эпимакулярная мембрана.

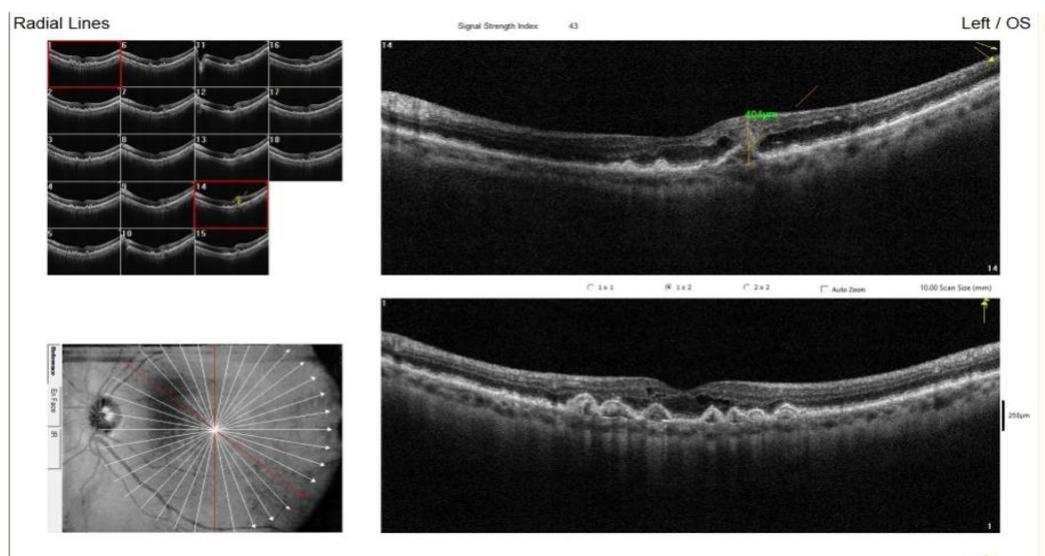


Рис.1. Оптическая когерентная томограмма макулярной области левого глаза пациентки К.

Выставлен диагноз: OU Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Неполная осложненная катаракта. OS Диабетический макулярный отек. Пациентка направлена на плановое интравитреальное введение препарата (ИВВП) Визью в OS, которое было выполнено 22.05.2023 г.

23.06.2023 г. пациентка вновь обратилась к офтальмологу по месту жительства с жалобами на резкое ухудшение зрения. Из анамнеза было выяснено, что 7.06.23 г. упала и ударилась головой, при этом за специализированной помощью не обращалась. Объективно острота зрения на момент осмотра: OD 0,1 с корр. sph +1,50, cyl +1,25 ax170° = 0,4; OS 0,001 не корригирует. При пневмотонометрии в дневное время ВГД: OD/ OS: 16/ 23 мм рт. ст. При осмотре обоих глаз движения в полном объеме, слезные органы проходимы, веки спокойные. При биомикроскопии OU конъюнктив бледно-розовой окраски, роговица прозрачна, передняя камера средней глубины, зрачок круглый, рельеф радужки четкий. OD в хрусталике определяются начальные помутнения, деструкция стекловидного тела. В OS хрусталик мутный, стекловидное тело и сетчатка не просматривается. Выставлен диагноз: OU Непролиферативная диабетическая ретинопатия. OS Диабетический макулярный отек. Полная осложненная катаракта. Вторичная офтальмогипертензия. OD Неполная осложненная катаракта. Пациентка направлена в ГБУЗ ГКБ №8 на плановую операцию по поводу полной осложненной катаракты левого глаза.

На приеме 19.07.2023 г. проведено В-сканирование глазного яблока: OS в стекловидном теле в проекции за хрусталиком визуализируется гиперрефлективное скопление (хрусталиковые массы). Оболочки глаза прилежат.

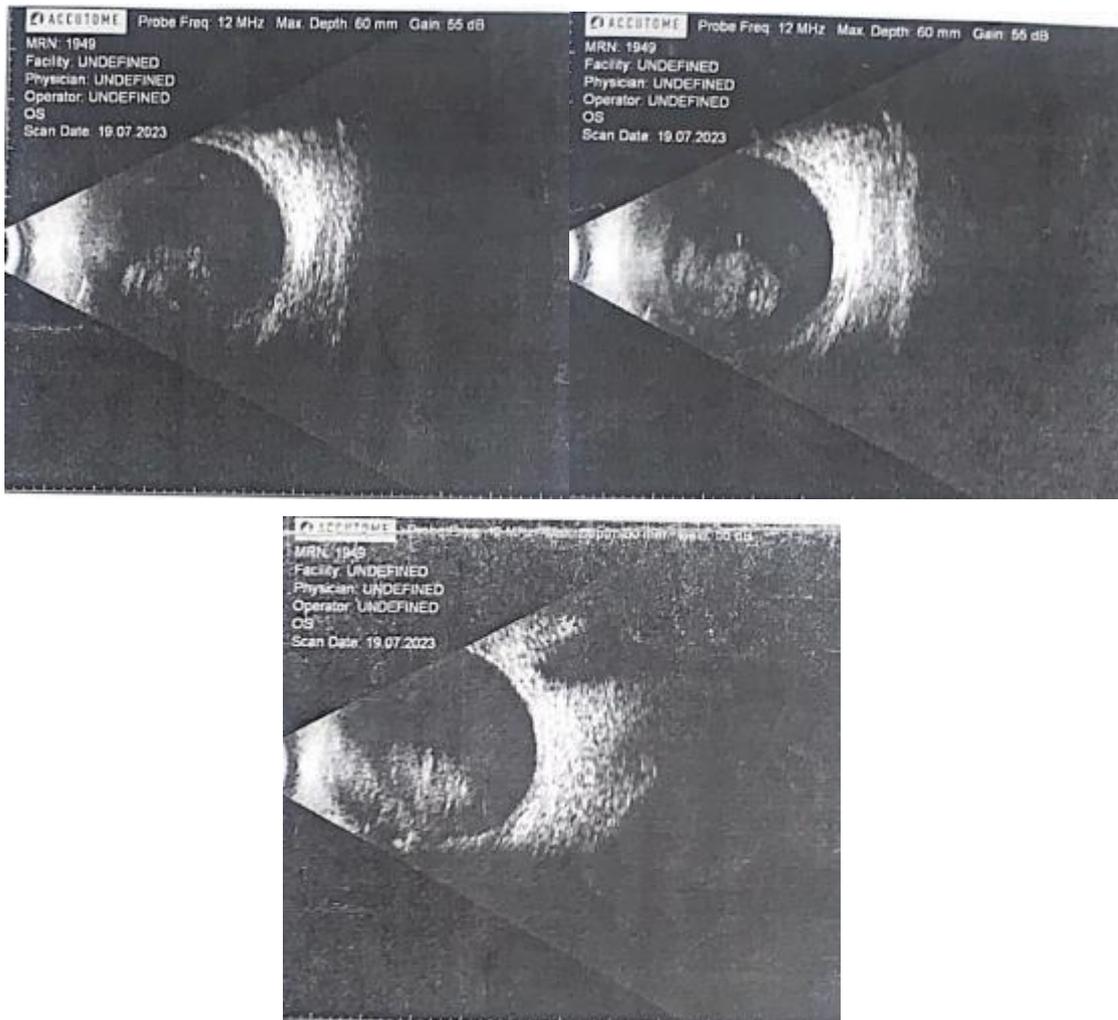


Рис. 1. В-сканирование левого глазного яблока пациентки К.

Выставлен диагноз: OU Непролиферативная диабетическая ретинопатия. OS Посттравматическая катаракта. Вывих хрусталика в стекловидное тело. OD Неполная осложненная катаракта.

06.10.2023 г. во время операции ультразвуковой факоэмульсификации катаракты OS после аспирации хрусталиковых масс был обнаружен разрыв задней капсулы со смещением ядра хрусталика в стекловидное тело. Выполнена микроинвазивная задняя субтотальная витрэктомия, эндотампонада перфторорганическим соединением (ПФОС), факоэмульсификация люксированного в полость стекловидного тела хрусталика в передней камере глаза, одномоментное удаление ПФОС и произведена имплантация ИОЛ в борозду цилиарного тела. После операции проводили противовоспалительное местное лечение. При осмотре на следующий день после операции острота зрения OS 0,07 не корр., ВГД OS 17 мм рт. ст. Инъекция конъюнктивы незначительная, на роговице – единичные складки десцеметовой оболочки в области тоннеля, передняя камера средней глубины, влага прозрачная; рельеф радужки – четкий, пигментная кайма частично отсутствует; зрачок – круглый; ИОЛ – в борозде цилиарного тела. Влага в витреальной полости прозрачная. Рефлекс

с глазного дна – розовый. Пациентка выписана через 3 дня после операции с рекомендациями по поводу лечения и наблюдения у офтальмолога по месту жительства.

При осмотре через 1 месяц острота зрения OS 0,2 не корр.; ВГД OS 18 мм рт. ст. При биомикроскопии OS: конъюнктива бледно-розовой окраски, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок круглый, рельеф радужки четкий, ИОЛ в борозде цилиарного тела. Глазное дно OS ДЗН бледноватый, границы четкие, артерии узкие, вены умеренно расширены, извиты, по ходу сосудов микроаневризмы, сетчатка прилежит. В макулярной зоне OS отек 2,2x2,2 мм.

Рекомендовано продолжить анти-VEGF терапию левого глаза препаратом Визью трехкратно, с интервалом 4 недели, провести ОКТ макулярной области через 3 недели после каждого введения препарата, наблюдаться у офтальмолога по месту жительства.

### **Заключение и выводы**

В представленном случае на фоне осложненной макулярным отеком диабетической ретинопатии комбинированным методом успешно удален люксированный в стекловидное тело хрусталик. В таких случаях имплантация ИОЛ в борозду при сохранности передней капсулы является альтернативным вариантом хирургического лечения, который впоследствии может привести к улучшению остроты зрения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых». Москва, 2022. 228с.
2. Калинин А.П., Можеренков В.П., Прокофьева Г.Л. Офтальмоэндокринология. М.: Медицина, 1998. 160 с.
3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию офтальмологической помощи пациентам с возрастной катарактой. Экспертный совет по проблеме хирургического лечения катаракты / ООО «Межрегиональная ассоциация врачей-офтальмологов». М.: Изд-во «Офтальмология», 2015. 32 с.
4. Клинические рекомендации «Открытая травма глаза: клиника, диагностика, лечение». Москва, 2017. 32 с.

### ***Сведения об авторах статьи:***

1. **Магафуров Салават Юлаевич** – ординатор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ул. Ленина, 3. e-mail: smagafurov98@mail.ru
2. **Мурапталова Феруза Бекпулатовна** – ординатор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ул. Ленина, 3. e-mail: feruzarakhmatova@mail.ru
3. **Загидуллина Айгуль Шамилевна** – д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ул. Ленина, 3. e-mail: aigul.zagidullina@gmail.com

4. **Ямлиханов Айдар Гаязович** – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Ленина, 3, заведующий микрохирургического отделения глаза №1 ГБУЗ РБ ГKB №8, г. Уфа, ул. Кольцевая, 47. e-mail: aydaron@mail.ru