

УДК 617.7-001.4-085.276

DOI: 10.34215/1609-1175-2026-1-87-91



Редкий случай тяжелой глазной травмы рыболовным крючком

Г.А. Федяшев^{1,3}, В.Я. Мельников¹, Е.А. Абдуллин², О.В. Мирошниченко²,
Д.С. Супрун², А.С. Полищук¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

² Краевая клиническая больница № 2, Владивосток, Россия

³ Приморский центр микрохирургии глаза, Владивосток, Россия

Цель исследования: проанализировать, как травмы глаза рыболовными крючками влияют на зрительные функции и качество жизни пациентов. **Материалы и методы.** На клиническом примере представлено наблюдение пациента 27 лет с редкой тяжелой офтальмологической травмой рыболовным крючком в виде якоря, размер которого более 10 см, с трехглавыми зубьями, диаметр каждого зубца – 3 мм. **Результаты.** В настоящее время наблюдается незначительное улучшение зрения левого глаза: счет пальцев с расстояния 10 см, ранее острота зрения была 1/∞ pr.l.incertae. Вместе с тем имеется клиническая картина посттравматического кератouveита левого глаза. Назначена противовоспалительная терапия, подлежит динамическому наблюдению и реабилитации. **Заключение.** Случай тяжелой травмы глаза с обширным повреждением тканей и сильным загрязнением инородным телом показал, что даже при оперативном вмешательстве в специализированном микрохирургическом центре с применением высококвалифицированной медицинской помощи резкое ухудшение зрения неизбежно. Пациенту потребовалось длительное лечение, включающее консервативную терапию, постоянное наблюдение у врача и восстановительные процедуры (реабилитацию). Это подчеркивает серьезность подобных травм и необходимость комплексного подхода к лечению для минимизации негативных последствий.

Ключевые слова: рыболовный якорь, роговичное ранение, хирургическое лечение, отслойка сетчатки, травматическая катаракта

Поступила в редакцию: 12.05.2025. Получена после доработки: 21.05.2025, 07.06.2025, 14.06.2025.

Принята к публикации: 26.09.2025

Для цитирования: Федяшев Г.А., Мельников В.Я., Абдуллин Е.А., Мирошниченко О.В., Супрун Д.С., Полищук А.С. Редкий случай тяжелой глазной травмы рыболовным крючком. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2026;1:87–91. doi: 10.34215/1609-1175-2026-1-87-91

Для корреспонденции: Полищук Анастасия Сергеевна – ординатор кафедры офтальмологии и оториноларингологии Тихоокеанского медицинского университета (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2); ORCID: 0009-0006-5130-3839; тел.: +7 (914) 726-43-60; e-mail: Nastya210399@yandex.ru

Severe eye injury from a fishing hook: A rare clinical case

G.A. Fedyashev^{1,3}, V.Y. Melnikov¹, E.A. Abdullin², O.V. Miroshnichenko², D.S. Suprun², A.S. Polishchuk¹

¹ Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

² Regional Clinical Hospital No. 2, Vladivostok, Russia

³ Primorsky Center for Eye Microsurgery, Vladivostok, Russia

Objectives. To evaluate the impact of eye injuries caused by fishing hooks on patients' visual function and quality of life. **Materials and methods.** A clinical case study presents the observation of a 27-year-old patient with a rare, severe ophthalmological injury caused by an anchor-shaped fishing hook measuring more than 10 cm. The hook has three-headed teeth, with a diameter of 3 mm each. **Results.** Some improvement in vision has been observed in the left eye, with the ability to count fingers at a distance of 10 cm. Previously, the visual acuity was 1/∞ pr.l.incertae. However, the left eye exhibits a clinical picture of post-traumatic keratouveitis. The patient is undergoing anti-inflammatory therapy and dynamic observation. **Conclusion.** A case of severe eye injury with extensive tissue damage and significant foreign body contamination revealed the inevitable sharp deterioration of vision, regardless of surgical intervention at a specialized microsurgical center with highly qualified medical care. The patient required long-term treatment, including conservative therapy, ongoing medical monitoring, and rehabilitation procedures. This underscores the severity of such injuries and the necessity of a comprehensive treatment approach to minimize negative outcomes.

Keywords: fishing hook, corneal injury, surgical treatment, retinal detachment, traumatic cataract

Received 12 May 2025; Revised 25 May, 7, 14 June; Accepted 26 September 2025

For citation: Fedyashev G.A., Melnikov V.Y., Abdullin E.A., Miroshnichenko O.V., Suprun D.S., Polishchuk A.S. Severe eye injury from a fishing hook: A rare clinical case. *Pacific Medical Journal*. 2026;1:87–91. doi: 10.34215/1609-1175-2026-1-87-91

For correspondence: Anastasia S. Polishchuk, resident of the Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology, Pacific State Medical University (2 Ostryakova ave., Vladivostok, 690002, Russia); ORCID: 0009-0006-5130-3839; tel.: +7 (914) 726-43-60; e-mail: Nastya210399@yandex.ru

Проникающие ранения глаза, по результатам наших исследований, составляют 2,5% и являются причиной резкого снижения остроты зрения вплоть до слепоты. Вместе с тем на большом клиническом материале (400 индивидуальных карт пациентов с неотложными состояниями глаз) установлено основное повреждение открытой глазной поверхности – инородные тела (64,75%) [1]. Глазной травматизм также изучался некоторыми авторами; так, А.А. Ермаков установил, что в крупном промышленном городе повреждения роговицы вследствие внедрения инородных тел составили 51,79% [2]. Особая тяжесть травм органа зрения отмечена у пациентов старшего возраста [3].

Из травматических повреждений органа зрения, требующих госпитализации, неизменно преобладают проникающие ранения глаза (30–50%) [4]. Также травмы органа зрения изучались в специализированном стационаре [5]. При всех проникающих ранениях глазного яблока незаменимо хирургическое лечение: офтальмохирургическая помощь, витреальная хирургия и т. д. [6, 7].

Цель: определить типы повреждений, которые возникают в глазу при травме рыболовным крючком, и оценить их влияние на зрение.

Оценить степень тяжести травм глаза, вызванных рыболовными крючками, и определить факторы, влияющие на прогноз.

Проанализировать, как травмы глаза рыболовными крючками влияют на зрительные функции и качество жизни пациентов.

Провести клиническое исследование для оценки структуры, тяжести и функционального исхода травм глаза, вызванных рыболовными крючками.

16.10.2024 г. в кабинет неотложной помощи Краевой клинической больницы № 2 выездной бригадой скорой медицинской помощи доставлен пациент 1998 г. р. Со слов больного, во время рыбалки пользовался рыболовным якорем с диаметром каждого зубца 3 мм (рис 1).

При натяжении лески произошла ее амортизация, и якорь ударил в лицо (рис. 2, 3) с внедрением одного из зубьев в роговую оболочку левого глаза. Как видно на фото, якорь был зафиксирован повязкой фельдшером скорой медицинской помощи.

Локальный офтальмологический статус при поступлении:

Visus OD = 0,5 б/кorp.

Visus OS = 1/8 pr.l.certae

OS: положение глаза правильное, движение глазного яблока резко ограничено из-за наличия выступающего инородного тела (рыболовный якорь). Веки: кожа век чистая, рост ресниц правильный. Слезный аппарат: без патологии, при надавливании на область слезного мешка отделяемого нет. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица: отечная, во внутреннем сегменте роговицы сквозная рана, профиль и размеры раны не определяются из-за находящегося в ней инородного тела – рыболовного якоря. Глубоколежащие среды не визуализируются.

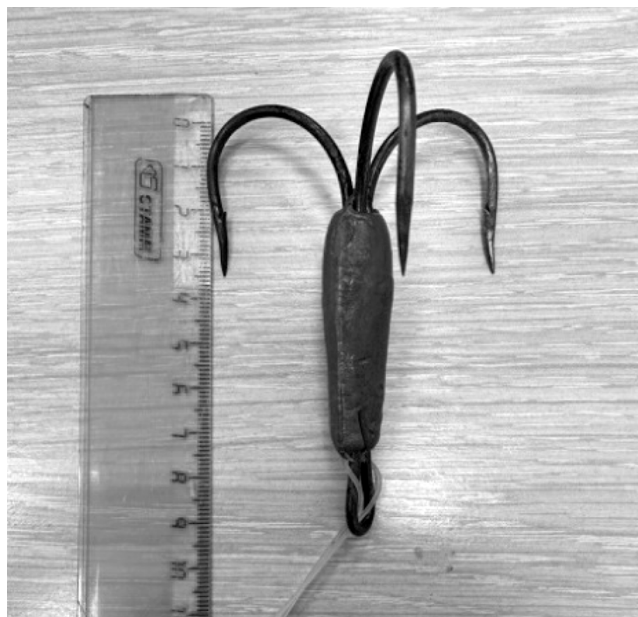


Рис. 1. Рыболовный якорь



Рис. 2. Внедрение рыболовного якоря в роговицу левого глаза – фронтальная плоскость

Проведенные исследования

Ультразвуковое исследование (УЗИ) при поступлении:

правый глаз: переднезадний отрезок глазного яблока (ПЗО) – 23,39 мм, передняя камера (п/к) – 2,94 мм; хрусталик (lens) – 3,78 мм;

левый глаз: ПЗО – 23,28 мм, п/к – 3,90 мм, lens – 4,48 мм, ранение задней капсулы хрусталика – ее контуры неравномерные. В витреальной полости множественные плавающие помутнения разной



Рис. 3. Деформация роговицы при проникновении зубца рыболовного якоря

рефлективности. Признаки отслойки сетчатки в нижнем сегменте до 3,02 мм с переходом на ниже-наружный сегмент высотой 2,58 мм (рис. 4).

Электрофизиологическое исследование (ЭФИ):

правый глаз: порог электрической чувствительности (ПЭЧ) – 90 мкА. Электрическая лабильность (ЭЛ) – 37 Гц – норма;



Рис. 4. УЗИ-признаки травматической отслойки сетчатки, тотальной формы гемифталмы левого глаза

левый глаз: ПЭЧ – 120 мкА, ЭЛ – 39 Гц – умеренные нарушения проводимости по сетчатке.

Рентгенография глазницы от 16.10.2024 г.:

В двух проекциях; в проекции передненижнего края левой орбиты определяется инородное тело металлической плотности – рыболовный крючок. Над глазным яблоком полоска воздуха высотой до 5 мм.

Рентгенография придаточных пазух носа от 16.10.2024 г.

В стандартной проекции; в проекции мягких тканей левой внутренней полости черепа (ВПЧ) и орбиты определяется инородное тело – рыболовный крючок. ППН воздушны, без содержимого и утолщений слизистых оболочек (рис. 5).

В первые сутки, 17.10.2024 г., проведено хирургическое лечение: первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающего роговичного ранения, удаление внутриглазного инородного тела левого глаза.

При проведении ПХО обнаружено большое количество металлических инородных тел, глубоко импрегнированные в края роговичной раны. Корнцангом удален зубец рыболовного якоря из роговицы левого глаза; удалены поверхностно расположенные инородные тела. При дальнейшем осмотре горизонтальная сквозная линейная рана роговицы на 9 часах условного циферблата от лимба до оптической зоны. Рана герметизирована непрерывным швом по Пирсу супраимдом 10/00.

Окончательный клинический диагноз: «Проникающее роговичное ранение, внутриглазное металлическое инородное тело, травматическая катаракта.

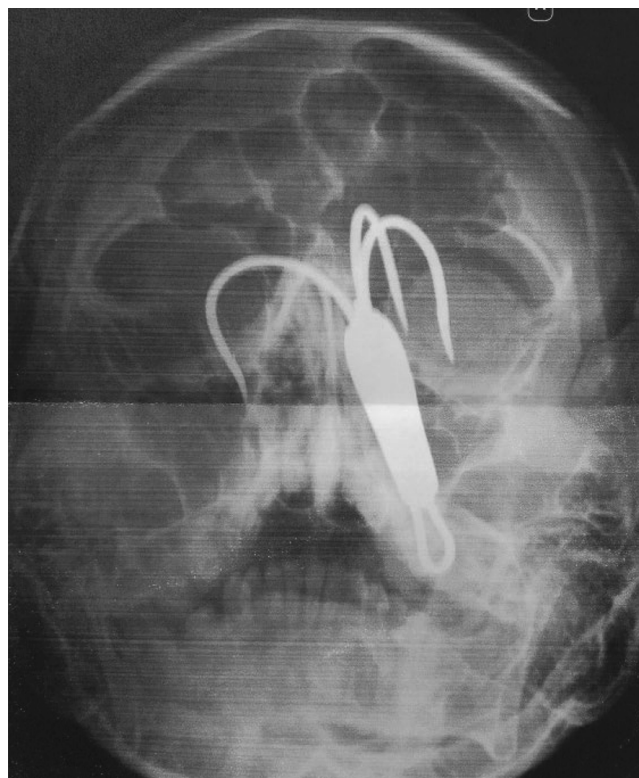


Рис. 5. Рентгенологическое исследование: положение рыболовного якоря в прямой проекции

Травматическая отслойка сетчатки. Тотальный гемофтальм левого глаза».

Учитывая наличие хрусталиковых масс в передней камере вследствие травматического разрыва капсулы, помутнение хрусталика, повышение внутриглазного давления (Т- +1 по Спасскому), увеличение размера хрусталика (набухание) по данным УЗИ-исследования (В-скана) – 4,83 мм, пациент подготовлен для оперативного лечения левого глаза – удаления набухающей тотальной травматической катаракты левого глаза.

18.10.2024 г. проведена операция: аспирация травматической катаракты левого глаза.

Проведенное консервативное лечение в условиях стационара согласно клиническим рекомендациям.

1. Левофлоксацин 0,5 % – 1 капля 4 раза в день.
2. Ивинак 1% – 1 капля 4 раза в день.
3. Дексаметазон 0,1% – 1 капля 4 раза в день.
4. Дексаметазон 0,5 мл + Амикацин 25 тысяч – парабульбарная инъекция.
5. Дицинон 0,5 мл – 2 раза в день.
6. Тропикамид 1 % 1 капля – 4 раза в день.
7. Ципрофлоксацин 2 мг/мл 400 мг – 2 раза в день, внутривенное введение.

8. Цефтазидим 2,0 гр – 2 раза в день, внутримышечное введение.

9. Дицинон 250 мг/2 мл 2,0 мм – 2 раза в день, внутримышечное введение.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Состояние при выписке:

Visus OD=0,5 н.к.

Visus OS=1/8 pr.l.incertae.

OS: веки спокойные. Конъюнктивы бледно-розовая. Роговица умеренно отечная, непрерывный шов на роговице. Края раны ушиты непрерывным супраимидным швом 10/00, шов состоятелен. Передняя камера 2,5 мм углублена, влага ее прозрачная. Радужка субатрофична. Зрачок неправильной формы за счет разрыв зрачкового края на 9 часах, афакия. Рефлекс с глазного дна ослаблен, глубжележащие среды не офтальмоскопируются.

Учитывая крайне низкие зрительные функции (неправильную светопроекцию) из-за прогрессирующей отслойки сетчатки левого глаза, пациент направлен на телемедицинскую консультацию в Хабаровский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК» «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. После телемедицинской консультации назначена дата явки в Хабаровский филиал. В соответствии с назначенной датой пациент через полтора месяца после травмы консультирован в диагностическом отделе Хабаровского филиала 2 декабря 2024 г. Жалобы на очень низкое зрение, светобоязнь левого глаза.

Острота зрения для дали: правый глаз (ОД) 0,2 с коррекцией Sph. (-) 1,50 Д = 0,8; левый глаз (OS) счет пальцев с расстояния 10 см н/к.

OS: Оптическая сила роговицы не измеряется.

Тонометрия (ВГД) OS – не измеряется.

Эхобиометрия (В-скан), OS – не измеряется.

Офтальмологический статус: передний отрезок глаза: ОД не изменен.

OS: умеренный блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока. Умеренная светобоязнь. Роговица отечная, в проекции 9 часов от лимба до оптической зоны шов супраимидом 10/00 по Пирсу состоятелен, перефокально инфильтрация, на эндотелии мелкие преципитаты. Передняя камера углублена, влага прозрачная. Афакия. В проекции зрачка фибрин. Глубжележащие отделы не офтальмоскопируются.

Выставлен клинический диагноз: Оперированная проникающая рана роговицы, острый посттравматический увеит, афакия, гемофтальм левого глаза; астигматизм миопический слабой степени правого глаза.

Рекомендовано:

– динамическое наблюдение у офтальмолога по месту жительства;

– адекватная оптическая коррекция (подбор на узкий зрачок в оптике);

– рациональный режим зрительной нагрузки (адекватное освещение за рабочим местом, чередование труда и отдыха).

Курс противовоспалительной терапии левого глаза. От лечения в Хабаровском филиале и городской клинической больнице № 10 города Хабаровска отказался.

1. Некван: по 1 капле 2 раза в день в левый глаз – 1 месяц.

2. Тобразон: по 1 капле 3 раза в день в левый глаз.

3. Окомистин: по 1 капле 3 раза в день в левый глаз.

4. Корнерегель: за нижнее веко левого глаза 2 раза в день 1,5–2 месяца.

5. Мовалис: 7,5 мг 1 раз в день – 10 дней.

6. Омепразол: 20 мг 1 раз в день – 10 дней.

7. Вобензин: 2 таблетки 3 раза в день – 2 недели, далее 2 таблетки 2 раза в день – 3 недели.

В динамике из имеющейся документации следует: уменьшение остроты зрения с 0,5 без коррекции до 0,2 правого глаза, появление светобоязни правого глаза, появление преципитатов на эндотелии роговицы левого глаза свидетельствует об остром посттравматическом кератоуевите. Острота зрения травмированного левого глаза несколько повысилась до счета пальцев с расстояния 10 см. В настоящее время отмечается появление осложнения раневого процесса левого глаза, что свойственно тяжелым травмам.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует, что, несмотря на своевременное оказание высококвалифицированной медицинской помощи в условиях микрохирургического центра, такая тяжелая травма массивным со значительным загрязнением инородным телом приводит к резкому снижению зрительных функций

и требует длительного консервативного лечения, под-
лежит динамическому наблюдению и реабилитации.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсут-
ствие явных и потенциальных конфликтов интересов,
связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о фи-
нансировании проведенного исследования из собствен-
ных средств.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – МВЯ, АЕА

Сбор и обработка материала – МВЯ, АЕА, СДС

Написание текста – МВЯ, ПАС

Редактирование – ФГА, МОВ

Литература / References

1. Абдуллин Е.А., Полещук О.В., Салкова Е.А., Садовенко С.Н., Богданец М.Е., Гиренок Е.В., Урбанова М.С. Ретроспективное изучение нозологической структуры неотложных глазных состояний по результатам работы дежурных офтальмологов. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2022;(3):54-57. [Abdullin EA, Poleshchuk OV, Salkova EA, Sadovenko SN, Bogdanets ME, Girenok EV, Urbanova MS. Retrospective Study of the Nosological structure of ophthalmic emergencies in on-call ophthalmologist visits: a retrospective study. *Pacific Medical Journal*. 2022;(3):54-57 (In Russ.)]. doi: 10.34215/1609-1175-2022-3-54-57
2. Ермаков А.А. Структура глазного травматизма в крупном промышленном городе. *Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2014;(3):9-11. [Ermakov AA. Pattern of eye injuries in the large industrial city. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2014;(3):9-11 (In Russ.)].
3. Намазова И.К. К анализу исходов и тяжести травмы органа зрения у пациентов старшего возраста. *Вестник офтальмологии*. 2014;130(4):34-38. [Namazova IK. To the analysis of outcomes and severity of eye trauma in elderly patients. *Russian Annals of Ophthalmology*. 2014;130(4):34-38 (In Russ.)].
4. Петраевский А.В., Гндоян И.А., Тришкин К.С., Виноградов А.Р. Глазной травматизм в Российской Федерации. *Вестник офтальмологии*. 2018;134(4):80-83. [Petraevskii AV, Gndoyan IA, Trishkin KS, Vinogradov AR. Ocular traumatism in the Russian Federation. *Russian Annals of Ophthalmology*. 2018;134(4):80-83 (In Russ.)]. doi: 10.17116/oftalma201813404180
5. Ченцова Е.В., Алексеева И.Б., Иванов А.Н. Эпидемиология современной закрытой травмы органа зрения по данным специализированного стационара. *Евразийский Союз Ученых (ЕСУ)*. 2020;(1):46-49. [Chentsova EV, Alekseeva IB, Ivanov AN. Current problems of eye contusion trauma according to specialized in-patient clinic data. *Eurasian Union of Scientists (ESU)*. 2020;(1):46-49 (In Russ.)]. doi: 10.31618/esu.2413-9335.2020.1.70.532
6. Boiko EV, Churashov SV, Haritonova NN, Budko AA. Vitreoretinal surgery in the management of war-related open-globe injuries. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013;251(3):637-644. doi: 10.1007/s00417-012-1954-3
7. Григорьев Д.В., Рогушин И.В. Оказание офтальмохирургической помощи в условиях госпитального судна. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2019;(2):91-92. [Grigoriev DV, Rogushin IV. Ophthalmological care in hospital ship conditions. *Pacific Medical Journal*. 2019;(2):91-92 (In Russ.)]. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2019.2.91-92