



УДК: 616.89-008.48

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546008>

Прогрессирующая потеря зрения как проявление синдрома Мюнхгаузена на примере клинического случая

С.В. Кузьмина¹, А.Р. Галимов¹, Н.А. Поздеева^{2,3}, В.Н. Овчинникова²,
К.А. Александрова²

¹Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

²Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова, Чебоксары, Россия

³Институт усовершенствования врачей, Чебоксары, Россия

Автор, ответственный за переписку: Азат Разифович Галимов, ar_galimov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В статье представлен клинический случай синдрома Мюнхгаузена с жалобами на прогрессирующее снижение зрения, ранее не описанный в отечественной литературе. В рамках исследования были проведены обзор современной литературы по данной тематике, психопатологическое обследование пациентки, анализ медицинских данных обследований вовлечённых специалистов. Рассмотрены существующие трудности в диагностике данного синдрома, в том числе с учётом особенностей офтальмологической практики, и сделан вывод о необходимости повышения насторожённости врачей всех специальностей в отношении случаев поддельных симптомов в целях адекватного ведения таких пациентов и предотвращения назначения необоснованных потенциально вредных медицинских вмешательств.

Ключевые слова: синдром Мюнхгаузена, имитированное расстройство, функциональное нарушение зрения, неорганическое нарушение зрения, междисциплинарная диагностика.

Для цитирования:

Кузьмина С.В., Галимов А.Р., Поздеева Н.А., Овчинникова В.Н., Александрова К.А. Прогрессирующая потеря зрения как проявление синдрома Мюнхгаузена на примере клинического случая // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 3. С. 55–67. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546008>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546008>

Progressive vision loss as part of Munchausen's syndrom on the example of the clinical case

Svetlana V. Kuzmina¹, Azat R. Galimov¹, Nadezhda A. Pozdeeva^{2,3},
Valeriya N. Ovchinnikova², Kseniya A. Aleksandrova²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia

²Cheboksary branch of S.N. Fedorov NMRC "Eye Microsurgery", Cheboksary, Russia

³Institute for Advanced Training of Physicians, Cheboksary, Russia

Corresponding author: Azat R. Galimov, ar_galimov@mail.ru

ABSTRACT

The article presents a case of Munchausen's syndrome featuring complaints of progressive vision loss not previously reported in Russian literature. Within the research scope, we performed psychopathological enquiry, analysed the medical examination records of the involved specialists, as well as review of modern literature. Existing obstacles in the diagnostics of the syndrome in question were investigated including particularities of ophthalmological practice and it is concluded that alertness of doctors of all specialties in respect of feigned symptoms cases should be increased to properly manage such patients and prevent prescription of unnecessary potentially harmful medical interventions.

Keywords: *Munchausen's syndrome, factitious disorder, functional visual loss, nonorganic visual loss, interdisciplinary diagnostics.*

For citation:

Kuzmina SV, Galimov AR, Pozdeeva NA, Ovchinnikova VN, Aleksandrova KA. Progressive vision loss as part of Munchausen's syndrom on the example of the clinical case. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(3):55–67. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546008>.

ВВЕДЕНИЕ

Проявление психических расстройств в виде соматических жалоб представляет значительные сложности как для врачей-интернистов, так и для психиатров. Синдром Мюнхгаузена был впервые описан в середине XX века Ричардом Ашером, который выделил в значительной степени гетерогенную с точки зрения симптомов и мотивов группу пациентов, нередко встречающихся в повседневной врачебной практике, предъявляющих ярко выраженные соматические жалобы и постоянные требования оказания медицинской помощи [1].

В современном понимании данный синдром чаще рассматривают в рамках категории имитированного расстройства (*factitious disorder*) любой степени тяжести [2–4] или только в наиболее крайних формах его проявления [5]. Распознавание и дифференциальная диагностика данного расстройства со смежными состояниями представляют значительные трудности для врачей любого профиля, чем обусловлены существенные различия в оценке его распространённости — от 0,02% пациентов специализированных клиник [6] до 6% обследованной группы пациентов [7], а наиболее общепринятая оценка (в том числе согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам 5-го издания) — около 1% обращающихся пациентов [8–10].

К факторам риска имитированного расстройства относят женский пол, связь с медицинской профессией [5, 11], молодой возраст, наличие расстройства личности или депрессивного расстройства [11].

Вопрос эволюции диагностических классификаций имитированного расстройства и его разграничения со смежными категориями представляет самостоятельную проблему, и его рассмотрение нередко встречается в литературе [11–13].

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) «имитированное расстройство в отношении себя» (6D50) с прямым уточнением о включении в него синдрома Мюнхгаузена охарактеризовано как симулирование, фальсифицирование или провоцирование у себя соматических, психологических, поведенческих симптомов или аггравация симптомов существующего заболевания, подтверждающиеся установленным фактом подлога и мотивируемые разными целями. Кроме того, в МКБ-10 для «поддельного нарушения» (F68.1) также уточнялось, что данное

состояние лучше всего объясняется как расстройством, связанное с принятием роли больного, и нередко сочетается с другими выраженными аномалиями личности и взаимоотношений.

В отличие от синдрома Мюнхгаузена при симуляции в качестве мотивации выступают исключительно очевидные внешние вознаграждения или цели. При диссоциативных расстройствах характерен произвольный, неумышленный характер сбоев поведения, психики, целостного функционирования различных сфер личности. Соматизированное расстройство предполагает наличие множественных и переменных соматических ощущений, которые сохраняются на протяжении продолжительного времени. Что касается ипохондрических расстройств, то они характеризуются, в первую очередь, стойкой озабоченностью или страхом пациента по поводу самого факта наличия серьёзного, прогрессирующего или угрожающего жизни заболевания.

Пациенты с имитированным расстройством чаще обращаются в медицинские учреждения соматического профиля, хотя в единичных исследованиях и сделаны выводы о возможной недооценке частоты имитации психиатрических симптомов [11]. Типологически наиболее распространены варианты с гастроэнтерологическими, кардиологическими или неврологическими нарушениями. Врачи офтальмологического профиля также встречаются с такими пациентами, чему практически не уделяют внимание в современной отечественной литературе.

Вместе с тем, актуальность данной проблемы подтверждается рядом зарубежных публикаций с изучением психопатологических аспектов потери зрения [13–16], а также исследованиями в рамках комплексного рассмотрения вопросов этиологии, диагностики и лечения функциональной (неорганической) потери зрения [17–19]. Диагноз функциональной потери зрения на текущий момент рассматривают как диагноз включения [13, 16, 18], требующий, помимо исключения органической патологии, также объективного подтверждения нефизиологического характера заявляемых пациентом субъективных симптомов в ходе офтальмологического обследования.

При этом пользу совместного ведения пациента с психологом и психиатром некоторые авторы как признают [13, 15], так и отрицают [17] в связи с тем, что психофармакологические и психотерапевтические методы лечения имитированного расстройства не имеют доказанной эффектив-

ности [20], а предпочтительным терапевтическим подходом служит неконфронтационное заверение пациента в благоприятном прогнозе и непрерывном постепенном полном восстановлении зрения [17, 19].

Следует также отдельно подчеркнуть наличие сложных взаимосвязей между органической и неорганической (психической) патологией. Во-первых, психическое состояние влияет на оценку соматических ощущений и способностей (в том числе зрительных), а нарушения зрения, в свою очередь, негативно влияют на психическое состояние пациента. Во-вторых, неорганические и органические причины снижения зрения (например, побочные эффекты психофармакологических препаратов, инсульты, новообразования центральной нервной системы, нейродегенеративные заболевания) могут сосуществовать одновременно, приводя к функциональному наложению симптомов [13, 17–19]. Кроме того, вывод о функциональном характере снижения зрения может иногда быть ошибочным вследствие погрешностей диагностического процесса, несовершенства современных критериев и инструментальных методов диагностики отдельных заболеваний [13, 18].

В целом в литературе отсутствуют однозначные данные по эпидемиологии, диагностике, терапевтическому ведению и прогнозу имитированного расстройства. Рассматриваемый синдром нередко остаётся недиагностированным, а сами пациенты отличаются крайне низким уровнем комплайентности и практически не поддаются контролируемым видам исследований. По этой же причине большинство научных статей по данной тематике главным образом посвящено рассмотрению новых или обзорному анализу ранее опубликованных клинических случаев [11].

В зарубежных исследованиях также встречаются отдельные клинические наблюдения за пациентами с манифестацией синдрома Мюнхгаузена в форме зрительных нарушений (ocular Munchausen's syndrome) [21–25], однако до настоящего времени отсутствовали подробные сообщения о таких наблюдениях в условиях отечественной клинической практики. В этой связи, представляемый ниже клинический случай содержит важные для врачей-офтальмологов практические сведения, а для врачей-психиатров подчёркивает особенности психического статуса и наличие риска манифестации коморбидных психических расстройств при катamnестическом наблюдении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Д. 18 лет была с её добровольного согласия проконсультирована врачами-психиатрами по направлению врачей-офтальмологов в связи с подозрением на психопатологический характер жалоб на ухудшение зрения.

Анамнез (со слов пациентки и её матери). Семейный анамнез отягощён по психическим заболеваниям: брат бабушки страдал шизофренией, сестра отца покончила жизнь самоубийством. Пациентка родилась от первой беременности. Беременность и роды протекали нормально. Развитие в детском и школьном возрасте без особенностей. Посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет, успеваемость на «хорошо» и «отлично». Имеет одного брата 6 лет. Мать и отец пациентки имеют высшее образование, работают. Бабушка и дедушка по профессии врачи, активно вовлечены в жизнь пациентки, в связи с чем среду её воспитания можно охарактеризовать как «врачебную». На момент консультации Д. обучалась в 11-м классе и планировала поступать в медицинский университет.

Менструации с 12 лет, нерегулярные, безболезненные. Перенесённые и имеющиеся соматические заболевания — миопия слабой степени, артериальная гипертензия, ангиопатия сосудов сетчатки, хронический гастрит, хронический пиелонефрит, панкреатит, сальмонеллёз, пневмония, вывих плеча. Мать пациентки отмечает жалобы дочери на наличие аллергии, которая проявляется исключительно в отношении собаки бабушки.

Офтальмологический анамнез. Пациентка утверждает, что первые жалобы на ухудшение зрения появились в возрасте 10 лет, когда был впервые был диагностирован спазм аккомодации и назначены инстилляции атропина. Далее, в возрасте 16 лет, в марте 2021 г. во время стационарного лечения в гастроэнтерологическом отделении по поводу панкреатита пациентка перенесла гипертонический криз с потерей сознания и последующим предъявлением жалоб на снижение остроты и сужение поля зрения правого глаза.

Через 6 мес после очередного гипертонического криза она отметила присоединение нарушений зрения левого глаза. Регистрировалось снижение проводимости зрительных нервов по данным электрофизиологического исследования.

Через 10 мес сферический компонент миопии правого глаза составлял $-11 D$, левого глаза $-10 D$, поле зрения правого глаза было

сужено до 10°, левого — до 30°. По результатам обследования был диагностирован спазм аккомодации с незначительным эффектом инстилляций атропина, который всё более снижался при каждом последующем посещении офтальмолога.

В ноябре 2022 г. госпитализирована в кардиологическое отделение с очередным гипертоническим кризом. На следующий день после госпитализации пациентка отметила самопроизвольное расширение зрачка правого глаза без реакции на инстилляцию м-холиномиметиков.

Компьютерная томография надпочечников в декабре 2022 г. обнаружила очаговое образование, однако его гормональная активность в последующем была исключена при обследовании в эндокринологическом отделении. Там же под матрасом кровати пациентки медицинский персонал нашёл назначенные антигипертензивные лекарственные средства, которые пациентка не принимала. Лечащий врач принял решение проводить инфузионную терапию изотоническим раствором натрия хлорида под видом гипотензивных препаратов, что привело к нормализации артериального давления. В последующем для адаптации к жизни без зрения Д. обратилась за помощью психотерапевта, при этом пациентка отказалась от прохождения медико-социальной экспертизы для определения группы инвалидности.

В феврале 2023 г. госпитализирована в научный центр в Москвы с жалобами на потерю зрения. При поступлении острота зрения правого глаза на уровне светоощущения, левого — счёт пальцев с расстояния 15 см. Во время стационарного лечения пациентка отмечала спонтанное расширение и левого зрачка. Выставлен диагноз: «Основной: OU: нисходящая частичная атрофия зрительного нерва. Сопутствующие заболевания: вегетативно-сосудистая дистония по смешанному типу. Парез аккомодации». Проведено консервативное лечение: OU ретробульбарно раствор 0,4% раствора дексаметазона 0,3 мл №3.

В марте 2023 г. обследована офтальмологом, острота зрения правого глаза — ноль, левого глаза — счёт пальцев с расстояния 10 см. В ходе наблюдения за поведением пациентки были высказаны предположения о субъективном характере жалоб в связи с обнаруженными особенностями — хорошая ориентация в окружающей обстановке, нехарактерное для слабовидящих высокоорганизованное поведение дома, чёткая ориентация на метку во время проведения оптической когерентной томографии диска зритель-

ного нерва. Родственники пациентки также обнаружили спрятанную открытую ампулу с 0,1% раствором атропина сульфата, длительные инсталляции которого могли вызвать парез аккомодации и стать причиной миопии.

В конце того же месяца пациентка сообщила, что зрение восстановилось самопроизвольно — сферический компонент миопии правого и левого глаза составил $-1,5 D$ и $-0,5 D$ соответственно, нормализовались поля зрения и лабильность зрительных нервов.

Неврологический анамнез. В июле 2022 г. прошла неврологическое обследование. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга обнаружены признаки низкого положения правой миндалины мозжечка. По данным МРТ вен головного мозга и МРТ артерий головного мозга установлена лёгкая асимметрия венозного кровотока и позвоночных артерий. Неврологом был выставлен диагноз: «Церебральная ангиодистония по гипертоническому типу, цереброастенический синдром, вестибулопатия». В декабре 2022 г. проведена дополнительная МРТ головного мозга с контрастированием, которая выявила признаки лёгкой дислокации правой миндалины мозжечка в большое затылочное отверстие, кистозной трансформации шишковидной железы, умеренной асимметрии интракраниальных отделов позвоночных артерий, лёгкого периневрального отёка зрительных нервов (косвенные признаки интракраниальной гипертензии).

Экспериментально-психологическое обследование. В мае 2023 г. обследована клиническим психологом. Во время диалога предпочитает маскировать первичную лёгкую зажатость чуть импульсивным, внешне свободным и улыбочиво-озорным стилем поведения. Во время тестирования преобладает демонстративно-эпатажная тенденция, иногда возникают проявления негативизма. Изредка отмечаются эпизоды повышенной концентрации, что на несколько секунд придаёт мимике пациентки несколько аутистический оттенок. Внимание на достаточном уровне с лёгкой неустойчивостью концентрации за счёт элементов преходящей гиперстенической астенизации: по таблицам Шульце — $44''-35''-56''-59''-46''$. Непосредственное запоминание на пограничном уровне: 4–7–7–5–7 слов из 10. Опосредованное запоминание достаточное.

Простые аналогии и оценку правильности простых логических операций выполняет, в

Таблица 1. Результаты стандартизированного многофакторного исследования личности

L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
36	166	39	81	74	73	82	66	112	83	118	80	68

Таблица 2. Результаты сокращённого многофакторного опросника для исследования личности

L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
38	81	33	75	70	66	77	80	66	81	74

основном корректно. В других заданиях, где отсутствие внешних критериев логичности сочетается с повышенной когнитивной неопределённостью, активно и с удовольствием ищет одиозные решения, которые передавали бы темы нанесения ущерба, разрушения, смерти. В работе с пятью задачами теста «Дискриминация свойств понятий» указывает втрое больше латентных признаков, чем допустимо для психиатрической нормы и пограничных состояний. Частое использование необычных и угрожающих тем, латентных признаков, а иногда и элементов систематизации на основе повышенного опосредования аргументирует тем, что «иначе было бы неинтересно».

Различия в уровнях оценок исследований личности (табл. 1 и 2) связаны в основном с колебаниями аффективного фона и техническими особенностями тестов, однако ключевые особенности полученных профилей схожи. Данные контрольных шкал отразили чрезмерно выраженное стремление обратить внимание специалистов на значительные трудности адаптации и проблемные стороны личности при слабой заинтересованности в согласованности собственных интересов с ожиданиями референтного окружения.

Аггравирующие акценты делают сомнительными уровни оценок основных шкал, однако структура полученных профилей чаще связана не столько с намеренными искажениями, сколько со склонностью к субъективной ригидности в организации своей деятельности с акцентом на собственные приоритеты и готовностью воплощать их с упорством, достигающим жестокости.

Плотное отторгивание спонтанного поведения сочетается с высоким нейротизмом и чувствительностью к безусловным агрессивным стимулами с трудноуправляемой активизацией побуждений к «борьбе и бегству». На этом фоне проявляет выраженную эмоциональную нестабильность, тревожную напряжённость, подозрительность к эмоционально близким связям. Наставляет на своих бескомпромиссных решениях и ищет независимости как от внешних влияний,

так и от внутриличностных конфликтов. Причину своей временной слепоты проективно передаёт как попытку радикальными способами компенсировать нехватку сочувственного понимания и уверенности в собственной безопасности, как предпочтение абсолютного покоя и отсутствия любых проблем своему беспомощному бунтарству.

В целом тестовые и внетестовые данные выявили достаточный уровень внимания и памяти, сохранность способности к логическим построениям в чётко структурированных ситуациях и многочисленные чрезмерно субъективные интерпретации в ситуациях повышенной неопределённости, а также резко выраженные попытки личности радикально освободиться от тревог и противоречий в себе самой и эмоционально близких отношениях.

Психический статус. Была неоднократно консультирована врачом-психиатром на протяжении первого полугодия 2023 г. Внешний вид опрятный, имеет аккуратно ухоженные длинные волосы, красиво одета. Несколько повышенного питания. Мимика выразительная, преимущественно приветливая, много улыбается. Вместе с тем, на фоне такого повышенного настроения время от времени прослеживается насторожённость в зависимости от содержания задаваемых вопросов. Более того, по окончании одной из бесед становится крайне напряжённой, морщится, смотрит перед собой, становится мало отзывчивой на внешние стимулы, затем вежливо, но очень кратко и невнятно прощается. Двигательная сфера без особенностей. Речь громкая и разборчивая, хорошо модулированная, темп обычный. Внимание привлекается и удерживается в достаточной степени. Во всех видах ориентирована верно.

Характеризуя свою дочь, мать пациентки соглашается с тем, что она всегда улыбка, часто пребывает в хорошем настроении, предполагая, что свои негативные переживания она склонна держать в себе.

Пациентка сообщает, что не имеет близких друзей. Какое-то время встречалась с молодым человеком. Ей «нравилось ему нравиться», но была противна какая-либо физическая близость. Она часто была груба по отношению к нему, однажды даже ударила его по лицу книгой и сломала ему очки. Любит собак и утверждает, что по этой причине никогда не смогла бы работать ветеринаром — слишком большая ответственность. При этом планирует быть детским врачом, так как к детям, напротив, особой любви не испытывает — «детей не жалко», «они прожили мало, ничего не понимают».

На вопрос о том, принимает ли она свою внешность, пациентка задумчиво отвечает «сейчас да». Вспоминает, что в 15 лет на основании сведений из интернета выпила для похудения 10 таблеток фуросемиды и 10 таблеток сенадексина. Характеризует этот поступок как необдуманный — «могла себя угробить». С неохотой сообщает о неоднократных случаях нанесения самоповреждений. Объясняет данное поведение тем, что «наверное, пробовала перевести душевную боль в физическую».

Вспоминая эпизод потери зрения, пациентка утверждает, что в то время сильно переживала, «рыдала» и в настоящий момент испытывает страх его повторения — «не сможет этого пережить». Вместе с тем, в ходе общения с психиатром в период мнимой утраты зрения она также находилась в приподнятом настроении и не предъявляла никаких жалоб тревожно-депрессивного спектра.

При оценке влияния нарушения зрения на повседневное функционирование выяснилось, что такое нарушение практически не имело негативных последствий, и пациентка успешно справлялась не только со всеми потребностями самообслуживания, передвижения, но также продолжала обучение (с применением аудиотехники). В общих выражениях декларируя невозможность видеть окружающие объекты, она в то же время обращала внимание на внешность врача (объясняя это способностью видеть «образы»), и сразу узнала его при повторной консультации после восстановления зрения.

В целом, предъявляя конкретный запрос на получение медицинской помощи, пациентка практически не высказывает и самостоятельно не озвучивает предметные жалобы, предпочитая беседу путём опроса и с интересом отвечая на задаваемые вопросы. Временами она открыто, кокетливо рассуждая вслух, признаёт неполную

искренность в беседе с врачами («так, об этом я рассказывать не могу»). Высказывания и объяснения пациентки не отличаются продуманностью и проработанностью, зачастую носят во многом одномоментный и ситуационный характер. Она со смущением реагирует на напоминания о некоторых ранее сообщённых ей самой сведениях, удивляясь информированности врачей. Аналогичным образом она затрудняется последовательно описать динамику облегчения зрительных симптомов, а лишь ограничивается заявлением о том, что она была готова попробовать любые методы лечения от консультации психолога до ретробульбарной инъекции дексаметазона, «помогло всё вместе», её просили верить в скорое восстановление зрения, и оно со временем наступило.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя приведённые выше данные, можно выделить следующие основные особенности рассматриваемого клинического случая:

1) длительный анамнез жалоб соматического характера, в том числе гастроэнтерологического (панкреатит), кардиологического (артериальная гипертензия с кризовым течением), офтальмологического (спазм аккомодации, миопия слабой степени) и нейроофтальмологического (частичная атрофия зрительного нерва) профилей;

2) настойчивая ориентированность на получении медицинской помощи, включая разнообразные обследования, инвазивные и потенциально опасные виды медицинского вмешательства (ретробульбарные инъекции);

3) осознанный характер имитации симптомов вплоть до умышленного их провоцирования (инстилляцией раствора атропина сульфата);

4) спонтанное и полное разрешение всех заявляемых симптомов с незаинтересованностью пациентки в понимании того, какой из методов лечения оказался эффективным;

5) отсутствие симптомов выраженных депрессивно-тревожных расстройств, несоответствие приподнятого фона настроения заявляемой степени снижения функций;

6) наличие признаков личностных расстройств по данным экспериментально-психологического и патопсихологического обследований (отдельные черты шизоидного, истерического и эмоционально неустойчивого типов);

7) отсутствие выраженного нарушения функционирования, отчётливый интерес к взаимодей-

ствию и адаптации в рамках заявляемых ограничений.

Последовательно рассмотрим соответствие данных особенностей возможным нозологическим категориям в рамках МКБ-10 и МКБ-11.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства согласно МКБ-10 (F44), предполагают наличие психогенной обусловленности в форме чёткой связи по времени со стрессовыми событиями или проблемами, или нарушенными взаимоотношениями. При описании диссоциативных расстройств движений и ощущений (F44.4–F44.7) уточняется, что такой связи с психологическим стрессом может и не быть, а потеря функций не находится под произвольным контролем и приводит к снижению продуктивности, что помогает пациенту избежать конфликта, выразить зависимость или негодование, привлечь внимание. При диссоциативной анестезии или потере чувственного восприятия (F44.6) потеря зрения редко бывает тотальной, чаще проявляется в снижении остроты зрения, его общей неясности, сужении поля зрительного восприятия при сохранении хорошей моторной продуктивности больного.

В МКБ-11 при описании диссоциативных расстройств (блок L1–6B6) также сказано о произвольном характере нарушения или сбоя целостного функционирования различных сфер, а диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами, нарушениями зрения (6B60.0) может включать слепоту, туннельное зрение, диплопию, визуальные искажения и галлюцинации. Диссоциативные симптомы при этом достаточно выражены, чтобы вызвать значительные нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных областях функционирования.

В рассматриваемом случае отсутствуют данные о провоцирующем стрессовом событии, снижение зрительной функции носит очевидно умышленный осознанный характер и, несмотря на свою значительную выраженность, не приводит к какой-либо дезадаптации пациентки, что позволяет исключить данный диагноз.

Симуляция и в МКБ-10 (Z76.5) и МКБ-11 (QC30) включается в раздел «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Симуляция как категория МКБ вообще не является самостоятельным заболеванием, не говоря уже о том, чтобы считать её психическим заболеванием.

Отличительная черта симуляции — исключительная направленность на получение социально понятных, чаще материальных, общепринятых внешних выгод. Особенности данного кейса не позволяют говорить о симуляции, поскольку патологическое поведение не было направлено на получение какой-либо материальной выгоды, пациентка не проявила никакой заинтересованности в получении группы инвалидности и спокойно продолжала выполнение всех своих личных, семейных и учебных обязанностей.

Соматизированное расстройство (F.45 по МКБ-10) предполагает наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов (чаще желудочно-кишечных или кожных), которым не было найдено адекватного соматического объяснения. Данное состояние сопровождается постоянными требованиями медицинской помощи, снижением социального функционирования, часто отчётливыми депрессией и тревогой. Пациент требует устранения именно соматических симптомов, сопротивляется попыткам обсуждения возможности их психологической обусловленности и нередко избыточно употребляет лекарственные препараты.

Введённая в МКБ-11 категория телесного дистресса (6C20) характеризуется наличием телесных ощущений, которые доставляют человеку сильное беспокойство и на которые направлено его чрезмерное внимание, что проявляется в многократных обращениях за медицинской помощью. Телесные симптомы представляют собой многочисленные видоизменяющиеся неприятные ощущения, которые проявляются на протяжении большинства дней в течение нескольких месяцев и могут оказывать влияние на функционирование человека.

Хотя пациентка Д. и предъявляет постоянные требования оказания медицинской помощи, однако заявляемые симптомы не носят характера множественных переменных неприятных ощущений, аггравированы и провоцируются самой пациенткой, спонтанно разрешаются без отчётливого понимания эффективного метода лечения и не оказывают негативного влияния на функционирование. Кроме того, пациентка не акцентирует своё внимание и внимание врачей на симптомах, она увлечена процессом интервьюирования и не проявляет никаких депрессивно-тревожных нарушений.

Ипохондрическое расстройство (F45.2 в МКБ-10) проявляется наличием постоянных идей

о существовании одного или более тяжёлых соматических заболеваний и постоянным неверием различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни. Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, а степень снижения продуктивности очень разнообразна. Для больных важнее само заболевание и его последствия, чем отдельные симптомы. Пациенты ищут успокоения за счёт частых визитов к различным врачам, просят скорее об обследовании для подтверждения природы предполагаемой болезни, а не о лечении, поскольку опасаются побочных эффектов лекарств.

В МКБ-11 ипохондрия (6B23) характеризуется стойкой озабоченностью или страхом по поводу возможного наличия одного или нескольких серьёзных, прогрессирующих или угрожающих жизни заболеваний, которая сопровождается чрезмерными действиями или, наоборот, избегающим поведением в отношении здоровья (многократное посещение или избегание консультаций специалистов). Симптомы приводят к выраженному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

В рамках приведённого клинического случая не отмечены выраженные депрессия и тревога, бытовая или социальная дезадаптация. Отсутствует фиксация на факте наличия какого-либо серьёзного заболевания и его потенциальных последствиях.

Предусмотренное МКБ-10 умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера (поддельное нарушение) (F68.1) предполагает периодическое или постоянное симулирование симптомов при отсутствии установленного соматического или психического расстройства, заболевания или сниженной трудоспособности. При этом мотивация к такого рода поведению носит неясный и внутренний характер, связана с принятием роли больного.

В МКБ-11 «имитированное расстройство в отношении себя» (6D50) описано как симулирование, фальсифицирование или провоцирование у себя соматических, психологических, поведенческих симптомов или аггравация симптомов существующего заболевания, подтверждающиеся установленным фактом подлога и мотивируемые разными целями, а не только исключительно очевидными внешними вознаграждениями.

Человек должен обращаться за медицинской помощью или другим образом заявлять о наличии у себя заболевания, травмы или нарушений.

Пациентка Д. намеренно симулировала, аггравировала и провоцировала соматические симптомы. Воспитываясь во врачебной среде, она была склонна предъявлять жалобы на здоровье на протяжении всего детства и со временем начала преувеличивать имеющиеся миопию слабой степени и спазм аккомодации, втайне злоупотреблять инстилляциями атропина сульфата и требовать проведения всё новых методов исследования и лечения вплоть до ретробульбарной инъекции дексаметазона.

На фоне частой смены консультирующих специалистов (гастроэнтерологи, кардиологи, неврологи, эндокринологи, офтальмологи, психиатры) жалобы остаются малоконкретными, неполными и непоследовательными, имеют тенденцию к спонтанному исчезновению. Несмотря на тяжесть заявляемых симптомов, они не приводят ни к снижению функционирования, ни к нарушениям депрессивно-тревожного спектра. После восстановления зрения на фоне заверений окружающих в благоприятном прогнозе пациентка снова переключила своё внимание, приступив к аггравации психиатрических симптомов в ходе экспериментально-психологического обследования и в последующем утверждая, что не всё рассказала врачу-психиатру и необходимы повторные консультации.

Также обращает на себя внимание наличие общепринятых для данного расстройства факторов риска — женский пол, молодой возраст, связь с медицинской профессией, наличие личностного расстройства (есть отдельные черты шизоидного, истерического и эмоционально неустойчивого типов). Таким образом, с учётом вышеперечисленных клинико-анамнестических особенностей наиболее обоснованным результатом дифференциально-диагностического поиска представляется диагностика синдрома Мюнхгаузена.

Следует отметить трудности, возникшие при диагностике состояния пациентки Д. со стороны специалистов различного профиля, которые имеют общее значение для таких случаев. Предположение об аггравации симптомов появились только через 2 года после первых жалоб на значительное ухудшение зрения. Одновременное существование органических причин ухудшения зрения (миопия слабой степени, парез аккомодации, лёгкий периневральный отёк зрительного

Таблица 3. Дифференциальная диагностика при наличии неорганических соматических симптомов

Неорганические соматические симптомы	
Неосознанно воспроизводимые	Умышленно воспроизводимые
<p><i>Диссоциативные расстройства (F44):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – неознанный характер появления симптомов; – снижение функционирования; – мотивация в снижении функционирования и вытекающих последствиях; – часто связь со стрессовым событием 	<p><i>Синдром Мюнхгаузена (F68.1):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – умышленная имитация симптомов вплоть до прямого самоповреждения; – часто без снижения функционирования; – неясная мотивация внутреннего характера; – часто личностное расстройство
<p><i>Соматизированное расстройство (F45.0):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – множественные варьирующие ощущения; – запрос на устранение самих симптомов; – часто депрессия и тревога; – часто снижение функционирования 	<p><i>Симуляция (Z76.5):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – мотивация на получение внешней выгоды
<p><i>Ипохондрическое расстройство (F45.2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – страх наличия опасного заболевания; – запрос на выявление такого заболевания; – часто депрессия и тревога; – часто снижение функционирования 	—

нерва по данным МРТ) долгое время позволяли предполагать объективный характер предъявляемых симптомов.

Консультации на раннем этапе ухудшения зрения со стороны врачей-психиатров, не обладавших сведениями о потенциально умышленном провоцировании симптомов, приводили к заключениям об отсутствии психического заболевания или о наличии соматоформного расстройства с назначением лёгких анксиолитиков. Однако заявления о полной утрате зрения на фоне хорошей социальной и моторной продуктивности, скрытый отказ от приёма антигипертензивных препаратов, требование всё более инвазивных медицинских вмешательств, обнаружение факта провоцирования симптомов вынудили врачей заподозрить симулятивное поведение со стороны пациентки.

В этой связи, признавая описательный характер диагностических критериев МКБ-10 и МКБ-11 и необходимость тщательной оценки всех нюансов отдельных клинических случаев для установления наиболее подходящего диагноза, представляется возможным предложить следующую таблицу упрощённых критериев для оценки соматических симптомов при отсутствии объективного подтверждения наличия соматического заболевания (табл. 3).

ВЫВОДЫ

Существуют разногласия относительно того, следует считать соматизацию чисто психическим расстройством в виде усвоенного паттерна поведения или её нужно рассматривать как синдром множественных необъяснимых соматических

симптомов, которые усложняют представление об общем состоянии здоровья пациента.

Своевременная и корректная диагностика имитированного расстройства представляет значительные трудности и требует координированной работы междисциплинарной команды специалистов. Среди факторов, затрудняющих такую диагностику, можно выделить культуру доверия к жалобам пациента, принцип добровольности оказания медицинской помощи, право пациента на врачебную тайну, отсутствие терапевтического сотрудничества и уклонение пациента от диагностических процедур при выявлении имитации. Кроме того, необходимо признать отсутствие общих баз медицинских данных, нередко встречающийся низкий уровень ведения медицинской документации, преобладания оказания медицинской помощи в рамках одной специальности, не говоря уже о междисциплинарных взаимодействиях.

При подозрении на субъективный характер снижения зрения, помимо исключения органической патологии, необходимо объективное подтверждение нефизиологического характера предъявляемых пациентом субъективных симптомов в ходе офтальмологического обследования.

Стандартные для ряда зарубежных офтальмологических клиник организационно-методические меры для раннего выявления пациентов с имитированным расстройством, создание отдельных должностей специалистов по имитированным расстройствам, применение специальных офтальмологических тестов, основанных

на незнании пациентами физиологического устройства зрительного аппарата и позволяющих сделать предположение о неорганическом характере расстройства, пока ещё не получили широкого распространения в российской офтальмологической практике.

В этой связи следует подчеркнуть важность повышения осведомлённости врачей о синдроме Мюнхгаузена и проявления насторожённости по данному расстройству с целью адекватного ведения таких пациентов и предотвращения назначения неоправданных потенциально вредных медицинских вмешательств.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Asher R. Munchausen's syndrome // *Lancet*. 1951. Vol. 1. N. 6650. P. 339–341. DOI: 10.1016/s0140-6736(51)92313-6.
2. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: КДУ, Университетская книга; 2022. 432 с. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
3. Burnel A. Recognition and management of factitious disorder // *Prescriber*. 2015. Vol. 26. N. 21. P. 37–39. DOI: 10.1002/psb.1411.
4. Carnahan K.T., Jha A. Factitious disorder. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557547/> (access date: 07.07.2023).
5. Levenson J.L. Factitious disorders // *BMJ Best Practice*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/695> (access date: 07.07.2023).
6. Yates G.P., Feldman M.D. Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2016. Vol. 41. P. 20–28. DOI: 10.1016/j.genhosp-psych.2016.05.002.
7. Gregory R.J., Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2006. Vol. 76. N. 1. P. 31–36. DOI: 10.1037/0002-9432.76.1.31.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
9. Bass C., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management // *Lancet*. 2014. Vol. 383. N. 9926. P. 1422–1432. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62186-8.
10. Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A. et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: Survey of senior hospital consultants and physicians in private practice // *Psychosomatics*. 2007. Vol. 48. N. 1. P. 60–64. DOI: 10.1176/appi.psy.48.1.60.
11. Caselli I., Poloni N., Ielmini M. et al. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5 // *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2017. Vol. 10. P. 387–394. DOI: 10.2147/PRBM.S153377.
12. Caselli L., Poloni N., Ceccon F. et al. A systematic review on factitious disorders: Psychopathology and diagnostic classification // *Neuropsychiatry*. 2018. Vol. 8. N. 1. P. 281–292. DOI: 10.4172/Neuropsychiatry.1000349.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Кузьмина С.В. — психиатрическое обследование пациентки, обзор литературы, анализ клинического случая; Галимов А.Р. — психиатрическое обследование пациентки, обзор литературы, анализ клинического случая; Поздеева Н.А. — офтальмологическое обследование пациентки; Овчинникова В.Н. — офтальмологическое обследование пациентки; Александрова К.А. — офтальмологическое обследование пациентки.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Contribution of the authors. S.V. Kuzmina — psychiatric examination of the patient, literature review, analysis of the clinical case; A.R. Galimov — psychiatric examination of the patient, literature review, analysis of the clinical case; N.A. Pozdeeva — ophthalmologic examination of the patient; V.N. Ovchinnikova — ophthalmologic examination of the patient; K.A. Aleksandrova — ophthalmologic examination of the patient.

13. Raviskanthan S., Wendt S., Ugoh P.M. et al. Functional vision disorders in adults: A paradigm and nomenclature shift for ophthalmology // *Surv. Ophthalmol.* 2022. Vol. 67. N. 1. P. 8–18. DOI: 10.1016/j.survophthal.2021.03.002.
14. Feldman M.D., Eisendrath S.J., Tyerman M. Psychiatric and behavioral correlates of factitious blindness // *Compr. Psychiatry*. 2008. Vol. 49. N. 2. P. 159–162. DOI: 10.1016/j.comp-psych.2007.08.010.
15. Mark J.R., Kulinich A.G., Scher L.M., Mannis M.J. Vision loss and psychopathology // *Pan. Am. J. Ophthalmol.* 2021. Vol. 3. P. 7. DOI: 10.4103/pajo.pajo_65_20.
16. Sharma D.K., Thakur P.K., Chauhan A. et al. Hysterical visual loss and malingering — diagnostic dilemma for an ophthalmologist // *J. Evolution Med. Dent. Sci.* 2021. Vol. 10. N. 38. P. 3449–3453. DOI: 10.14260/jemds/2021/698.
17. Beatty S. Non-organic visual loss // *Postgrad. Med. J.* 1999. Vol. 75. N. 882. P. 201–207. DOI: 10.1136/pgmj.75.882.201.
18. Bruce B.B., Newman N.J. Functional visual loss // *Neurol. Clin.* 2010. Vol. 28. N. 3. P. 789–802. DOI: 10.1016/j.ncl.2010.03.012.
19. Somers A., Casteels K., Van Roie E. et al. Non-organic visual loss in children: prospective and retrospective analysis of associated psychosocial problems and stress factors // *Acta Ophthalmol.* 2016. Vol. 94. N. 5. P. 312–316. DOI: 10.1111/aos.12848.
20. Eastwood S., Bisson J.I. Management of factitious disorders: A systematic review // *Psychother. Psychosom.* 2008. Vol. 77. N. 4. P. 209–218. DOI: 10.1159/000126072.
21. Khalil A.A., Torbey J., Akoury-Dirani L., Alameddine R.M. Difficult diagnosis of factitious disorder // *BMJ Case Rep.* 2022. Vol. 15. N. 7. P. e244699. DOI: 10.1136/bcr-2021-244699.
22. Al Ghadeer H., Al Othaimen S., Al Amry M. Ocular Munchausen's syndrome induced by introduction of ant's particles into the conjunctival fornices // *Saudi J. Ophthalmol.* 2018. Vol. 32. N. 4. P. 353–354. DOI: 10.1016/j.sjopt.2018.09.005.
23. Chokrani H., Bengarai W., Tabet Aouel S. et al. Ocular Munchausen's syndrome: Self-inflicted conjunctivitis // *J. Fr. Ophthalmol.* 2018. Vol. 41. N. 6. P. 285–286. DOI: 10.1016/j.jfo.2017.08.028.

24. Kaviyapriya K., Chavhan P., Behera G. et al. Munchausen syndrome presenting as recurrent ocular infection in a child // *Indian J. Ophthalmol. Case Rep.* 2021. Vol. 1. N. 4. P. 622–624. DOI: 10.4103/ijo.IJO_507_21.

25. Karadsheh M.F. Bloody tears: a rare presentation of munchausen syndrome case report and review // *J. Family Med. Prim. Care.* 2015. Vol. 4. N. 1. P. 132–134. DOI: 10.4103/2249-4863.15227.

REFERENCES

1. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet.* 1951;1(6650):339–341. DOI: 10.1016/S0140-6736(51)92313-6.
2. *MKB-II*. Glava 06. Psihicheskie i povedencheskie rasstrojstva narusheniya nejropsihicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikaciya. 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. M.: KDU, Universitetskaya kniga; 2022. 432 p. (In Russ.) DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
3. Burnel A. Recognition and management of factitious disorder. *Prescriber.* 2015;26(21):37–39. DOI: 10.1002/psb.1411.
4. Carnahan KT, Jha A. *Factitious disorder*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557547/> (access date: 07.07.2023).
5. Levenson JL. Factitious disorders. *BMJ Best Practice.* 2023. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/695> (access date: 07.07.2023).
6. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;41:20–28. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2016.05.002.
7. Gregory RJ, Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76(1):31–36. DOI: 10.1037/0002-9432.76.1.31.
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: VA, American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
9. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet.* 2014;383(9926):1422–1432. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62186-8.
10. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: Survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics.* 2007;48(1):60–64. DOI: 10.1176/appi.psy.48.1.60.
11. Caselli I, Poloni N, Ielmini M et al. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10:387–394. DOI: 10.2147/PRBM.S153377.
12. Caselli L, Poloni N, Ceccon F et al. A systematic review on factitious disorders: Psychopathology and diagnostic classification. *Neuropsychiatry.* 2018;8(1):281–92. DOI: 10.4172/Neuropsychiatry.1000349.
13. Raviskanthan S, Wendt S, Ugoh PM et al. Functional vision disorders in adults: A paradigm and nomenclature shift

- for ophthalmology. *Surv Ophthalmol.* 2022;67(1):8–18. DOI: 10.1016/j.survophthal.2021.03.002.
14. Feldman MD, Eisendrath SJ, Tyerman M. Psychiatric and behavioral correlates of factitious blindness. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):159–162. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.08.010.
15. Mark JR, Kulinich AG, Scher LM, Mannis MJ. Vision loss and psychopathology. *Pan Am J Ophthalmol.* 2021;3:7. DOI: 10.4103/pajo.pajo_65_20.
16. Sharma DK, Thakur PK, Chauhan A et al. Hysterical visual loss and malingering — diagnostic dilemma for an ophthalmologist. *J Evolution Med Dent Sci.* 2021;10(38):3449–3453. DOI: 10.14260/jemds/2021/698.
17. Beatty S. Non-organic visual loss. *Postgrad Med J.* 1999;75(882):201–207. DOI: 10.1136/pgmj.75.882.201.
18. Bruce BB, Newman NJ. Functional visual loss. *Neurol Clin.* 2010;28(3):789–802. DOI: 10.1016/j.ncl.2010.03.012.
19. Somers A, Casteels K, Van Roie E et al. Non-organic visual loss in children: prospective and retrospective analysis of associated psychosocial problems and stress factors. *Acta Ophthalmol.* 2016;94(5):312–316. DOI: 10.1111/aos.12848.
20. Eastwood S, Bisson JI. Management of factitious disorders: A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2008;77(4):209–218. DOI: 10.1159/000126072.
21. Khalil AA, Torbey J, Akoury-Dirani L, Alameddine RM. Difficult diagnosis of factitious disorder. *BMJ Case Rep.* 2022;15(7):e244699. DOI: 10.1136/bcr-2021-244699.
22. Al Ghadeer H, Al Othaimen S, Al Amry M. Ocular Munchausen's syndrome induced by introduction of ant's particles into the conjunctival fornices. *Saudi J Ophthalmol.* 2018;32(4):353–354. DOI: 10.1016/j.sjopt.2018.09.005.
23. Chokrani H, Bengarai W, Tabet Aouel S et al. Ocular Munchausen's syndrome: Self-inflicted conjunctivitis. *J Fr Ophthalmol.* 2018;41(6):e285–e286. DOI: 10.1016/j.jfo.2017.08.028.
24. Kaviyapriya K, Chavhan P, Behera G et al. Munchausen syndrome presenting as recurrent ocular infection in a child. *Indian J Ophthalmol Case Rep.* 2021;1(4):622–624. DOI: 10.4103/ijo.IJO_507_21.
25. Karadsheh MF. Bloody tears: a rare presentation of munchausen syndrome case report and review. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(1):132–134. DOI: 10.4103/2249-4863.15227.

ОБ АВТОРАХ

Кузьмина Светлана Валерьевна, докт. мед. наук, доцент, Казанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7330-1213>; eLibrary SPIN: 8014-5669; e-mail: skouzmina21@list.ru

AUTHOR'S INFO

Svetlana V. Kuzmina, M.D., D. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Kazan State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7330-1213>; eLibrary SPIN: 8014-5669; e-mail: skouzmina21@list.ru

Галимов Азат Разифович, ординатор, Казанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8944-626X>;
eLibrary SPIN: 1972-3957;
e-mail ar_galimov@mail.ru

Поздеева Надежда Александровна, докт. мед. наук, доцент, директор Чебоксарского филиала ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова, проф., ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3637-3645>;
eLibrary SPIN: 2878-7280;
e-mail: npozdeeva@mail.ru

Овчинникова Валерия Николаевна, врач-офтальмолог, Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4864-6463>;
eLibrary SPIN: 4389-3487;
e-mail: ovchinnikova@mntkcheb.ru

Александрова Ксения Андреевна, врач-офтальмолог, Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6596-8870>;
eLibrary SPIN: 4886-7965;
e-mail: a-ksusha93@mail.ru

Azat R. Galimov, Resident, Kazan State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8944-626X>;
eLibrary SPIN: 1972-3957;
e-mail ar_galimov@mail.ru

Nadezhda A. Pozdeeva, M.D., Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Director of Cheboksary branch of S.N. Fedorov NMRC MNTK “Eye Microsurgery”, Prof., SAI FPE “Institute for Advanced Training of Physicians” of Ministry of Health of Chuvash Republic;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3637-3645>;
eLibrary SPIN: 2878-7280;
e-mail: npozdeeva@mail.ru

Valeriya N. Ovchinnikova, M.D., Ophthalmologist, Cheboksary branch of S.N. Fedorov NMRC MNTK “Eye Microsurgery”;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4864-6463>;
eLibrary SPIN: 4389-3487;
e-mail: ovchinnikova@mntkcheb.ru

Kseniya A. Aleksandrova, M.D., Ophthalmologist, Cheboksary branch of S.N. Fedorov NMRC MNTK “Eye Microsurgery”;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6596-8870>;
eLibrary SPIN: 4886-7965;
e-mail: a-ksusha93@mail.ru