



## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ CASE REPORT

Случай из практики  
УДК 617.715-002

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-1-57-62>

© Такаландзе Л.М., Кадыров Р.З., Оренбуркина О.И., Бабушкин А.Э., Рахимова Л.Р., 2024

### Клинический случай некротизирующего склерита, потребовавший пластики обширного дефекта конъюнктивы и склеры

Л.М. Такаландзе, Р.З. Кадыров, О.И. Оренбуркина, А.Э. Бабушкин, Л.Р. Рахимова

Всероссийский центр глазной и пластической хирургии «Аллоплант» ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

#### РЕФЕРАТ

В статье представлен редкий клинический случай некротизирующего склерита у 59-летнего пациента, поступившего на лечение во Всероссийский центр глазной и пластической хирургии (ВЦГПХ) «Аллоплант». Данный пациент до поступления в ВЦГПХ в течение полугода страдал от эписклерита ревматической этиологии, осложненного с течением времени кератитом, иридоциклитом и некротизирующим склеритом, что не исключало наличие у него синдрома Франческетти – Бишлера. В связи с рефрактерным течением заболевания и развитием у пациента некроза конъюнктивы и склеры, по месту жительства ему была проведена операция – ушивание дефекта конъюнктивы с наложением узловых швов. К сожалению, уже через неделю конъюнктивальные швы разошлись, и, учитывая большие размеры дефекта (1,1 см × 4 мм) конъюнктивы, в ВЦГПХ пациенту была выполнена реоперация – ревизия раны с иссечением некротизированных тканей слизистой оболочки и склеры с последующей иммобилизацией и ушиванием конъюнктивы с помощью аллосухожильных нитей и узловых швов. Получен положительный результат.

**Ключевые слова:** некротизирующий склерит, кератит, иридоциклит, синдром Франческетти – Бишлера, хирургическое лечение, аллосухожильные нити

**Для цитирования:** Такаландзе Л.М., Кадыров Р.З., Оренбуркина О.И., Бабушкин А.Э., Рахимова Л.Р. Клинический случай некротизирующего склерита, потребовавший пластики обширного дефекта конъюнктивы и склеры. Точка зрения. Восток – Запад. 2024;11(1): 57–62. doi: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-1-57-62>

**Автор, ответственный за переписку:** Лия Мерабиевна Такаландзе, lika-eqimi@mail.ru

Case Report

### A case of necrotizing scleritis that required plastic surgery for a wide conjunctival and scleral defects

L.M. Takalandze, R.Z. Kadyrov, O.I. Orenburkina, A.E. Babushkin, L.R. Rakhimova

Russian Center for Eye and Plastic Surgery, Ufa, Russian Federation

#### ABSTRACT

The article presents a rare case of necrotizing scleritis in a 59-year-old patient at Russian Center for Eye and Plastic Surgery. The patient had suffered for six months from rheumatic episcleritis, complicated by keratitis, iridocyclitis and necrotizing scleritis that did not exclude the presence of Franceschetti – Bischler syndrome. Due to the refractive course and the development of conjunctival and scleral necrosis, the patient underwent a surgical procedure at his local health facility – conjunctival repair with interrupted sutures. Unfortunately, within a week the conjunctival sutures came apart, given the large size of the conjunctival defect (1.1 cm × 4 mm), the patient underwent reoperation at the Russian Center for Eye and Plastic Surgery – surgical removal of necrotic tissue with the subsequent immobilization and conjunctival closure by allotendinous threads and interrupted sutures. Positive effect was observed.

**Key words:** necrotizing scleritis, keratitis, iridocyclitis, Franceschetti – Bischler syndrome, surgical treatment, allotendinous threads.

**For citation:** Takalandze L.M., Kadyrov R.Z., Orenburkina O.I., Babushkin A.E., Rakhimova L.R. A case of necrotizing scleritis that required plastic surgery for a wide conjunctival and scleral defects. Point of view. East – West. 2024;11(1): 57–62. doi: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-1-57-62>

**Corresponding author:** Liya M. Takalandze, lika-eqimi@mail.ru

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что самой частой патологией среди заболеваний склеры являются процессы воспалительного характера, а именно эписклериты (узелковый, мигрирующий, розацеа) и склериты (диагностируются они не так часто – у 1 человека из 20 000, преимущественно в возрасте старше 50 лет). Их причиной могут быть самые разные факторы: от системных (ревматоидный артрит, красная волчанка, болезнь Бехтерева – анкилозирующий спондилит, псориазический артрит, подагра, язвенный колит, синдром Вегенера, Рейтера и т.д.), инфекционных (вирусных – при герпесе и герпесе зостер, кори, эпидемическом паротите, а также вызванных фокальной инфекцией, туберкулезом, сифилисом и др.) и аллергических заболеваний до посттравматических, лекарственных поражений (после травм, некоторых косметических процедур, витреоретинальных и антиглаукомных операций, вмешательств по поводу птеригиума, после субконъюнктивального введения некоторых стероидов, склеральных аппликаций цитостатиков, например, митомицина С и пр.) [1–6].

По данным Г.В. Ситник [7], из 21 пациента с некротизирующим склеритом в 33,3% случаев некроз склеры был связан с ранее произведенным хирургическим вмешательством, в 28,6% – с ревматоидным артритом, в 14,3% – с гранулематозом Вегенера, и только в 23,8% случаев этиологию процесса не удалось выяснить.

Данную офтальмопатологию отличает длительное, часто рефрактерное и рецидивирующее течение, причем женщины болеют чаще. Более глубокий характер поражения склеры, присущий склеритам, особенно при длительном или рецидивирующем течении, нередко приводит к развитию нежелательных последствий. Одним из таких, причем наиболее распространенных последствий воспалительного процесса в склере, является возникновение стафиломы или даже нескольких стафилом с присущим им истончением белочной оболочки с синюшным ее цветом. Особенно это присуще очаговым и передним склеритам.

Наиболее тяжело протекают значительно менее распространенные варианты течения склерита с некрозом склеры и выраженным воспалением, среди которых можно выделить гнойный склерит или абсцесс склеры, например, после инфицирования склеральной раны или гнойного метастаза при сепсисе и наличии гнойной инфекции в организме, а также синдромальные заболевания. Например, синдромы Франческетти – Бишлера (узелковый некротический склерит, протекающий с развитием микроабсцессов и кератита, часто ревматической этиологии), Кунта – Мальбрана – Манцетти (в виде перфоративного некроза в области прикрепления прямой мышцы у пациентов на фоне склеродермии), Ван-дер-Хове (некроз склеры с перфорацией и увеитом, чаще у женщин с ревматизмом). Следует отметить, что склерит с некрозом склеры при некоторых заболеваниях может длительно протекать и практически без воспаления, в частности, при ревматоидном артрите, синдроме Вегенера [8, 9].

Как уже упоминалось выше, склериты могут осложняться истончением склеры (в т.ч. в результате ее некро-

за), что опасно возможной перфорацией со всеми вытекающими отсюда последствиями – от кератоувеита, вторичной катаракты и глаукомы до эндо- и паноптальмита с высокой вероятностью потери глаза. Так, Г.В. Ситник [7] сообщает, что у пациентов с некротизирующим склеритом удалось сохранить глаза в 72,7% случаев, причем в 27,3% случаев они были энуклеированы в короткие сроки от начала лечения (через 2–4 месяца).

Помимо офтальмологических общепринятых методов (в частности, биомикроскопии и т.п.), дополнительно назначают различные лабораторные, в т.ч. биохимические исследования (общий анализ крови и мочи, определение уровней С-реактивного белка, ревмофактора, реакция Вассермана, анализ на ВИЧ-инфекцию), флюорографию или рентгенографию легких и придаточных пазух, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, специфические пробы (пробу Манту), при необходимости, например, для скрининга аутоиммунных заболеваний – оценку иммунного статуса, антигенов гистосовместимости, особенно HLAB-27, антинуклеарных и антинейтрофильных цитоплазматических антител, а также полимеразную цепную реакцию и иммуноферментный метод – диагностику на вирусы (герпеса, Эпштейна – Барр, цитомегаловирусы и др.), бактерии и т.д.

Принимая во внимание тяжесть некротизирующего склерита, потенциально высокую угрозу для зрения и сохранения глаза как органа, а также тот факт, что эписклериты или склериты часто являются симптомом других заболеваний, для дифференциальной диагностики и лечения данной патологии должны быть привлечены и другие специалисты, такие как инфекционист, ревматолог и др. Терапию назначают в соответствии с этиологией процесса, как правило, широко используют противовоспалительную и иммуносупрессивную (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), стероиды, ритуксимаб – противоопухольное и иммуномодулирующее средство, адалимумаб – противовоспалительный препарат, ингибирующий фактор некроза опухоли, мофетил микофенолат – иммунодепрессивный препарат и др.), антибактериальную и антигистаминную терапию, а также при необходимости проводят специфическое лечение (противовирусное, противотуберкулезное и т.п.) и санацию очагов инфекции [1, 9–11].

И все же в большинстве случаев таким пациентам требуется своевременное проведение хирургического лечения (пластики склеры с использованием донорских склеры, твердой мозговой оболочки, амниотической мембраны или роговично-склерального трансплантата, аутоконъюнктивы либо аутослизистой ротовой полости) на фоне адекватной системной и местной иммуносупрессивной и противовоспалительной терапии с тщательным мониторингом состояния оперированного глаза [7, 12, 13].

## ЦЕЛЬ

Представить редкий клинический случай некроза склеры, потребовавший пластики ее обширного дефекта.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По наблюдением находился пациент А., 59 лет, который в течение длительного времени лечился по месту жительства по поводу склерита ревматической этиологии. В связи с рефрактерным течением заболевания и развитием у пациента обширного некроза конъюнктивы и склеры ему дважды потребовалось хирургическое лечение – по месту жительства и реоперация в ВЦГПХ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В феврале 2023 г. во Всероссийский центр глазной и пластической хирургии «Аллоплант» в г. Уфе обратился мужчина А., 59 лет, житель одного из городов Республики Башкортостан, с жалобами на слезотечение, покраснение, чувство инородного тела и дискомфорт в правом глазу.

Из анамнеза: болен с мая 2022 г., первично обратился за помощью к офтальмологу г. Сибая с жалобами на покраснение и рези в правом глазу. Из сопутствующих заболеваний отмечает перенесенный в детстве ревматизм. После осмотра пациента был выставлен диагноз: OD – острый конъюнктивит, эписклерит. Назначено лечение – глазные капли левофлоксацина 6 раз и дексаметазона 0,1% 4 раза в день, а также бромфенака 1 раз в сутки в течение 2 недель. От назначенной местной терапии был получен положительный результат (купирование воспалительной реакции в значительной степени, глаз выглядел практически спокойным), но полного излечения не отмечено.

Повторно пациент обратился с указанными жалобами в начале июля 2022 г. При осмотре пациента: Visus OD – 0,9, OS – 0,7 с коррекцией 1,5 D = 1,0; внутриглазное давление (ВГД) при пневмотонометрии: OD – 15 мм рт.ст., OS – 14 мм рт.ст. Объективно: OD – края век спокойные, конъюнктивы век гиперемированы, отечная, инъекция сосудов конъюнктивы глазного яблока в наружном секторе; роговица прозрачная; передняя камера средней глубины; факосклероз; стекловидное тело прозрачное. Глазное дно: OD – без особенностей. Был выставлен диагноз: OD – острый эписклерит. Назначено лечение: НПВС неванак 4 раза в день в течение 7 дней, внутрь – глюкокортикостероид метипред по 2 таблетки в день. В связи с обострением процесса и учитывая ревматическую его этиологию, был рекомендован прием внутрь таблеток метипреда по 1 таблетке 2 раза в день по малой схеме, курантила по 75 мг и ребамипида 3 раза в день, а также инстилляций в правый глаз глазных капель – неванак 4 раза в день.

В дальнейшем на протяжении 5 месяцев пациент наблюдался врачом-офтальмологом по месту жительства, 7 раз посетив его и предъявляя жалобы на покраснение, дискомфорт и боли в правом глазу. Все это время он получал местное лечение в виде различных антибактериальных, противовоспалительных, кортикостероидных капель и корнеопротекторов. Кроме того, ему назначали внутрь антигистаминные препараты и курс антибиотиков. Периодически состояние глаза улучшалось, иногда значительно, но продолжалось это недолго – как правило, 2–3 недели.

В связи с ухудшением состояния правого глаза (усилилась инъекция глаза, появилась светобоязнь) в начале декабря 2022 г. пациент по собственной инициативе был проконсультирован в медицинском центре «Семейный доктор» (г. Магнитогорск). Тогда же при осмотре у него был диагностирован в нижнем секторе правого глаза краевой кератит и констатированы явления иридоциклита (воспалительная взвесь во влаге передней камеры и стекловидном теле). Рекомендованное местное лечение включало в себя инстилляцию в правый глаз каплей комбинированного препарата макситрол (содержащего 2 антибиотика и стероид) 4 раза в день, бромфенак 2 раза в день, тропикамид 2 раза в день, корнерегель 4 раза в день; внутримышечно – циклоферон 2 мл 1 раз в день по схеме. Данное лечение не только не улучшило, но даже несколько ухудшило состояние глаза пациента, поэтому он повторно обратился к врачу-офтальмологу Сибайской Центральной городской больницы 20.12.2022 с жалобами на сильные рези и боли в правом глазу.

При осмотре: Visus OD – 0,7–0,8, не корригирует (н.к.), OS – 0,7 с коррекцией 1,5 D = 1,0; ВГД при пневмотонометрии: OD – 15 мм рт.ст., OS – 14 мм рт.ст. Объективно: OD – веки отечные, конъюнктивы век гиперемированы, отечная, смешанная инъекция сосудов глазного яблока, на периферии нижней части роговицы краевые инфильтраты в стадии рассасывания, в нижне-наружном секторе глазного яблока визуализируется ограниченный участок в виде узелка желтоватого цвета, передняя камера средней глубины, легкая воспалительная взвесь во влаге передней камеры и стекловидном теле. Выставлен диагноз: OD – Эписклерит, кератоконъюнктивит, иридоциклит ревматической (?) этиологии. На фоне назначенного лечения, включающего различные антибиотики и противовоспалительные средства (местно и системно), корнеопротекторы, мидриатики короткого действия, слезозаместители и т.п., на приеме в конце января 2023 г. у пациента была констатирована следующая динамика: отсутствие явлений иридоциклита и кератита в правом глазу на фоне появления участка некроза конъюнктивы и склеры в нижне-наружном сегменте на фоне непрерывно рецидивирующего склерита ревматической этиологии. В связи с этим пациенту было рекомендовано стационарное лечение в офтальмологическом отделении ГБУЗ ЦГБ г. Сибая, где он и находился с 06.02 по 08.02.2023.

При поступлении в стационар: острота зрения OD – 0,8 н.к., OS – 0,5 + 1,75 = 1,0; ВГД (на пневмотонометре): OU – 18,0 мм рт.ст.

06.02.2023 была проведена операция: OD – ушивание дефекта конъюнктивы с наложением узловых швов под местной анестезией. Острота зрения при выписке не изменилась. После операции пациенту назначена местная антибиотико- и противовоспалительная терапия, а также препараты, улучшающие регенерацию тканей.

К сожалению, уже через неделю конъюнктивальные швы разошлись и, учитывая большие размеры дефекта конъюнктивы, для решения вопроса о тактике повторного вмешательства 15.02.2023 пациент был направлен во Всероссийский центр глазной и пластической хирургии

гии на консультацию к врачу-офтальмохирургу, который рекомендовал его госпитализацию.

Пациент поступил на стационарное лечение в ВЦГПХ 16.02.2023 с диагнозом: OD – Обширная рана конъюнктивы, состояние после хирургического вмешательства по поводу некроза конъюнктивы и склеры на фоне непрерывно рецидивирующего склерита; OU – Гиперметропия слабой степени. Учитывая наличие у относительно молодого еще пациента в анамнезе наряду с некрозом склеры еще и кератоувеита ревматической этиологии, не исключено наличие у него синдрома Франческетти – Бишлера.

Офтальмологический статус при поступлении: OD – умеренный отек нижнего века, смешанная инъекция глазного яблока. В ниже-наружном секторе в 5 мм от лимба дефект конъюнктивы размером 1,1 см на 4 мм овальной формы, края слизистой отечны, утолщены.



**Рис. 1.** Обширная рана конъюнктивы, состояние после хирургического вмешательства по поводу некроза конъюнктивы и склеры на фоне непрерывно рецидивирующего склерита. Несостоятельность конъюнктивальных швов

**Fig 1.** Extensive conjunctival injury, state after surgical treatment of conjunctival and scleral necrosis due to continuously recurrent scleritis. Insufficiency of conjunctival sutures



**Рис. 2.** Через 1 месяц после реоперации: края конъюнктивальной раны адаптированы, за исключением небольшого участка на 9 часах, где отмечена несостоятельность шва, просматривается узел аллосухожильной нити белого цвета

**Fig. 2.** 1 month after the reoperation: edges of the conjunctival wound are adapted, with the exception of a small area at 9 o'clock with suture insufficiency, a white allotendinous threads is observed

С внутренней стороны конъюнктивальной раны видны несостоятельные шелковые швы. На дне раны просматривается белесоватого цвета истонченная и ограниченно-некротизированная ткань склеры (рис. 1). Роговица прозрачная, в нижнем секторе – легкое краевое помутнение. Нежная деструкция стекловидного тела. Глазное дно – без особенностей.

Проведено хирургическое лечение правого глаза под местной анестезией и с внутривенным пособием (17.02.2023). Выполнена ревизия раны с иссечением некротизированных тканей слизистой оболочки и склеры с последующим ушиванием конъюнктивы. Произведена обработка операционного поля, наложен блефаростат. Удалены некротизированные ткани, освежены конъюнктивальные края раны. Произведена иммобилизация конъюнктивы. Наложены один П-образный шов с использованием аллосухожильной нити (аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» № 1, длина 15,0 см, ширина 0,2 см) по центру раны с захватом тенноновой капсулы. За счет этого удалось стянуть края раны, после завязывания узел аллосухожильного шва остался под конъюнктивой. Дополнительно на конъюнктивальную рану были наложены 4 узловых шва (шелк 8/0). Края раны состоятельные. В конце операции сделана парабульбарная инъекция с антибиотиком и дексазоном, а также были взяты ткани с участка некроза на биопсию для исключения наличия онкологического процесса и грибкового поражения.

В послеоперационном периоде назначено консервативное лечение: в правый глаз местно – инстилляцией флоксала 0,3% 4 раза в день, дексаметазона 0,1% 4 раза в день, корнерегель 5% 4 раза в день. Осмотр при выписке: Visus OU – 0,9, н.к., ВГД (пневмотонометрия): OD – 17 мм рт.ст., OS – 18 мм рт.ст.

При биомикроскопии: OD – умеренно раздражен, конъюнктив умеренно отечная, послеоперационные раны склеры адаптированы, чистые, швы состоятельные, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, рельеф радужки обычный, зрачок круглый, реакция на свет сохранена, хрусталик прозрачный. В стекловидном теле полупрозрачные плавающие помутнения; OS – здоров.

Пациент выписан на 5-й день (21.02.2023) после операции на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии с рекомендацией закапывать в правый глаз местно антибиотик флоксал 0,3% 4 раза в день, в качестве противовоспалительного лечения был назначен дексаметазон 0,1% 4 раза в день (по убывающей схеме через две недели) в течение месяца и для активации регенерации конъюнктивы – корнерегель 5% 4 раза в день в течение 3 недель.

Повторная явка пациента на осмотр через 1 месяц на снятие швов.

При осмотре пациента через месяц после реоперации: OD – глаз постепенно успокаивается, но сохраняется умеренная инъекция конъюнктивы, преимущественно в нижнем секторе правого глаза. Края конъюнктивальной раны, за исключением небольшого участка на 9 часах (где отмечена несостоятельность узлового шва), адаптированы, просматривается узел аллосухожильной нити белого цвета (рис. 2).

Получен результат прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (22.03.2023). Фрагмент склерозированного участка конъюнктивы выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием без бокаловидных клеток с очаговой пролиферацией клеток базального слоя. Микроскопически грибковых элементов не обнаружено.

Контрольный осмотр пациента был назначен через 3 месяца, в дальнейшем при необходимости планируется провести наложение 1–2 швов на небольшой оставшийся дефект конъюнктивы на 9 часах, если ранка не заживет вторичным натяжением. Для этого пациенту наряду с антибактериальной терапией в виде использования антисептиков (окомистин, витабакт) были рекомендованы мази с антибиотиками (офтаципро, флоксал) и витамином А (Вита-Пос).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом непрерывно рецидивирующего характера и рефрактерного течения эписклерита, осложненного с течением времени кератитом, иридоциклитом и некротизирующим склеритом, лечение данной офтальмопатологии требует активной не только местной, но и системной иммуносупрессивной и противовоспалительной терапии, а также своевременного выполнения адекватного хирургического лечения, основанного, в частности, на хорошей иммобилизации аутоконъюнктивы и применении аллосухожильной нити. Данная методика позволяет закрывать большие дефекты «рыхлой» конъюнктивы, особенно поствоспалительного характера, когда края раны отечные и использование обычных швов часто приводит к их прорезыванию. Достоинством аллосухожильных нитей является отсутствие иммунологической реакции и длительный срок их резорбции (до 2 лет).

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, Lightman S. Scleritis. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(4): 351–363. doi: 10.1016/j.survophthal.2005.04.001
- sai YY, Lin JM, Shy JD. Acute scleral thinning after pterygium excision with intraoperative mitomycin C: a case report of scleral delten after bare sclera technique and review of the literature. *Cornea.* 2002;21(2): 227–229. doi: 10.1097/00003226-200203000-00022
- Solomon A, Kaiserman I, Raikup FD, Landau D, Frucht-Pery J. Long-term effects of mitomycin C in pterygium surgery on scleral thickness and the conjunctival epithelium. *Ophthalmol.* 2004;111: 1522–1527. doi: 10.1016/j.ophtha.2004.02.007
- Leung TG, Dunn JP, Akpek EK, Thorne JE. Necrotizing scleritis as a complication of cosmetic eye whitening procedure. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2013;3(1): 39. doi: 10.1186/1869-5760-3-39
- Cho CH, Lee SB. Biodegradable collagen matrix (Ologen) implant and conjunctival autograft for scleral necrosis after pterygium excision: two case reports. *BMC Ophthalmol.* 2015;15: 140. doi: 10.1186/s12886-015-0130-z
- Mruthyunjaya P, Grewal DS, Berry D. Conjunctival Dehiscence and Scleral Necrosis following Iodine-125 Plaque Brachytherapy for Uveal Melanoma: A Report of 3 Cases. *Ocular Oncology and Pathology.* 2018 Sep;4(5): 291–296. doi: 10.1159/000481858
- Ситник Г.В. Некротизирующие склериты: дифференциальная диагностика и лечение. Спб. 2020: 155–157. [Sitnik GV. Nekrotiziruyushchie sklerita: differentsialnaya diagnostika i lechenie. Spb. 2020: 155–157. (In Russ.)]

8. Бабушкин А.Э. Редкий случай синдрома Ван дер Хове. Новое в офтальмологии. 2005;1: 36–37. [Babushkin AE. Redkyi sluchai sindroma Van der Hoeve. Novoe v oftalmologii. 2005;1: 36–37. (In Russ.)]
9. Бабушкин А.Э., Семенова Е.Н., Никитин Н.А. Узелковый некротический склерит (синдром Франческетти–Бишлера). *Вестник офтальмологии.* 2009;2: 47–50. [Babushkin AE, Semenova YeN, Nikitin NA. Nodular necrotic scleritis (Franceschetti–Bishler syndrome) Vestnik Oftalmologii. 2009;2: 47–50. (In Russ.)]
10. Lawuyi LE, Gurbaxani A. Refractory necrotizing scleritis successfully treated with adalimumab. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection.* 2016;6(37). doi: 10.1186/s12348-016-0107-y
11. Morarji J, Joshi L, Tomkins-Netzer O, Lightman S, Taylor SR. Combined infliximab and rituximab in necrotizing scleritis. The case of Rep *Ophthalmol.* 2012 Sep;3(3): 286–290. doi: 10.1159/000342842
12. Oh JH, Kim JC. Repair of scleromalacia using preserved scleral graft with amniotic membrane transplantation. *Cornea.* 2003 May;22(4): 288–293. doi: 10.1097/00003226-200305000-00002
13. Ma DH, Wang SF, Su WY, Tsai RJ. Amniotic membrane graft for the management of scleral melting and corneal perforation in recalcitrant infectious scleral and corneoscleral ulcers. *Cornea.* 2002;21: 275–283. doi: 10.1097/00003226-200204000-00008

### Информация об авторах

**Лия Мерабиевна Такаландзе**, врач-офтальмолог, заведующая приемным отделением Всероссийского центра глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, lika-eqimi@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7901-9731>

**Радик Завидович Кадыров**, д.м.н., врач-офтальмолог высшей категории, заместитель директора по лечебной работе Всероссийского центра глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, radkad@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6353-9084>

**Ольга Ивановна Оренбуркина**, д.м.н., директор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, linza7@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6815-8208>

**Александр Эдуардович Бабушкин**, д.м.н., ведущий научный сотрудник Всероссийского центра глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, virologicdep@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6700-0812>

**Лилия Робертовна Рахимова**, ординатор второго года обучения кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, lili4ka777@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0850-6682>

### Information about the authors

**Liya M. Talakandze**, Ophthalmologist, Hospital Admission Supervisor, Russian Center for Eye and Plastic Surgery, lika-eqimi@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7901-9731>

**Radik Z. Kadyrov**, Doctor of Science, Deputy Director of Medical Services, Russian Center for Eye and Plastic Surgery, radkad@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6353-9084>

**Olga I. Orenburkina**, Doctor of Science, Director of Russian Center for Eye and Plastic Surgery, linza7@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6815-8208>

**Aleksandr E. Babushkin**, Doctor of Science, Leading Researcher, Russian Center for Eye and Plastic Surgery, virologicdep@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6700-0812>

**Liliya R. Rakhimova**, 2<sup>nd</sup>-year medical resident, Department of Ophthalmology with CPE course, Bashkir State Medical University, lili4ka777@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0850-6682>

### Вклад авторов в работу:

**Л.М. Такаландзе:** написание текста.

**Р.З. Кадыров:** хирургическое лечение пациента.

**О.И. Оренбуркина:** концепция и дизайн исследования, консультации, окончательное утверждение статьи в печать.

**А.Э. Бабушкин:** написание текста, редактирование.

**Л.Р. Рахимова:** сбор материала.

### Author's contribution:

**L.M. Takalandze:** writing.

**R.Z. Kadyrov:** surgical treatment of the patient.

**O.I. Orenburkina:** conceptualization and design, consulting, final confirmation.

**A.E. Babushkin:** writing, editing.

**L.R. Rakhimova:** acquisition.

**Финансирование:** Авторы не получили конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторах

**Funding:** The authors did not receive a specific grant for this study from any funding agency in the public, commercial, or non-profit sectors

**Согласие пациента на публикацию:** Письменного согласия пациентов на публикацию этого материала получено не было. Он не содержит никакой личной идентифицирующей информации.

**Patient consent to publication:** Written consent from the patients for publication of this material was not obtained. It does not contain any personally identifiable information.

**Конфликт интересов:** Отсутствует.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest.

Поступила: 21.06.2023

Переработана: 14.09.2023

Принята к печати: 18.09.2023

Originally received: 21.06.2023

Final revision: 14.09.2023

Accepted: 18.09.2023

## КОНФЕРЕНЦИИ 2024

Башкирское региональное отделение  
Общества офтальмологов России  
Региональное отделение по Республике Башкортостан  
Общероссийской общественной организации  
«Ассоциация врачей – офтальмологов»



Конференции включены в План научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Республики Башкортостан на 2024 год