**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ**

**ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ**

**ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ**

**Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ**

**«Центральная серозная хориоретинопатия»**

Выполнил: Шаров Н.С.

ординатор 2 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

Красноярск 2024

Оглавление

[Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 3](#_Toc168172807)

[Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 3](#_Toc168172808)

[Классификация ЦСХ 4](#_Toc168172809)

[Клиническая картина заболевания или состояния 5](#_Toc168172810)

[. Основные диагностические критерии установления ЦСХ 7](#_Toc168172811)

[Инструментальные диагностические исследования 7](#_Toc168172812)

[Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 10](#_Toc168172813)

[Лазерное лечение 10](#_Toc168172814)

[Хирургическое лечение 10](#_Toc168172815)

[Список литературы 11](#_Toc168172816)

# Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ) – заболевание, которое развивается вследствие дисфункции хориоидеи, проявляется, как правило, пахихориоидальным фенотипом, характеризуется серозными отслойками нейроэпителия и/или пигментного эпителия, а также атрофическими их изменениями.

Пахихориоидальный фенотип (приставка «пахи» – утолщение) – состояние, для которого характерны следующие структурные изменения хориоидальной архитектоники: − диффузное или очаговое увеличение толщины хориоидеи; − расширение хориоидальных сосудов; − истончение слоя хориокапилляров и средних сосудов (слой Саттлера) при наличии расширенных крупных сосудов хориоидеи (слой Галлера), возможно при нормальной или уменьшенной общей толщине хориоидеи.

# Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Центральная серозная хориоретинопатия представляет собой заболевание заднего сегмента глаза, которое впервые было описано A. Von Graefe в 1866 году и появилось в офтальмологической литературе под названием «центральный рецидивирующий ретинит». В зависимости от взглядов на природу патологического процесса данного заболевания оно именовалось как центральный серозный ретинит, центральная серозная ангиопатия сетчатки, центральная серозная ретинопатия или хориопатия, идиопатическая серозная отслойка макулы, серозный макулит и т.д.

Термин «центральная серозная хориоретинопатия», существующий до сих пор, был впервые предложен J. Gass в 1966 г.

Несмотря на то, что прошло более 100 лет с момента первых публикаций, многие аспекты этиопатогенеза, клинических проявлений, динамики и прогноза различных форм этого заболевания остаются неясными. Детальное изучение особенностей данной нозологии приобрело особую актуальность в последние десятилетия в связи с ростом численности пациентов, а также развитием заболевания не только в молодом работоспособном, но и пожилом возрасте

 Основной характеристикой заболевания является наличие локализованной, ограниченной серозной ОНЭ, связанной с нарушением барьерной и насосной функции ПЭ, часто сочетающейся с наличием отслоек пигментного эпителия, появляющихся на фоне декомпенсации хориоидеи, которая в свою очередь изменяется по структуре и увеличивается по толщине. По этой причине заболевание было включено в спектр так называемых пахихориоидальных состояний.

Этиология окончательно не определена. На сегодняшний день наиболее частой причиной развития заболевания считают повышение уровня стероидных гормонов в организме человека, возникающее как эндогенно, так и экзогенно .

Факторами риска развития ЦСХ являются: − психотип А;

 − эмоциональный стресс ;

 − прием глюкокортикостероидов (ГКС) (перорально, интраназально, эпидурально, внутрисуставно, периокулярно, местно)

− прием симпатомиметиков, агонистов адренергических рецепторов (псевдоэфедрина и оксиметазолина, содержащимися в назальных спреях, метилендиоксиметамфетамина (амфетамина) и эфедры, содержащихся в продуктах для бодибилдеров;

 − заболевания желудочно-кишечного тракта, вызванные H. pilori; гастроэзофагальный рефлюкс

 − синдром Кушинга

− беременность (преимущественно 3 триместр со спонтанной регрессией после родов

− гормон-продуцирующие опухоли

− заместительная гормональная терапия в период менопаузы или после гистерэктомии

− гипертоническая болезнь

# Классификация ЦСХ

1. Острая ЦСХ Характеризуется впервые выявленными или вновь возникшими (после полного разрешения предыдущего эпизода) одной или несколькими серозными отслойками НЭ и/или ПЭ и незначительными атрофическими его изменениями. На ФАГ определяются одна или больше точек просачивания. Субретинальная жидкость (СРЖ) обычно самопроизвольно резорбируется в течение 3-4 месяцев.

2. Хроническая ЦСХ. Характеризуется продолжительным течением эпизода заболевания (более 4 месяцев), ОНЭ, более выраженными атрофическими изменениями ПЭ и НЭ с возможным формированием кистозных полостей в нейросенсорной сетчатке, что может быть косвенным признаком ХНВ.

3. Атипичная ЦСХ (буллезная, со скоплением субретинального белкового субстрата, диффузная ретинальная пигментная эпителиопатия)

− Буллезная ЦСХ

 – множественные высокие отслойки нейроэпителия, которые встречаются при острой и хронической форме.

 − ОНЭ с субретинальным белковым субстратом – проявляется скоплением большого количества фибрина, как правило, в сочетании с ОПЭ. Нередко приводит к 12 субретинальному фиброзу, сопровождающимся выраженным снижением зрительных функций. Встречается при острой и хронической форме.

− Диффузная ретинальная пигментная эпителиопатия – обширное атрофическое повреждение ПЭ, связанное с длительным просачиванием СРЖ, ее распространением в силу гравитации в нижние отделы глазного дна и проявляющееся феноменом «хвоста кометы» при выполнении ФАГ и «гравитационными дорожками» при исследовании аутофлюоресценции. Является вариантом хронического течения заболевания.

Осложнения и исходы ЦСХ:

− хориоидальная неоваскуляризация;

− разрыв ретинального пигментного эпителия;

− субретинальный фиброз;

− атрофия наружных слоев сетчатки;

− атрофия пигментного эпителия.

# Клиническая картина заболевания или состояния

Жалобы не патогномоничны, как правило, имеют острое начало, характеризующееся появлением метаморфопсий, микропсий, дисхроматопсий, в некоторых случаях можно диагностировать появление относительных или абсолютных скотом в центральном поле зрения. Острота зрения при острой ЦСХ может быть снижена незначительно. При рецидивировании, хронической форме, атипичной форме и осложнениях может регистрироваться значительное снижение зрительных функций.

Офтальмоскопически при острой форме визуализируется одна или несколько ОНЭ, иногда сочетается с ОПЭ. Самопроизвольный регресс отслойки нейроэпителия при острой ЦСХ развивается в течение 3-4 месяцев, как правило, без осложнений. Новые эпизоды встречаются в 15-50% случаев .

Хроническая форма развивается через 4 месяца существования отслойки нейроэпителия, характеризуется обширными зонами атрофического повреждения ПЭ, хорошо визуализируемыми при биомикроскопии и аутофлюоресценции. Прозрачность субретинальной жидкости при ЦСХ может быть снижена за счет большого количества фибрина, откладывающегося в форме кольца («бублика») с просветом в одной из зон скопления белка. 13 Отслойка пигментного эпителия (ОПЭ) – это отделение базальной мембраны пигментного эпителия от внутреннего коллагенового слоя мембраны Бруха. Выявляется как офтальмоскопически, так и при применении ОКТ. А

васкулярная серозная ОПЭ характеризуется отсутствием новобразованных сосудов, твердых экссудатов, геморрагий, наличием гипорефлективной зоны под ОПЭ, четкими границами. Наиболее часто ЦСХ осложняется 1 типом ХНВ, расположенной под ПЭ и характеризующейся нерегулярной и/или плоской ОПЭ с гиперрефлективным содержимым. С внедрением ОКТ-ангиографии (ОКТ-А), была зарегистрирована более высокая частота выявления ХНВ – 58%, против 2% выявляемых офтальмоскопически. Вторичная ХНВ 2 типа может развиться у пациентов после фокальной лазерной коагуляции точек просачивания жидкости, расположенных на близком растоянии от фовеолярной аваскулярной зоны (не более 1 диаметра ДЗН).

# . Основные диагностические критерии установления ЦСХ

 

# Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется визометрия всем пациентам с ЦСХ при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью определения тяжести зрительных расстройств

Рекомендуется рефрактометрия или определение рефракции с помощью набора пробных линз всем пациентам при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью определения максимальной корригированной остроты зрения для точной оценки тяжести зрительных расстройств

Рекомендуется офтальмотонометрия (в том числе, под местной анестезией с использованием раствора местного анестетика) всем пациентам при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления нарушений офтальмотонуса

Рекомендуется биомикроскопия глаза всем пациентам при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью оценки состояния сред и структур глаза

Рекомендуется биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления изменений на глазном дне, оценки их тяжести, мониторинга и выбора оптимальной тактики ведения

Рекомендуется биомикрофотография глазного дна с использованием фундус-камеры (при наличии технической возможности) пациентам в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты, включая фиксированные комбинации) при 18 диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью скрининга, мониторинга и оценки эффективности лечения

Рекомендуется исследование аутофлюоресценции глазного дна пациентам с подозрением на поражение ПЭ при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления и мониторинга изменений ПЭ

Рекомендуется оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора (оптическая когерентная томография – ОКТ) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) всем пациентам с ЦСХ или с подозрением на ее наличие при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью его количественной и качественной оценки, а также мониторинга эффективности лечения

Рекомендуется оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора в режиме ангиографии (оптическая когерентная томография в режиме ангиографии – ОКТ-А) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) всем пациентам с ЦСХ с подозрением на наличие хориоидальной неоваскуляризации при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением

Рекомендуется флюоресцентная ангиография глаза (ФАГ) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением пациентам с ЦСХ в диагностически сложных случаях, с хроническим или осложненным течением с целью дифференциальной диагностики, выявления точек просачивания и/или хориоидальной неоваскуляризации с дальнейшим определением тактики лечения

Рекомендуется ангиография глазного дна с индоцианином зеленым (ИЗАГ) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением пациентам с ЦСХ в диагностически сложных случаях, с хроническим или осложненным течением с целью дифференциальной диагностики, при подозрении на полиповидную васкулопатию для дальнейшего определением тактики лечения

Рекомендуется периметрия пациентам с ЦСХ и подозрением на поражение зрительного нерва в случае необходимости углубленного анализа функциональных нарушений при дифференциальной диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью оценки функции сетчатки и проводящих путей

# Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Консервативное лечение

Не рекомендуется специальное лечение пациентам с ЦСХ

проведенные на сегодняшний день мета-анализы и систематизированные обзоры данных не выявили убедительных доказательств надлежащего качества того, что какая-либо из терапевтических стратегий обладает значимыми преимуществами перед плацебо или наблюдением за пациентами с ЦСХ. Приводимые ниже подходы имеют доказательства лишь низкого качества и в значительной степени безрезультатны (данные небольших ретроспективных исследований при ЦСХ следует оценивать с осторожностью, так как заболевание склонно к спонтанному разрешению)

# Лазерное лечение

 Рекомендуется фокальная лазерная коагуляция глазного дна (при наличии локального отека сетчатки) под местной анестезией (с использованием раствора местного анестетика) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) пациентам с ЦСХ в случае экстрафовеолярного расположения точки просачивания с целью её блокирования

# Хирургическое лечение

 Рекомендуется интравитреальное введение (в условиях операционной, под местной анестезией (с использованием глазных капель раствора местного анестетика), после обработки кожи век, области вокруг глаз и глазной поверхности антисептиками и дезинфицирующими средствами (включая препараты йода), с использованием до и после процедуры глазных капель растворов антисептиков, противомикробных и противовоспалительных препаратов (включая фиксированные комбинации), лекарственного средства, препятствующего новообразованию сосудов – ранибизумаба\*\* [86] пациентам с ЦСХ, осложнившейся развитием ХНВ, с периодичностью инъекций в соответствии с инструкцией по использованию применяемого лекарственного препарата, с целью подавления активности ХНВ, стабилизации или повышения корригированной остроты зрения

# Список литературы

1. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетова Л.К., Нероев В.В., Тахчиди Х.П. Офтальмология: национальное руководство. 2-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 904 с.
2. Водовозов А.М. Исследование дна глаза в трансформированном свете. - Москва: Медицина. 1986. С. 183–192
3. Spaide R.F., Campeas L., Haas A., et al. Central serous chorioretinopathy in younger and older adults // Ophthalmology. 1996. Vol. 103. No. 12. P. 2070–2080. DOI: 10.1016/s0161- 6420(96)30386-2
4. Viola F., Veronese C., Danzi P., et al. Choroidal abnormalities in central serous chorioretinopathy // Theses of papers Dystrophic diseases of the eye. International Scientific Symposium "Odessa-Genoa", Ukraine. Odessa, 2005. P. 22–23