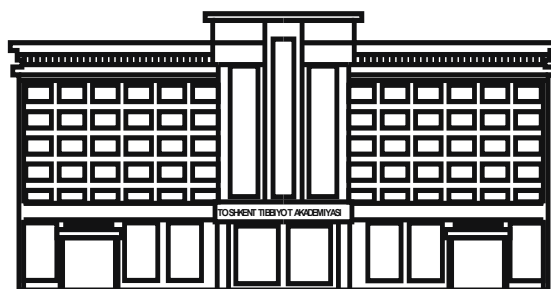


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №6

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

ОБЗОРЫ	REVIEWS
Каримова М.Х., Абдуллаева С.И., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А. ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ	Karimova M.H., Abdullaeva S.I., Ibodullaeva D.Ch., Abdushukurova A.A. AN EVOLUTIONARY VIEW OF THE CAUSE AND TREATMENT OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY 9
Ниязова З.А., Каримова М.Х., Хегай Л.Н., Вахабова Н.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛЕНОЧНЫХ БИОПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ	Niyazova Z.A., Karimova M.H., Khagai L.N., Vakhabova N.T. PROSPECTS FOR THE USE OF FILM BIOCOATINGS IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY EYE DISEASES 15
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE
Абдисамадов А.А., Касимова М.С., Мухтаров Д.З. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНА ЗРЕНИЯ	Abdisamadov A.A., Kasimova M.S., Mukhtarov D.Z. IMPROVING THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS OF THE ORGAN OF VISION 21
Абовян А.А., Зильфян А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКОЙ И ОДНИМ ВИДОМ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ	Abovyan A.A., Zilfyan A.A. THE COMPARISON OF GLAUCOMA TREATMENT RESULTS WITH SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY AND 1 TYPE OF EYE DROPS 24
Азнабаев М.Т., Гайсина Г.Я., Азаматова Г.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ГЛАЗНОМ ЯБЛОКЕ	Aznabaev M.T., Gaisina G.Ya., Azamatova G.A. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF LOCAL ANTIBACTERIAL DRUGS IN PATIENTS BEFORE SURGERY ON THE EYEBALL 26
Билалов Э.Н., Эшбоев Э.Х., Салиев Я.М., Орипов О.И., Имомалиева К.М. ОПТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕПРЫ	Bilalov E.N., Eshboev E.Kh., Saliev Ya.M., Oripov O.I., Imomalieva K.M. OPHTHALMIC MANIFESTATIONS OF LEPROSY 29
Камилов Х.М., Абдуллаев Ш.Р., Бабаханова Д.М., Максудова Л.М., Ходжаниязов Р.Х. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РОСАЦЕА-КЕРАТИТОМ И РОСАЦЕА ЯЗВОЙ РОГОВИЦЫ	Kamilov Kh.M., Abdullaev Sh.R., Babahanova D.O., Maksudova L.M., Khodjaniyazov R.Kh. OUR EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF ROSACEA-KERATITIS AND ROSACEA CORNEAL ULCERS 32
Каримов Р.И., Каримов У.Р., Саиткулов Ф.А., Боборажабов М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И КАТАРАКТОЙ	Karimov R.I., Karimov U.R., Saitkulov F.A., Boborozhabov M.A. EFFICACY AND SAFETY OF HIGH-FREQUENCY DEEP SCLEROTOMY IN PATIENTS WITH OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND CATARACTS 35
Каримова М.Х., Шамсутдинова З.Р., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А. ВОЗМОЖНОСТИ "SWEEP SOURCE OCT" В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ	Karimova M.Kh., Shamsutdinova Z.R., Ibodullaeva D.Ch., Abdushukurova A.A. THE POSSIBILITIES OF "SWEEP SOURCE OCT" IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VARIOUS FORMS OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY 38
Каримова М.Х., Назирова С.О., Убайдуллаев С.О., Беккульбекова М.А. АНАЛИЗ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	Karimova M.Kh., Nazirova S.O., Ubaidullaev S.O., Bekkulbekova M.A. ANALYSIS OF EYE PATHOLOGIES IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY 41
Каримова М.Х., Сидиков Ж.З. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СРОКОВ И ПРИЧИН ДИСЛОКАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	Karimova M.Kh., Sidikov Zh.Z. ANALYSIS OF THE FREQUENCY, TIMING AND CAUSES OF DISLOCATION OF INTRAOCULAR LENSES IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD 44
Каримова М.Х., Ташханова Д.И. РОЛЬ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗВИТИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ	Karimova M.Kh., Tashkhanova D.I. THE ROLE OF CEREBRAL HYPOXIA IN THE DEVELOPMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY 47
Касимова М.С., Камилов Х.М., Исмаилова Д.Ф., Хамраева Г.Х. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КЕРАТОЭКТАЗИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ РЕФРАКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ	Kasimova M.S., Kamilov H.M., Ismailova D.F., Khamraeva G.H. ANALYSIS OF THE RESULTS OF STUDIES OF SECONDARY KERATOECTASIA DEVELOPED AFTER REFRACTIVE SURGERY 50

ВОЗМОЖНОСТИ “SWEEP SOURCE OCT” В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Каримова М.Х., Шамсутдинова З.Р., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А.

МАРКАЗИЙ СЕРОЗ ХОРИОРЕТИНОПАТИЯНИНГ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ҚИЛИШДА “SWEEP SOURCE OCT” ИМКОНИАТЛАРИ

Каримова М.Х., Шамсутдинова З.Р., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А.

THE POSSIBILITIES OF “SWEEP SOURCE OCT” IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VARIOUS FORMS OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY

Karimova M.Kh., Shamsutdinova Z.R., Ibodullaeva D.Ch., Abdushukurova A.A.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза

Мақсад: хориоретинал комплекснинг турли даражадаги сегментациясида, марказий сероз хориоретинопатиянинг ўткир ва сурункали шакллари дифференцияловчи белгиларни аниқлаш. **Материал ва усуллар:** таҳлиллар 2021-йил май ойидан 2022-йил июн ойига қадар РИКМИАТМда олиб борилди. Текширилган беморлар умумий сони 40 нафар бўлиб, улардан 16 (40%) нафари аёллар, 24 (60%) нафари эса эркаклар ташкил этди. **Натижалар:** касалликнинг ўткир шакли билан оғриган беморларда, сурункали шаклига қараганда нейроэпителийнинг кўпроқ бўлиниши кузатилган. Сурункали шакли мавжуд беморларда эса фоторецепторлар зонасидаги ўзгаришлар устунлик қилган. Хориоидиянинг қалинлашув табиати ўткир шаклида марказий, сурункали шаклида локал характерлидир. **Хулоса:** марказий сероз хориоретинопатиянинг ўткир шакли учун ОСТА қуйидаги хусусиятлар хос: нейроэпителийнинг кўчиши юқори бўлиши, хориоидеянинг диффуз қалинлашиши. Сурункали шакли учун эса нейроэпителийнинг текис ажралиши, кўп миқдордаги интрахориоидал гиперрефлектор нуқталар, томирлар гиперрефлективлиги ва хориоидеянинг локал қалинлашиши хос.

Калит сўзлар: марказий сероз хориоретинопатия, интрахориоидиал гиперрефлектор нуқталар, нейроэпителий ажралиши.

Objective: To identify the differential signs of acute and chronic forms of central serous chorioretinopathy at different levels of segmentation of the chorioretinal complex. **Material and methods:** The examination was carried out at the diagnostic center of the RSSPMCEM from May 2021 to June 2022. 40 patients were examined, of which 16 (40%) women and 24 (60%) men. **Results:** In patients with the acute form of the disease, there were higher detachments of the neuroepithelium than in the chronic form, changes in the photoreceptor zone prevailed in patients with the chronic form, the nature of the thickening of the choroid was diffuse in the acute form central serous chorioretinopathy and local character in chronic form. **Conclusions:** For acute forms of central serous chorioretinopathy, according to OCTA, the following signs are characteristic: high detachments of the neuroepithelium, diffuse thickening of the choroid. Chronic forms are characterized by a flatter detachment of the neuroepithelium, the presence of a greater number of hyperreflex intrachoroidal points, hyperreflexivity of the vessels and local thickening of the choroid.

Key words: central serous chorioretinopathy, hyperreflective intrachoroidal points, neuroepithelial detachment.

Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХР) – группа заболеваний пахихориоидального спектра, характерным признаком которых является наличие серозной отслойки нейросенсорной сетчатки (ОНС), субретинальной жидкости и в ряде случаев сопутствующей одинарной либо множественных отслоек пигментного эпителия (ПЭ). Имеется ряд факторов риска, однако механизм, запускающий патогенез заболевания не известен. Ряд исследований подтверждают наличие повышенной проницаемости сосудов хориоидеи, нарушение микроциркуляции хориокапилляров сосудистой оболочки, их ишемизацию и, как следствие, нарушение барьерной, а в дальнейшем и насосной функции пигментного эпителия [1].

ЦСХР – довольно распространенное заболевание, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, занимает 4 место среди заболеваний макулярной области после возрастной макулярной дегенерации, а также диабетических и посттромботических ретинопатий [2,3,7]. Поэтому поиск новых методов ди-

агностики, более глубокое исследование механизмов развития заболевания позволит усовершенствовать имеющиеся и внедрить новые методы лечения, что в свою очередь повысит качество жизни пациентов.

В настоящее время известны две клинические формы ЦСХР – острая и хроническая. Обе формы отличаются клинической симптоматикой, характером течения патологического процесса, а также прогнозом относительно зрительных функций. Так, острая форма, по разным данным, характеризуется внезапным возникновением в течение нескольких дней, значительным снижением зрения и зрительным дискомфортом [8,9,10]. Длительность заболевания от 3 до 6 месяцев, в 75% случаев разрешается спонтанно с полным восстановлением зрительных функций. Структурно выявляются единичные точки просачивания. Поэтому допускается выжидательная тактика, без применения инвазивных методов лечения [5,6].

При хронической форме длительность заболевания свыше 6 месяцев, характерен рецидивирующий

персистирующий характер заболевания (33-55%), структурные изменения захватывают все большие участки ПЭ (множественные точки просачивания). Клинические симптомы характеризуются более выраженным снижением остроты зрения, появлением метаморфопсий, центральных скотом. Прогрессирование процесса может привести к возникновению хориоидальной неоваскуляризации, альтерациям и деструкции фоторецепторов, возникновению атрофии ПЭ, поэтому выжидательная тактика неуместна, требуется применение различных лазерных методов лечения, таких как микроимпульсная лазеркоагуляция сетчатки (ЛКС), фотодинамическая терапия (ФДТ) и др. с целью улучшения насосной функции ПЭ и ускорения реорборции субретинальной жидкости [4,11].

До возникновения эры неинвазивных методов диагностики основным методом диагностики ЦСХР являлись офтальмоскопия и флюоресцентная ангиография (ФАГ). Они и сейчас достаточно актуальны, однако не дают полной картины структурных изменений пигментного эпителия, фоторецепторного слоя, анатомо-морфологических особенностей хориоидеи, микроциркулярных нарушений. Появление оптических томографов дало возможность оценить толщину хориоидеи, а технология Swept Source с функцией ангиографии изучить также хориоретинальный кровоток на различных уровнях сегментации.

Цель исследования

Выявление дифференциальных признаков острых и хронических форм ЦСХР на различных уровнях сегментации хориоретинального комплекса.

Материал и методы

Обследование проводилось в диагностическом отделении РСНПМЦМГ в период с мая 2021 по июнь 2022 г. Были обследованы 40 больных, из них 16 (40%) женщин и 24 (60%) мужчины. Возраст пациентов – от 28 до 52 лет, средний возраст $39,15 \pm 6,33$ года.

В исследование не включали пациентов с сопутствующими глазными заболеваниями, а также аномалиями рефракции свыше 6 дптр. Пациентов разделили на 2 группы: с острой и хронической формой заболевания. 1 группу составили 21 больной, из них 12 женщин и 9 мужчин, средний возраст $38,14 \pm 6,52$ года. Во 2 группу включены 19 пациентов, в том числе 4 женщины и 15 мужчин, средний возраст $40,26 \pm 6,08$ года.

При первичном обращении пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, дополнительно выполняли также аутофлюоресценцию, ФАГ и оптическую когерентную томографию с ангиографией (ОСТА) на аппарате DRI OCT Triton (Topcon). Аппарат имеет большую глубину сканирования 1050 нм и скорость (до 100000 А-сканов в секунду), что и позволяет визуализировать глубже лежащие структуры заднего отрезка глаза. Применялись протоколы сканирования заднего отрезка глаза, фронтальные и аксиальные срезы, а также ОСТА с режимом сканирования $4,5 \times 4,5$, выбраны сканы, проходящие через центр фовеолярной ямки.

Определяли следующие показатели: оценка высоты серозной ОНС проводилась вручную от наружной границы отслоенного нейроэпителия (НЭ) до внутрен-

ней границы ПЭ. Наличие субретинальных депозитов и интрахориоидальных гиперрефлективных точек оценивалось визуально, состояние пигментного эпителия с наличием плоских иррегулярных отслоек ПЭ со средне-рефлективным содержанием (признак двойного слоя), а также куполообразные отслойки ПЭ с гипорефлективным содержанием. Толщину хориоидеи в центральной зоне измеряли субфовеолярно мануально от мембраны Бруха до нижней границы просвета наиболее крупных сосудов с помощью измерительного перпендикуляра. Анализ структуры хориоидеи на снимках ОСТА проводился с учетом сегментации трех слоев: слой мелких сосудов (хориокапилляры), слой средних сосудов Саттлера и слой крупных сосудов Галера, при этом отбирались снимки с наиболее четкой визуализацией крупных сосудистых стволов. Это достигалось смещением сегментации на глубину 80-200 мкм для оценки сосудов хориоидеи.

Статистическая обработка программы осуществлялась с использованием программы Statistica 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждение

При биомикроофтальмоскопии ОНЭ при острых формах выглядела как четко отграниченный выпуклый очаг, при хронических формах очаг имел размытые контуры и более плоский профиль, в некоторых случаях не визуализировался и определялся только по данным аутофлюоресценции и на снимках ОСТА.

Толщина хориоидеи была увеличена у всех пациентов, причем также на парном здоровом глазу, что, возможно, связано с формированием интерстициального отека. Этот показатель был равен $519,33 \pm 131,9$ мкм при острой форме и $498,7 \pm 95,2$ мкм при хронической форме, превышая контрольные значения. В 75,8% случаев диффузное утолщение хориоидеи при острых формах заболевания происходило за счет дилатированных сосудов Галера, при хронической форме расширение имело локальный характер. Диаметр просветов сосудов при острой форме был равен $305,85 \pm 54,47$ мкм, при хронической форме – $392,21 \pm 100,71$ мкм. Большой диаметр просветов сосудов при хронических формах, в свою очередь, способствовал большим зонам прижатия и истончения хориокапиллярных слоев. Соответственно, толщина хориоидеи при острых и хронических формах имела прямую зависимость от характера дилатации. Большая гидродинамическая активность имела место у пациентов с острой формой, тогда как гемодинамические и циркуляторные нарушения преобладали при хроническом течении процесса.

Серозная ОНЭ на снимках ОСТ подтвердилась у 82,5% пациентов, однако характер в двух группах имел некоторые различия. Высота ОНЭ при острых формах составляла $274,2 \pm 146,6$ мкм, при хронической $223,4 \pm 102,2$ мкм. Отмечалась деформация контуров и эктопия слоев НЭ, не связанная с тракционным отеком. Куполообразная отслойка ПЭ, которая наблюдалась у 22,5% обследованных, в среднем составляла $264,5 \pm 142,6$ мкм. У всех пациентов отмечалось утолщение слоя фоторецепторов за счет удлинения их наружных сегментов, при длительном течении процесса

и переходе в хроническую форму появлялись зоны деструкции и отложения субретинальных депозитов. Это явление имело место на 5 (23,8 %) глазах с острой формой и во всех случаях хронического течения процесса.

По данным литературы, депозиты имеют протеино-липидную природу, белок фибриноген заполняет макрофаги, циркулируя в субретинальной жидкости оседает на наружных сегментах фоторецепторов, оказывая токсическое воздействие на них, препятствуют поступлению кислорода и других питательных веществ, способствуя деструкции фоторецепторов и неблагоприятному прогнозу при хронических формах.

Анализ хориоидеи включал оценку рефлексивности сосудов хориоидеи, наличие гиперрефлексивных сосудистых точек. При острых формах интрахориоидальные гиперрефлексивные точки выявлены в 3 глаза (14,2%), при хронической форме в 13 глазах (68,4%). Рефлексивность стенок сосудов была увеличена у 19,04 % пациентов с острой формой и 89,4% пациентов хронической формы.

ПЭ оценивался структурно, причем наиболее выраженные изменения наблюдались над областью расширенных сосудов. Иррегулярные плоские отслойки встречались в 9,5% случаев острой формы и в 73,6% случаев хронической формы. Наличие зон деструкции фоторецепторов не наблюдалось у пациентов острой формы и наблюдалось в 89,4% случаев хронической формы.

Анализ полученных данных показал статистически значимую разницу качественных и количественных параметров острых и хронических форм ЦСХР.

У пациентов с хронической формой структурные изменения по данным ОСТ преобладали по сравнению с группой испытуемых с острой формой, соответственно данные с большой долей вероятности могут служить свидетельством перехода из острой формы в хроническую.

Выводы

1. Бесспорно, ОСТ в современной офтальмологической практике является необходимым дифференциально-диагностическим инструментом, позволяющим *in vivo* оценить структуру сетчатки и хориоидеи, прогноз и разработать тактику лечения пациентов.

2. Острая форма ЦСХР характеризуется наличием высокой отслойки НЭ, незначительным количеством субретинальных депозитов и интрахориоидальных точек, характер утолщения хориоидеи чаще носит диффузный характер.

3. Хроническая форма характеризуется, наличием более плоской ОНЭ, отложением субретинальных депозитов и интрахориоидальных точек. Утолщение хориоидеи носит локальный характер за счет сосудов Галера. Это происходит вследствие нарушенной архитектоники и гемодинамических изменений в сосудистом русле.

Литература

1. Дога А.В., Качалина Г.Ф., Касмынина Т.А. и др. Современные взгляды на этиопатогенетические механизмы развития центральной серозной хориоретинопатии // Офтальмохирургия. – 2014. – №1. – С. 86-89.

2. Breukink M.B., Dingemans A.J., den Hollander A.I. et al. Chronic central serous chorioretinopathy: long-term follow-up and vision-related quality of life // Clin. Ophthalmol. (Auck-

land, NZ). – 2017. – Vol. 11. – P. 39-46.

3. Erikotola O.C., Crosby-Nwaobi R., Lotery A.J., Sivaprasad S. Photodynamic therapy for central serous chorioretinopathy // Eye (L.). – 2014. – Vol. 28, №8. – P. 944-957.

4. Ficker L., Vafidis G., While A., Leaver P. Long-term follow-up of a prospective trial of argon laser photocoagulation in the treatment of central serous retinopathy // Brit. J. Ophthalmol. – 1988. – Vol. 72, №11. – P. 829-834.

5. Fujimoto H., Gomi F., Wakabayashi T. et al. Morphologic changes in acute central serous chorioretinopathy evaluated by fourierdomain optical coherence tomography // Ophthalmology. – 2008. – Vol. 115, №9. – P. 1494-1500.

6. Gupta V., Gupta P., Dogra M.R., Gupta A. Spontaneous closure of retinal pigment epithelium microrip in the natural course of central serous chorioretinopathy // Eye. – 2010. – Vol. 24, №4. – P. 595-599.

7. Kitzmann A.S., Pulido J.S., Diehl N.N. et al. The incidence of central serous chorioretinopathy in Olmsted County, Minnesota, 1980-2002 // Ophthalmology. – 2008. – Vol. 115. – P. 169-173.

8. Lee W.J., Lee J.H., Lee B.R. Fundus autofluorescence imaging patterns in central serous chorioretinopathy according to chronicity // Eye (L.). – 2016. – Vol. 30, №10. – P. 1336-1342.

9. Mehta P.H., Meyerle C., Sivaprasad S., Boon C., Chhablani J. Preferred practice pattern in central serous chorioretinopathy // Brit. J. Ophthalmol. – 2017. – Vol. 101. – P. 587-590.

10. Menchini U., Virgili G., Lanzetta P., Ferrari E. Indocyanine green angiography in central serous chorioretinopathy // Int. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 21, №2. – P. 57-69.

11. Wang M., Munch I.C., Hasler P.W., Prünke C., Larsen M. Central serous chorioretinopathy // Acta Ophthalmol. – 2008. – Vol. 86, №2. – P. 126-145.

ВОЗМОЖНОСТИ “SWERT SOURCE OCT” В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Каримова М.Х., Шамсутдинова З.Р., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А.

Цель: выявление дифференциальных признаков острых и хронических форм центральной серозной хориоретинопатии на различных уровнях сегментации хориоретинального комплекса. **Материал и методы:** обследование проводилось в РСНПМЦМГ в период с мая 2021 по июнь 2022 гг. Были обследованы 40 больных, из них 16 (40%) женщин и 24 (60%) мужчины. **Результаты:** у пациентов с острой формой заболевания были более высокие показатели отслойки нейроэпителия, чем при хронической форме, изменения фоторецепторной зоны преобладали у пациентов с хронической формой, характер утолщения хориоидеи имел диффузный характер при острой форме центральной серозной хориоретинопатии и локальный характер при хронической форме. **Выводы:** для острых форм центральной серозной хориоретинопатии по данным ОСТА характерны следующие признаки: высокие параметр отслойки нейроэпителия, диффузное утолщение хориоидеи. Хронические формы характеризуются более плоской отслойкой нейроэпителия, наличием большего количества гиперрефлексивных интрахориоидальных точек, гиперрефлексивностью сосудов и локальным утолщением хориоидеи.

Ключевые слова: центральная серозная хориоретинопатия, гиперрефлексивные интрахориоидальные точки, отслойка нейроэпителия.