

Виктория Владимировна Алексейкова<sup>1</sup>, Людмила Николаевна Марченко<sup>2</sup>, Ольга Викторовна Терешенко<sup>2</sup>, Екатерина Вячеславовна Малицкая<sup>3</sup>, Ирина Сергеевна Дворниченко<sup>4</sup>

<sup>1</sup> УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е. В. Клумова», Минск, Беларусь

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

<sup>3</sup> УЗ «8-я городская поликлиника», Минск, Беларусь

<sup>4</sup> ООО «Экомедсервис - Медицинский центр», Минск, Беларусь

## СЕРПИГИНОЗНЫЙ ХОРИОИДИТ

2. диагностика заболеваний органа зрения, 2.4. вопросы дифференциальной диагностики, 4. терапевтическая офтальмология, 4.3. сосудистый тракт, 4.4. стекловидное тело и сетчатка

### Актуальность и цель

Серпигинозный хориоидит (СХ) — двустороннее криптогенное воспалительное заболевание, приводящее к разрушению пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), фоторецепторов и дисфункции хориокапилляров. Это хроническое, рецидивирующее и прогрессирующее заболевание, которое обычно возникает у пациентов в возрасте от 30 до 60 лет. Цель— анализ клинического случая.

### Материалы и методы

Пациент Л., 1968 г.р., обратился в ГОКДЦ с жалобами на «туман», головную боль, снижение зрения в течение нескольких дней. В анамнезе: перипапиллярная хориоретинопатия, осложненная макулярной неоваскуляризацией (МНВ) левого глаза, по поводу которой получил загрузочную дозу ингибиторов ангиогенеза (анти-ФРЭС). МКОЗ на момент обращения 0.8/0.3, ВГД 36/36. При офтальмоскопии: диск зрительного нерва (ДЗН) проминирует, выраженная дистрофия сетчатки перипапиллярно на обоих глазах (OU) с фиброзными изменениями в макулярной зоне (МЗ) на левом глазу (OS). По данным оптической когерентной томографии с ангиографией (ОКТ, А-ОКТ): ОКТ OD – в МЗ структура слоёв сохранена. ОКТ OS – субретинальный гиперрефлективный материал (СРГМ). А-ОКТ OS – перипапиллярная МНВ без признаков экссудативной активности. ОКТ ДЗН OU – отёк перипапиллярных нервных волокон. Проведено дообследование: МРТ ГМ по ангиопрограмме, общеклинические анализы – без особенностей, АСКП – снижение светочувствительности OU. Клинически выставлен диагноз «СХ обоих глаз». На основании патогенетических механизмов развития СХ рекомендовано введение Триамцинолона в заднее субтеноновое пространство.

При осмотре через 3 месяца МКОЗ 0.8/0.08, ВГД 16/20. При офтальмоскопии: OU – ДЗН бледноват, отека нет, распространение желтоватых очагов с нечетким контуром под сосудистыми аркадами в направлении МЗ, отек в МЗ левого глаза. По данным ОКТ: OD – структура слоев сохранена, А-ОКТ OD – активная МНВ перипапиллярно, ОКТ OS –

СРГМ, интратринальная жидкость (ИРЖ), А-ОКТ OS – реактивация МНВ. В связи с прогрессированием заболевания, принято решение о повторном введении Триамцинолона, продолжении анти-ФРЭС и системной терапии: комбинации глюкокортикостероида и цитостатика с контролем лабораторных показателей.

### **Результаты**

При осмотре через 2 месяца: МКОЗ 1,0/0,04, ВГД 19/20. При офтальмоскопии: OU – ДЗН бледноват, перипапиллярно дистрофические очаги с исходом в ретинальную атрофию, до зоны фовеа на OS. По данным ОКТ: OD – структура слоев сохранена, А-ОКТ – снижение активности МНВ. ОКТ OS – СРГМ, регресс ИРЖ, неполная наружная ретинальная атрофия, А-ОКТ – МНВ.

### **Выводы**

1. Жалобы у пациентов с СХ как правило появляются в момент распространения очагов в макулярную зону.
2. Введение глюкокортикостероида в субтеноновое пространство эффективно купирует воспаление.
3. СХ может осложняться макулярной неоваскуляризацией, отеком диска зрительного нерва.
4. Требуется постоянный мониторинг и своевременное назначение анти-ФРЭС препарата с цитостатиком для стабилизации состояния глазного дна и лучшего функционального исхода заболевания.