# Центральная серозная хориоретинопатия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H35.7 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Центральная серозная хориоретинопатия — заболевание заднего сегмента глаза при дисфункции хориоидеи с серозной отслойкой нейроэпителия и/или пигментного эпителия, обычно проявляющееся пахихориоидальным фенотипом. Основные задачи — выявить изменения сетчатки, пигментного эпителия и хориоидеи, различить острую, хроническую и осложненную хориоидальной неоваскуляризацией формы. В большинстве случаев острой формы проводят наблюдение; лазерное лечение или интравитреальное введение ранибизумаба применяют при соответствующих показаниях.

## Главное

- Острая ЦСХ — впервые выявленная или новая после полного разрешения ОНЭ/ОПЭ; субретинальная жидкость обычно уходит самостоятельно за 3–4 месяца. Хроническая ЦСХ — эпизод длится более 4 месяцев с более выраженной атрофией ПЭ/НЭ и возможными кистозными полостями.
- Типичные жалобы: снижение зрения, полупрозрачное пятно или туман, микропсия/макропсия, метаморфопсии, дисхроматопсии; при ХНВ — выраженное снижение зрения, усиление метаморфопсий, непрозрачное пятно.
- Факторы риска: стресс, психотип А, прием ГКС любым путем, симпатомиметики/адреномиметики, H. pylori-ассоциированные заболевания ЖКТ и ГЭРБ, синдром Кушинга, беременность, гормон-продуцирующие опухоли, заместительная гормональная терапия, гипертоническая болезнь.
- ОКТ выполняют всем пациентам с ЦСХ или подозрением на нее для оценки жидкости, субретинальных отложений, наружных слоев сетчатки, ПЭ, толщины хориоидеи и контроля лечения. УУР С, УДД 5.
- Специальная медикаментозная терапия для резорбции субретинальной жидкости и разрешения ОНЭ не показана: качественных доказательств преимущества перед плацебо или наблюдением нет. УУР А, УДД 1.
- Фокальная лазерная коагуляция рекомендуется при экстрафовеолярной точке просачивания; при острой форме часто выбирают наблюдение до 4 месяцев, но лазер возможен в любые сроки, если пациент не готов ждать или болезнь мешает работе. УУР А, УДД 1.
- При ЦСХ, осложненной хориоидальной неоваскуляризацией, применяют интравитреальный ранибизумаб** по инструкции к препарату для подавления активности ХНВ и стабилизации или улучшения корригированной остроты зрения. УУР А, УДД 1.

## Диагностика

1. Соберите анамнез: предыдущие эпизоды снижения зрения на обоих глазах, сроки первых симптомов, связь со стрессом, переутомлением, заболеваниями, беременностью, аутоиммунной патологией и приемом ГКС. УУР С, УДД 5.
2. Уточните жалобы: снижение остроты зрения, пятно/туман, микропсия, макропсия, метаморфопсии, нарушение цветовосприятия; при подозрении на ХНВ — выраженное ухудшение зрения, трудности чтения, непрозрачное пятно. УУР С, УДД 5.
3. Выполните базовое офтальмологическое обследование: визометрию, рефрактометрию или определение рефракции с помощью набора пробных линз, офтальмотонометрию, биомикроскопию глаза. Для этих методов указан УУР С, УДД 5.
4. Осмотрите глазное дно в медикаментозном мидриазе: биомикроскопия с асферическими линзами или офтальмоскопия — основной метод выявления изменений глазного дна и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
5. Проведите ОКТ в медикаментозном мидриазе всем пациентам с ЦСХ или подозрением на нее; оцените наличие, локализацию и характер жидкости, субретинальные отложения, ПЭ, наружные слои сетчатки, толщину хориоидеи. УУР С, УДД 5.
6. При подозрении на ХНВ выполните ОКТ-ангиографию в мидриазе для поиска патологической неоваскулярной сети и дифференциальной диагностики. УУР В, УДД 3.

7. В диагностически сложных, хронических или осложненных случаях используйте ФАГ для выявления точек просачивания и/или ХНВ; ИЗАГ — при сложной диагностике, хроническом/осложненном течении и подозрении на полиповидную васкулопатию. ФАГ: УУР С, УДД 5; ИЗАГ: УУР С, УДД 4.

## Лечение

- При острой ЦСХ в большинстве случаев выбирают наблюдение: серозные отслойки обычно спонтанно разрешаются в течение 4 месяцев.
- Не назначайте специальное консервативное лечение только для рассасывания субретинальной жидкости и разрешения ОНЭ: доказанного преимущества перед наблюдением нет. УУР А, УДД 1.
- Устраняйте факторы риска при острой и хронической ЦСХ: прежде всего, по возможности отменяйте все формы ГКС, включая местные и ингаляционные. УУР С, УДД 5.
- Фокальная лазерная коагуляция рекомендуется при экстрафовеолярной точке просачивания; перед лечением нужно точно определить ее размер и локализацию по комплексному обследованию, включая ФАГ, ОКТ, при необходимости ОКТ-А. УУР А, УДД 1.
- При хронической ЦСХ фокальную лазерную коагуляцию выполняют в ближайшие сроки из-за риска дальнейшего повреждения ПЭ и нейроэпителия; учитывают, что ЛКС повышает риск ХНВ.
- Субпороговый микроимпульсный режим лазерного лечения возможен при острой ЦСХ на любых сроках выявления и при хронической ЦСХ, если другие методы лечения недоступны.
- При ЦСХ с ХНВ проводят интравитреальное введение ранибизумаба** в условиях операционной под местной анестезией; кратность инъекций — по инструкции к препарату. УУР А, УДД 1.
- Обезболивание при ЦСХ не применяется, так как ЦСХ не сопровождается болевым синдромом.
- Специальной диеты при ЦСХ не существует.
- Специальные методы медицинской реабилитации и санаторно-курортное лечение при ЦСХ не применяются.

## Когда направить и как наблюдать

- Пациентов с аутоиммунными заболеваниями, получающих ГКС, направляйте к профильному специалисту для оценки возможности отмены этой терапии. УУР С, УДД 5.
- Перед интравитреальным введением лекарственного средства, препятствующего новообразованию сосудов, направляйте пациентов с сопутствующими заболеваниями и факторами риска системных осложнений к профильным специалистам для выявления противопоказаний и снижения риска осложнений. УУР С, УДД 5.
- Пациентов с признаками синдрома/болезни Кушинга, включая округление лица и туловищное ожирение, направляйте к эндокринологу, так как ЦСХ может быть признаком этого состояния.
- Плановая госпитализация показана, если нужно выполнить интравитреальное введение лекарственного средства, препятствующего новообразованию сосудов, и/или лазерное лечение, но амбулаторно это невозможно.
- Неотложная госпитализация показана при эндофтальмите как осложнении интравитреального введения лекарственного средства, препятствующего новообразованию сосудов.

## Частые вопросы

**Когда острая ЦСХ становится хронической?**

Хронической считают ЦСХ, если эпизод длится более 4 месяцев. Для нее характерны более выраженные атрофические изменения ПЭ и нейроэпителия, возможны кистозные полости в нейросенсорной сетчатке.

**Нужно ли лечить острую ЦСХ сразу?**

Чаще выбирают наблюдение, потому что при острой ЦСХ серозная отслойка обычно самопроизвольно разрешается за 3–4 месяца. Лазер возможен при экстрафовеолярной точке просачивания, особенно если пациент не хочет ждать или заболевание мешает работе.

**Какие исследования обязательны при подозрении на ЦСХ?**

Всем пациентам выполняют визометрию, оценку рефракции, офтальмотонометрию, биомикроскопию, осмотр глазного дна в мидриазе и ОКТ. ОКТ нужна для качественной и количественной оценки жидкости, ПЭ, наружных слоев сетчатки и хориоидеи.

**Когда при ЦСХ нужна ОКТ-ангиография?**

ОКТ-А показана при подозрении на хориоидальную неоваскуляризацию, чтобы выявить патологическую неоваскулярную сеть и провести дифференциальную диагностику. УУР В, УДД 3.

**Какие симптомы после интравитреальной инъекции требуют срочного обращения?**

Нужно срочно обратиться за медицинской помощью при боли или усилении дискомфорта в глазу, нарастании покраснения, нечеткости или снижении зрения, повышении светочувствительности, увеличении числа «мушек» — это может указывать на эндофтальмит.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1029-centralnaya-seroznaya-horioretinopatiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1029_1