Ретинальные артериальные окклюзии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H34.0, H34.1, H34.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Ретинальная артериальная окклюзия — неотложное состояние с нарушением кровотока в глазной, центральной артерии сетчатки, её ветвях или цилиоретинальной артерии. Главное в рекомендации — быстро распознать внезапную безболезненную монокулярную потерю зрения, исключить артериитную форму и сопутствующий инсульт, начать показанную терапию и наблюдать пациента из-за риска неоваскулярных и системных сосудистых осложнений.

Главное

- РАО проявляется внезапным безболезненным снижением или потерей зрения на одном глазу; при осмотре возможны ОАЗД, бледный отёчный ДЗН, молочно-белая сетчатка, «вишнёвое пятно», резкое сужение артерий и прерывистый кровоток.
- ОЦАС и ОВЦАС рассматриваются как инфаркты центральной нервной системы, а транзиторная монокулярная потеря зрения — как транзиторная ишемическая атака.
- У пациентов с РАО нужно срочно искать артериитную этиологию: СРБ и СОЭ выполняют всем пациентам с РАО или подозрением на неё в кратчайшие сроки. УУР С, УДД 5.
- После первичного офтальмологического подтверждения РАО пациент должен быть срочно осмотрен неврологом; при симптомах менее 6 часов офтальмолог выполняет сокращённое обследование и экстренно направляет к неврологу для исключения церебрального инсульта. УУР С, УДД 5.
- При артериитной РАО первая линия — пульс-терапия метилпреднизолоном 500–1000 мг/сут внутривенно 3 дня, затем преднизолон 40–60 мг внутрь ежедневно не менее 3–4 недель. УУР С, УДД 5.
- Неоваскуляризация после ОЦАС встречается в диапазоне 2,5–31,6%; средний срок появления — 8,5 недели, возможный диапазон 2–16 недель.
- Хирургическое лечение при РАО не показано.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез у всех пациентов с острым снижением зрения: типично внезапное полное или частичное монокулярное ухудшение за несколько секунд, возможны предшествующие эпизоды преходящей потери зрения и сердечно-сосудистая патология. УУР С, УДД 5.
2. У пациентов старше 50 лет при подозрении на гигантоклеточный артериит пальпировать височную артерию: утолщение и отсутствие пульса поддерживают диагноз ГКА. УУР С, УДД 5.
3. В кратчайшие сроки выполнить СРБ и СОЭ всем пациентам с РАО или подозрением на неё для выявления артериитной формы. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить общий анализ крови, биохимический общетерапевтический анализ, липидный профиль, коагулограмму, протромбиновое время, МНО и АЧТВ для поиска причин РАО и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
5. Провести офтальмологический минимум: визометрию, рефрактометрию для МКОЗ, офтальмотонометрию, биомикроскопию переднего отдела и стекловидного тела, оценку зрачковых реакций. Для этих методов указан УУР С, УДД 5.
6. Осмотреть глазное дно в мидриазе: биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия обязательны для выявления изменений, оценки тяжести и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
7. ОКТ при наличии технической возможности используют для количественной и качественной оценки сетчатки: в остром периоде видны гиперрефлективность и отёк внутренних слоёв, примерно через 1 месяц — атрофия и истончение. УУР В, УДД 2.

Лечение

- На догоспитальном этапе всем пациентам с подозрением на РАО измерить артериальное давление; резкое снижение АД может ухудшить перфузию сетчатки. УУР С, УДД 5.

- В первые часы после снижения зрения при РАО применяют ингаляции карбогена для расширения ретинальных артерий; доказательства пользы ограничены. УУР С, УДД 5.
- Как доступная мера для расширения сосудов сетчатки пациент может дышать в полиэтиленовый пакет 10 минут.
- При артериитной РАО на фоне гигантоклеточного артериита системные глюкокортикоиды назначают сразу после установления диагноза, прежде всего для профилактики потери зрения на парном глазу.
- Схема при артериитной РАО: метилпреднизолон 500–1000 мг/сут внутривенно 3 дня, затем преднизолон 40–60 мг внутрь ежедневно не менее 3–4 недель. УУР С, УДД 5.
- Снижение дозы глюкокортикоидов допустимо только при отсутствии клинической активности и лабораторных маркеров: обычно преднизолон уменьшают на 10 мг каждые 2 недели до 20 мг, затем на 2,5 мг каждые 2–4 недели до 10 мг, далее по 1 мг каждые 1–2 месяца при отсутствии рецидива.
- При терапии глюкокортикоидами желательно сочетать её с антиагрегантами кроме гепарина; с первого дня показаны ингибиторы протонной помпы, препараты кальция и витамина D или его аналоги.
- При неоваскуляризации переднего и/или заднего отрезка глаза вследствие РАО проводят панретинальную лазерную коагуляцию под местной анестезией в мидриазе. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Пациент с жалобами на безболезненную монокулярную потерю зрения должен быть как можно быстрее доставлен к офтальмологу; если офтальмолог недоступен — к врачу общей практики или терапевту. УУР С, УДД 5.
- Всем пациентам с РАО или подозрением на неё нужен незамедлительный осмотр невролога; если он недоступен — терапевта. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на артериитную этиологию РАО нужен осмотр ревматолога для решения вопроса о высоких дозах кортикостероидов и дообследовании; если ревматолог недоступен — терапевт или врач общей практики. УУР С, УДД 5.
- Артериитную форму РАО обследуют и лечат в стационаре, предпочтительно неврологического профиля, с углублённым обследованием перед глюкокортикоидной терапией.
- Неотложная госпитализация в круглосуточный офтальмологический стационар показана при РАО, если офтальмолог видит перспективу улучшения зрительных функций и нет показаний к стационару другого профиля.

Частые вопросы

Какие симптомы заставляют думать о ретинальной артериальной окклюзии?

Типична внезапная безболезненная полная или частичная потеря зрения на одном глазу, обычно за несколько секунд. Возможны нарушение цветовосприятия и бинокулярного зрения.

Что сделать первым при подозрении на РАО?

Пациента нужно срочно осмотреть офтальмологу; при давности симптомов менее 6 часов проводится сокращённое обследование — визометрия и офтальмоскопия, предпочтительно в мидриазе, затем при подтверждении РАО экстренная консультация невролога.

Какие анализы обязательны, чтобы не пропустить артериитную РАО?

В кратчайшие сроки всем пациентам с РАО или подозрением на неё выполняют СРБ и СОЭ. Это нужно для выявления артериитной этиологии и выбора тактики.

Какая терапия показана при артериитной форме РАО?

Назначают пульс-терапию метилпреднизолоном 500–1000 мг/сут внутривенно 3 дня, затем преднизолон 40–60 мг внутрь ежедневно не менее 3–4 недель. Цель — предупредить ишемические осложнения, включая поражение парного глаза.

Как наблюдать пациента после РАО?

Офтальмологический контроль проводят ежемесячно в течение 4 месяцев до стабилизации процесса для выявления и лечения вторичных осложнений, затем в отдалённом периоде — не реже 1 раза в год пожизненно для контроля парного глаза и факторов риска.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1012-retinalnye-arterialnye-okklyuzii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1012_1