Атрофия и аномалии зрительного нерва

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H47.1, H47.2, H47.3, H48.1, Q14.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Атрофия зрительного нерва (АЗН) — необратимая утрата аксонов ганглиозных клеток сетчатки с нарушением зрения, аномалии диска зрительного нерва (ДЗН) формируются внутриутробно. Рекомендация предназначена для диагностики причин и тяжести поражения, ведения пациентов офтальмологом совместно с профильными специалистами и диспансерного наблюдения.

Главное

- АЗН характеризуется снижением зрительных функций, нарушением зрачковых реакций и структурными изменениями ДЗН.
- Атрофию классифицируют как приобретённую или наследственную, восходящую или нисходящую, первичную или вторичную, частичную или полную; глаукомную оптическую нейропатию выделяют отдельно.
- Начальные нарушения могут ограничиваться снижением контрастной чувствительности или цветовосприятия при сохранной остроте зрения. При поражении части волокон дефект ограничивается соответствующим сектором поля зрения.
- Диагностика должна быть направлена на выявление патологических изменений зрительного нерва и сетчатки, а также основных системных факторов риска возникновения и прогрессирования патологии.
- Эффективного метода восстановления утраченных нервных волокон нет; тактику определяют лечением исходной нейрооптикопатии совместно с профильным специалистом.
- Плановый диспансерный осмотр офтальмолога проводят один раз в 6 месяцев в течение 2 лет после установления диагноза; объём исследований определяют индивидуально.

Диагностика

1. Соберите жалобы: снижение зрения или слепота, скотомы и сужение поля зрения, нарушение цветовосприятия и темновой адаптации. Уточните начало заболевания, травмы, интоксикации, лекарства с нейротоксическим действием, инфекции, сосудистые и аутоиммунные болезни, внутричерепную или орбитальную патологию, семейные случаи.
2. Проведите офтальмологическую оценку: визометрию, рефрактометрию, исследование цветоощущения, реакции зрачков и движений глаз, биомикроскопию глаза, офтальмоскопию или биомикроскопию глазного дна в медикаментозном мидриазе.
3. Выполните периметрию для выявления скотом, секторальных или концентрических дефектов поля зрения и офтальмотонометрию для оценки офтальмотонуса.
4. При наличии технической возможности проведите УЗИ глазного яблока и ультразвуковое сканирование глазницы с оценкой ретробульбарного отдела и толщины зрительного нерва.
5. ОКТ сетчатки, ДЗН и слоя нервных волокон, при необходимости ОКТ-А, используют при снижении зрения, которое нельзя объяснить прозрачностью оптических сред и офтальмоскопической картиной; ОКТ оценивает толщину сетчатки, слой ганглиозных клеток и СНВС, ОКТ-А — гемоперфузию.
6. Для оценки функции зрительного нерва и проводящих путей применяют электрофизиологическое исследование; зрительные вызванные потенциалы особенно уместны при несоответствии остроты зрения состоянию глазного дна или при патологии зрительных путей и зрительной коры.
7. Назначьте лабораторные исследования по клинической ситуации: общий и биохимический анализы крови, глюкозу, липидный профиль, коагулограмму, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, инфекционные тесты; при подозрении на туберкулёз — исследование уровня интерферона-гамма на антигены Mycobacterium tuberculosis complex.
8. При подозрении на поражение головного мозга или орбиты выполняют МРТ с контрастированием, а при невозможности МРТ — КТ с внутривенным контрастированием.

Лечение

- Не обещайте восстановления зрения: эффективного лечения уже сформировавшейся АЗН не существует. Основная тактика — лечить исходную нейрооптикопатию и контролировать заболевание, вызвавшее атрофию.
- Ноотропные препараты (код N06BX) могут назначаться при сосудистой, поствоспалительной и глаукомной АЗН у пациентов без тревожных расстройств, психических заболеваний и судорожной активности; уровень убедительности рекомендаций С, УДД 5.
- Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин** применяют с 18 лет: 600–900 мкг/сут в виде 0,1% раствора по 2–3 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день 7–10 суток, при необходимости продлевая курс до 14 суток. Возможен эндоназальный электрофорез: препарат вводят с анода, сила тока 1 мА, длительность 8–12–15 минут, суточная доза 400–600 мкг, курс 7–10 дней; уровень убедительности рекомендаций С, УДД 5.
- Нейропротективная метаболическая терапия не имеет доказанного «золотого стандарта»; нейрорегенерация остаётся на уровне доклинических испытаний, а терапия стволовыми клетками изучается, в том числе у пациентов с АЗН различной этиологии.
- Магнитотерапия, электростимуляция, лазерстимуляция и иглорефлексотерапия допустимы при отсутствии противопоказаний, но их эффективность ограничена; уровень убедительности рекомендаций С, УДД 5.
- Доказанных эффективных хирургических методов лечения АЗН нет. Реваскуляризационные вмешательства могут обсуждаться при двусторонней атрофии, остроте зрения менее 0,1 и неэффективности консервативной терапии.
- При врождённых аномалиях ДЗН лечат осложнения: локальную серозную отслойку сетчатки — отграничительной лазеркоагуляцией, распространённую, субтотальную или тотальную — микроинвазивной витрэктомией с эндотампонадой, хориоидальную неоваскулярную мембрану — интравитреальными антиангиогенными препаратами.
- Специальной диеты при АЗН нет.
- Обезболивание не применяют, поскольку АЗН не сопровождается болевым синдромом.

Когда направить и как наблюдать

- Направляйте всех пациентов с АЗН или подозрением на неё к офтальмологу для диагностики, оценки тяжести, динамического наблюдения и контроля лечения.
- Консультация невролога показана всем пациентам с АЗН или подозрением на неё для поиска и лечения факторов риска.
- При признаках внутричерепной гипертензии или объёмного образования головного мозга нужен первичный осмотр нейрохирурга.
- При подозрении на аутоиммунную природу заболевания направляют к ревматологу; при гемодинамически значимом стенозе бассейна внутренней сонной артерии — к сердечно-сосудистому хирургу.
- Лечение проводят амбулаторно или в дневном стационаре.
- Санаторно-курортное лечение возможно при ремиссии не ранее чем через 3 месяца после выздоровления.

Частые вопросы

Можно ли восстановить зрение при атрофии зрительного нерва?

Сформировавшаяся АЗН связана с необратимой утратой нервных волокон, поэтому эффективного метода восстановления зрения нет. Лечение направляют на причину нейрооптикопатии и сохранение оставшихся функций.

Какие исследования обязательны при подозрении на АЗН?

Рекомендуются сбор жалоб и анамнеза, визометрия, исследование зрачковых реакций и глазного дна, периметрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, оценка цветоощущения и рефракции. Дополнительные ОКТ, УЗИ, электрофизиологические и лучевые исследования выбирают по клинической ситуации.

Когда нужна МРТ при атрофии зрительного нерва?

МРТ головного мозга с контрастированием выполняют при подозрении на поражение головного мозга или орбиты; при невозможности МРТ используют КТ с внутривенным контрастированием. При подозрении на орбитальное поражение проводят МРТ глазниц с контрастированием либо КТ с внутривенным болюсным контрастированием.

Какая лекарственная терапия указана в рекомендации?

Ноотропы могут назначаться при сосудистой, поствоспалительной и глаукомной АЗН при отсутствии тревожных расстройств, психических заболеваний и судорожной активности. Для метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролина** приведена схема с 18 лет: 600–900 мкг/сут интраназально 7–10 суток с возможным продлением до 14 суток.

Как часто наблюдать пациента с АЗН?

Плановый диспансерный осмотр офтальмолога проводят один раз в 6 месяцев в течение 2 лет после установления диагноза. Дополнительные исследования и консультации назначают с учётом этиологии и динамики заболевания.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1032-atrofiya-i-anomalii-zritelnogo-nerva. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1032_1