Периферические дегенерации сетчатки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H33.3, H35.4, H43.8 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Периферические дегенерации сетчатки — дегенеративные и дистрофические изменения глазного дна в экваториальной и постэкваториальной зонах. Рекомендация посвящена выявлению регматогенных изменений и разрывов, профилактике отслойки сетчатки, выбору лазерного лечения и наблюдения.

Главное

- К регматогенным дегенерациям, предрасполагающим к отслойке сетчатки, относят решетчатую дегенерацию, дегенерацию по типу «след улитки», витреоретинальные пучки, меридиональные складки, изолированные бухты зубчатой линии и периферические ретинальные экскавации.
- Многие дегенерации и разрывы протекают без жалоб. При задней отслойке стекловидного тела или наличии витреоретинальных тракций могут появляться фотопсии, многочисленные плавающие помутнения, «занавес» или «облако» в поле зрения; плавающие помутнения могут быть связаны с кровоизлиянием в стекловидное тело.
- Риск отслойки повышают симптоматическая задняя отслойка стекловидного тела, травма, гемофтальм, экстракция катаракты с повреждением задней капсулы, афакия и артифакия после лазерной дисцизии вторичной катаракты, миопия, отслойка сетчатки на парном глазу, отслойка сетчатки в семейном анамнезе и признаки синдрома Стиклера.
- Бессимптомная решетчатая дегенерация с дырчатыми разрывами или без них обычно не требует профилактического лечения при отсутствии дополнительных факторов риска и симптомов. Профилактическое лечение следует рассматривать при отслойке сетчатки на другом глазу, клапанных разрывах, афакии или артифакии.
- «Булыжная мостовая», инееподобная и периферическая кистозная дегенерации, периферические друзы, а также «белое с давлением» или «белое без давления» без разрывов не являются показаниями к фокальной лазерной коагуляции.
- Даже после лечения сохраняется риск новых зон дегенерации, разрывов и отслойки сетчатки; поэтому необходимы осмотры при появлении характерных симптомов и контроль глазного дна в медикаментозном мидриазе.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить фотопсии, плавающие помутнения, «занавес» или «облако», их длительность, ранее перенесенные проблемы с сетчаткой, травмы и воспаления глаз, экстракцию катаракты с повреждением задней капсулы, афакию или артифакию после лазерной дисцизии вторичной катаракты, миопию, отслойку сетчатки на другом глазу, семейный анамнез и болезнь Стиклера. УУР С, УДД 5.
2. На первичном приеме выполнить визометрию; рефрактометрию проводить для определения максимально корригированной остроты зрения. УУР С, УДД 5.
3. Провести биомикроскопию переднего отдела глаза и стекловидного тела для оценки прозрачности оптических сред и наличия задней отслойки стекловидного тела. УУР С, УДД 5.
4. При подозрении на нарушения офтальмотонуса выполнить офтальмотонометрию перед медикаментозным мидриазом. Всем пациентам провести осмотр глазного дна в медикаментозном мидриазе: биомикроскопию с трехзеркальной линзой Гольдмана, при необходимости — со склеральным вдавлением. Изменения описать в истории болезни или нанести на схему глазного дна. УУР С, УДД 5.
5. При недостаточной прозрачности оптических сред выполнить ультразвуковое исследование глазного яблока для оценки топографии внутренних оболочек. УУР С, УДД 5.
6. Компьютерную периметрию назначать при необходимости углубленного анализа световой чувствительности и дефектов поля зрения. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Консервативное лечение при периферических дегенерациях сетчатки не рекомендуется. УУР С, УДД 5.

- Фокальную лазерную коагуляцию проводят для профилактики отслойки или ее распространения при травматических разрывах, симптоматических разрывах, дегенерациях «след улитки» и решетчатой, диализе, а также при бессимптомных подковообразных разрывах с субклинической отслойкой и бессимптомных клапанных разрывах без субклинической отслойки и признаков самоотграничения при наличии факторов риска. УУР С, УДД 5.
- Неотложная коагуляция показана при остром симптоматическом диализе, остром симптоматическом клапанном разрыве, остром симптоматическом разрыве с крышечкой, травматическом разрыве и бессимптомном подковообразном разрыве с субретинальной жидкостью диаметром не более двух диаметров диска.
- Перед лазерным лечением создают максимально возможный медикаментозный мидриаз: препараты закапывают за 20–30 минут; вмешательство выполняют под местной эпибульбарной анестезией. Коагуляцию проводят через трехзеркальную или широкоугольную линзу.
- Отграничительную коагуляцию выполняют пятном 200–500 мкм; мощность подбирают до коагулята 2–3 степени. Наносят 3–5 максимально плотных рядов вокруг всей патологической зоны, первый ряд — максимально близко к краю разрыва или дегенерации.
- После коагуляции разрывов и отрывов осматривать пациента каждые 1–2 недели в течение 2 месяцев; при отслойке сетчатки требуется незамедлительное направление на витреоретинальную хирургию. При отсутствии отслойки — осмотр через 6 месяцев.
- После коагуляции регматогенных дегенераций провести контроль через 1–2 недели, затем профилактические осмотры один раз в 6 месяцев в течение года; дальнейшее наблюдение по этому поводу не требуется, при появлении жалоб проводится осмотр.
- Хирургическое лечение используют при симптоматических клапанных разрывах, когда лазер невозможен или оказался неэффективным, например при частичном гемофтальме, невозможности создать мидриаз или коагулировать разрыв со всех сторон.

Когда направить и как наблюдать

- При появлении «искр» или «молний» ограничить физическую нагрузку и обратиться к офтальмологу в ближайшие дни.
- При «занавеске» перед глазом или резком ограничении поля зрения ограничить физическую нагрузку и срочно обратиться к офтальмологу.
- Плановая госпитализация нужна, если лазерное лечение невозможно выполнить амбулаторно.
- Неотложная госпитализация показана при клапанном разрыве или отрыве сетчатки, если лазер нельзя провести амбулаторно, либо если требуется многоэтапная коагуляция в течение нескольких дней, например при частичном гемофтальме и необходимости постельного режима с иммобилизацией глаза.
- Если после лазерной коагуляции появилась отслойка сетчатки, пациента незамедлительно направляют на витреоретинальную хирургию.

Частые вопросы

Нужно ли лечить бессимптомную решетчатую дегенерацию?

Обычно нет, если нет других факторов риска или симптомов; дырчатые разрывы при ней также обычно не требуют профилактической терапии. Профилактическое лечение рассматривают при отслойке на другом глазу, клапанных разрывах, афакии или артифакии.

Какие симптомы требуют срочной оценки периферии сетчатки?

Фотопсии и появление многочисленных или увеличившихся плавающих помутнений требуют ограничения физической нагрузки и обращения к офтальмологу в ближайшие дни. «Занавес» или резкое ограничение поля зрения требуют ограничения физической нагрузки и срочного обращения к офтальмологу.

Какие разрывы обычно подвергают профилактической лазерной коагуляции?

В первую очередь острые симптоматические клапанные разрывы, травматические разрывы, диализ и симптоматические разрывы с крышечкой. Также лечат бессимптомные подковообразные разрывы с субклинической отслойкой и бессимптомные клапанные разрывы без субклинической отслойки и признаков самоотграничения при наличии факторов риска.

Лечат ли лазером «белое без давления» и периферические друзы?

Фокальная лазерная коагуляция не показана при «белом без давления», «белом с давлением», периферических друзах, инееподобной, «булыжной мостовой» и кистозной периферической дегенерации, если нет разрывов, являющихся показанием к лечению.

Как наблюдать пациента после лазерной коагуляции?

После лечения разрывов или отрывов осмотр проводят через 1–2 недели и затем каждые 1–2 недели в течение 2 месяцев; при отсутствии отслойки — через 6 месяцев. После коагуляции регматогенных дегенераций контроль проводят через 1–2 недели и каждые 6 месяцев в течение года.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1040-perifericheskie-degeneracii-setchatki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1040_1