Макулярная дегенерация возрастная

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H35.3 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) — хроническое прогрессирующее заболевание центральной зоны глазного дна, преимущественно у людей старшего возраста, способное привести к потере центрального зрения. Рекомендация описывает стадирование, диагностику, наблюдение и лечение сухой и влажной форм ВМД, включая интравитреальную терапию при хориоидальной неоваскуляризации.

Главное

- ВМД делят на сухую и влажную формы. По AREDS выделяют отсутствие заболевания, раннюю, промежуточную и позднюю стадии; поздняя стадия включает географическую атрофию с поражением центральной зоны, хориоидальную неоваскуляризацию (ХНВ) или рубцово-атрофические изменения.
- Активность ХНВ предполагают при снижении зрения, появлении или увеличении интраретинальной, субретинальной жидкости либо жидкости под пигментным эпителием, макулярных кровоизлияниях или экстравазальном выходе красителя на ФАГ. Наиболее информативна для выявления патологической жидкости ОКТ.
- ОКТ выполняют всем пациентам с ВМД при диагностике, наблюдении и контроле лечения; метод помогает выявить активность ХНВ и выбрать тактику. Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1.
- При ранней ВМД специальное лечение не назначают. Основные меры — отказ от курения, рацион с продуктами, содержащими лютеин, зеаксантин и полиненасыщенные жирные кислоты, физическая активность, солнцезащитные очки и коррекция сопутствующей соматической патологии.
- При влажной ВМД интравитреальное введение ранибизумаба, афлиберцепта, бролуцизумаба или фарицимаба является терапией первой линии; режим выбирают по инструкции к препарату, клинической картине и данным регулярного наблюдения. Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2.
- Пациентам без ВМД и с ранней стадией нужен осмотр офтальмолога один раз в год. При промежуточной или поздней стадии, а также при факторах риска прогрессирования частоту визитов определяют индивидуально.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: при промежуточной стадии возможны небольшое снижение зрения, метаморфопсии и выпадение букв при чтении; при влажной форме — выраженное снижение зрения, метаморфопсии и трудности чтения; при атрофической форме — значительное снижение зрения и невозможность чтения. Собрать анамнез курения, семейных случаев ВМД и сопутствующих глазных и системных заболеваний.
2. Определить остроту зрения с коррекцией: выполнить визометрию и рефрактометрию либо определить рефракцию пробными линзами. Одновременно провести офтальмотонометрию и биомикроскопию глаза.
3. Осмотреть глазное дно в условиях медикаментозного мидриаза с помощью биомикроскопии или офтальмоскопии для выявления изменений на глазном дне, оценки их тяжести, мониторинга и выбора тактики ведения.
4. Выполнить ОКТ для выявления изменений глазного дна и признаков активности ХНВ, определения тактики ведения и оценки результатов лечения.
5. В диагностически сложных случаях использовать ФАГ для уточнения влажной формы, дифференциальной диагностики и дополнительных признаков активности ХНВ; при влажной ВМД и сложных случаях — ОКТ-А для морфометрической оценки ХНВ и сосудистых мальформаций.
6. Стадировать заболевание по AREDS: промежуточная стадия определяется, в частности, наличием хотя бы одной большой друзы диаметром ≥125 мкм или географической атрофии без поражения центральной ямки; поздняя атрофическая форма — географической атрофией, затрагивающей центральную зону, а влажная форма — ХНВ с жидкостью, отслойкой пигментного эпителия, кровоизлияниями или твердыми экссудатами.

7. Лабораторные исследования не имеют самостоятельных диагностических критериев ВМД. Перед интравитреальным введением или госпитализацией проводят обследование общего статуса и выявление возможных противопоказаний в объеме, определяемом нормативными документами и сопутствующими заболеваниями; предусмотрены общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи и другие перечисленные в рекомендации лабораторные исследования.

Лечение

- При ранней ВМД специальное лечение не проводят. Устраняют факторы риска: прекращают курение, корректируют гипертоническую болезнь, гиперхолестеринемию, атеросклероз и сахарный диабет совместно с профильными врачами; специальная лечебная диета не требуется.
- При промежуточной ВМД или поздней ВМД на парном глазу назначают поливитамины и другие средства, состав которых оптимизирован для заболеваний сетчатки, в том числе содержащие лютеин и зеаксантин, периодическими курсами по инструкции. Цель — снизить риск прогрессирования до поздней стадии и стабилизировать зрительные функции; УУР А, УДД 2.
- При атрофической форме эффективного лечения в настоящее время нет; для поддержания остаточных зрительных функций могут применяться периодические курсы оптимизированных поливитаминных средств и/или физиотерапии.
- При слабовидении подбирают очковую коррекцию, включая средства с дополнительным увеличением и встроенными монокулярами.
- При влажной ВМД первая линия — интравитреальное введение ранибизумаба, афлиберцепта, бролуцизумаба или фарицимаба в условиях операционной под местной анестезией; периодичность определяют по инструкции к препарату, активности ХНВ и изменениям зрения и сетчатки.
- Схемы из текста: ранибизумаб начинают с 3 или более ежемесячных введений, интервал между введениями в один глаз — не менее 4 недель; афлиберцепт — с 3 ежемесячных введений, затем через 2 месяца, после чего интервал можно увеличивать по 2 или 4 недели, но при ухудшении сокращать минимум до 2 месяцев; бролуцизумаб — 3 ежемесячные дозы, затем при отсутствии активности каждые 12 недель, при активности — каждые 8 недель.
- Фарицимаб начинают с 4 ежемесячных загрузочных введений; ответ оценивают на 20-й неделе после первой инъекции, при необходимости повторно на 24-й неделе. При отсутствии прогрессирования введения проводят каждые 16 недель, при прогрессировании — каждые 8 или 12 недель, с последующей индивидуальной коррекцией.
- Фокальная лазеркоагуляция возможна при экстрафовеальной ХНВ, если интравитреальное лечение провести нельзя; перед ней точно определяют размер и локализацию очага по ФАГ, ОКТ и, возможно, ОКТ-А. Фотодинамическую терапию применяют при формах, резистентных к лекарственным средствам, препятствующим неоваскуляризации, включая ПХВ, как альтернативу или в сочетании с интравитреальным лечением.
- При влажной ВМД и массивном субретинальном кровоизлиянии в макулярной области возможно интравитреальное введение проурокиназы для ускорения резорбции. Перед и после любого интравитреального введения применяют инстилляции противомикробных глазных средств; противопоказания включают активную инфекцию глаза или периокулярной области, активное внутриглазное воспаление, гиперчувствительность, беременность и грудное вскармливание.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с ВМД ведет врач-офтальмолог; при сопутствующих системных заболеваниях и факторах риска системных осложнений перед интравитреальным введением направляют к профильному специалисту для выявления противопоказаний и снижения риска осложнений.
- Плановая госпитализация нужна, если интравитреальное введение, лазерное, медикаментозное или физиотерапевтическое лечение невозможно выполнить амбулаторно.
- Эндофтальмит после интравитреального введения является показанием к неотложной госпитализации.

Частые вопросы

Какие признаки указывают на активную влажную ВМД?

К ним относятся снижение зрения, макулярные кровоизлияния, появление или увеличение интраретинальной, субретинальной жидкости либо жидкости под пигментным эпителием, а также выход красителя за пределы сосудов на ФАГ. Для выявления патологической жидкости наиболее информативна ОКТ.

Какой метод является основным для контроля активности ХНВ?

ОКТ выполняют для выявления изменений глазного дна и признаков активности ХНВ, выбора тактики и оценки результата лечения. При сложных случаях дополнительно используют ФАГ и ОКТ-А.

Что назначают при промежуточной сухой ВМД?

Назначают поливитамины и другие средства, оптимизированные для заболеваний сетчатки, в том числе содержащие лютеин и зеаксантин, периодическими курсами по инструкции. Рекомендация направлена на снижение риска перехода к поздней стадии; УУР А, УДД 2.

Какие препараты являются первой линией при влажной ВМД?

Это интравитреальные ранибизумаб, афлиберцепт, бролуцизумаб или фарицимаб. Конкретный препарат и интервал введений выбирают по инструкции, активности заболевания, остроте зрения и анатомическим изменениям сетчатки.

Как часто наблюдать пациента без ВМД или с ранней стадией?

Осмотр офтальмолога проводят один раз в год. При промежуточной или поздней стадии, а также при факторах риска прогрессирования частоту визитов устанавливают индивидуально.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/114-makulyarnaya-degeneraciya-vozrastnaya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/114_3