Миопическая макулярная дегенерация (Миопическая макулопатия)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H44.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Миопическая макулярная дегенерация — тяжелое осложнение миопии, включающее атрофические, тракционные и неоваскулярные изменения макулы и способное приводить к необратимому снижению зрения. Рекомендация описывает критерии диагностики, мониторинг, оптическую коррекцию, анти-VEGF-терапию при мХНВ, лазерные и витреоретинальные вмешательства.

Главное

- Диагноз ММД устанавливают при сочетании миопической рефракции 0,5 дптр и сильнее в условиях циклоплегии с макулопатией не легче диффузной хориоретинальной атрофии или с задней стафиломой. Для большинства взрослых характерны сферический эквивалент 8,0 дптр и сильнее или осевая длина глаза 28,0 мм и более.
- К группе риска относят пациентов с миопией любой степени и осевой длиной глаза более 26 мм, включая перенесших рефракционные вмешательства без документированных исходных данных. При миопии высокой степени без признаков ММД осмотр с детальным исследованием глазного дна и ОКТ проводят каждые 6–12 месяцев.
- ММД классифицируют по системе ATN: A — атрофический компонент, T — тракционный, N — неоваскулярный; компоненты могут сочетаться.
- Осевая длина глаза 26 мм и более связана с повышенным риском снижения зрения. При ее увеличении до 28–30 мм и особенно до 30 мм и более риск нарушения зрения существенно возрастает.
- При ММД возможны снижение зрения вдаль и вблизи, метаморфопсии, выпадение букв при чтении; при витреоретинальной тракции — фотопсии, плавающие помутнения и ощущение «занавеса» или «облака» в поле зрения.
- Анти-VEGF-терапия является первой линией лечения мХНВ.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: динамику зрения и рефракции, сроки появления миопии, прежнее лечение, семейный анамнез, зрительные нагрузки и наличие фотопсий, плавающих помутнений, метаморфопсий или «занавеса». УУР С, УДД 5.
2. Оцените остроту зрения без коррекции, в имеющихся очках и с оптимальной коррекцией; при поражении макулы более чувствительной считается шкала ETDRS. УУР С, УДД 5.
3. Определите рефракцию в естественных условиях, а при подозрении на прогрессирование — объективно в условиях циклоплегии. Для подтверждения миопии используют исследование в циклоплегии; препарат для циклоплегии выбирают из группы антихолинергических средств. УУР С, УДД 5.
4. Выполните биометрию с определением переднезадней оси глаза; длина 26 мм и более требует настороженности. УУР С, УДД 5.
5. Проведите биомикроскопию, осмотр глазного дна или биомикроскопию глазного дна в медикаментозном мидриазе для выявления атрофии, лаковых трещин, мХНВ, задней стафиломы и тракционных изменений. УУР С, УДД 5.
6. ОКТ — основной метод диагностики и мониторинга ММД и МТМ; ее выполняют не реже одного раза в 12 месяцев и внепланово при новых или изменившихся симптомах. При подозрении на мХНВ дополнительно используют ОКТ-А, ФАГ или ИЗАГ для подтверждения и оценки активности неоваскуляризации.

Лечение

- Подбирайте очковую или контактную коррекцию при жалобах или несоответствии имеющейся коррекции зрительным функциям; учитывайте степень миопии, аккомодацию, конвергенцию и бинокулярное зрение. УУР С, УДД 5.

- При прогрессирующей миопии назначают лечебно-оздоровительный режим с физической активностью, преимущественно на свежем воздухе. При миопии с ПВХРД исключают прыжки, поднятие тяжестей, бег на время, кувырки и подтягивания. УУР А, УДД 2 для режима; УУР С, УДД 5 для ограничений.
- При мХНВ первая линия — интравитреальные анти-VEGF-препараты: ранибизумаб или афлиберцепт. Ранибизумаб начинают с 0,5 мг/0,05 мл ежемесячно до достижения максимальной стабильной остроты зрения и/или исчезновения признаков заболевания; интервал между введениями в один глаз — не менее 4 недель. Афлиберцепт вводят однократно в дозе 2,0 мг/0,05 мл; при сохранении заболевания возможны дополнительные инъекции с интервалом не менее одного месяца. УУР В, УДД 2.
- Фокальную лазеркоагуляцию применяют при экстрафовеальной мХНВ, если интравитреальное анти-VEGF-лечение невозможно. Перед процедурой уточняют размер и локализацию мембраны по ФАГ, ОКТ и при необходимости ОКТ-А; учитывают риск хориоретинальной атрофии и рецидива. УУР А, УДД 2.
- Фотодинамическую терапию используют при мХНВ, резистентной к анти-VEGF-препаратам; ее можно проводить как альтернативу или в сочетании с интравитреальной терапией. УУР А, УДД 2.
- Микроинвазивная витрэктомия или витреошвартэктомия показана при сквозном макулярном разрыве с низкой остротой зрения и/или фовеальной отслойке сетчатки вследствие макулярного разрыва или тракции. Возможны мембранопилинг, тампонада газом или силиконовым маслом и другие сопутствующие манипуляции. УУР В, УДД 2.
- Ранние стадии МТМ без фовеальной отслойки обычно стабильны и бессимптомны, поэтому сами по себе не являются показанием к операции; решение о сроках вмешательства принимают по динамике ОКТ и зрительных функций. После витреоретинальной операции стандартно наблюдают через 1 день, 1 неделю, 4 недели и 3 месяца, затем — каждые 6–12 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- Пациентов с ММД или высоким риском ее развития наблюдают у врача-офтальмолога не реже одного раза в 12 месяцев; после лечения мХНВ наблюдение проводят ежемесячно в течение первых 3 месяцев, затем не реже одного раза в 3 месяца до конца первого года, а после первого года при отсутствии рецидивов — каждые 6 месяцев.
- Плановая госпитализация нужна, если интравитреальное, лазерное или хирургическое лечение невозможно выполнить амбулаторно либо требуется вмешательство в условиях дневного или круглосуточного стационара.
- Неотложная госпитализация показана при эндофтальмите после интравитреального введения препарата или хирургического вмешательства.
- Фотопсии или «молнии» требуют ограничения физической нагрузки и обращения к офтальмологу в ближайшие дни; «занавес» перед глазом или резкое выпадение поля зрения — срочного обращения.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз миопической макулярной дегенерации?

Нужно подтвердить миопическую рефракцию 0,5 дптр и сильнее в условиях циклоплегии и выявить макулопатию не легче диффузной хориоретинальной атрофии либо заднюю стафилому. Основные методы оценки макулы — осмотр глазного дна и ОКТ.

Как часто наблюдать пациента с высокой миопией без признаков ММД?

Осмотр с детальным исследованием глазного дна, включая периферию, и ОКТ проводят каждые 6–12 месяцев. Для пациентов с ММД или риском ее развития в целом предусмотрено наблюдение не реже одного раза в 12 месяцев.

Как лечат миопическую хориоидальную неоваскуляризацию?

Первая линия — интравитреальное введение ранибизумаба или афлиберцепта. Режим выбирают по инструкции к препарату и клинической картине; для ранибизумаба в тексте указана начальная доза 0,5 мг/0,05 мл ежемесячно, для афлиберцепта — 2,0 мг/0,05 мл однократно с возможностью дополнительных введений.

Когда при мХНВ применяют лазер или фотодинамическую терапию?

Фокальную лазеркоагуляцию используют при экстрафовеальной мембране, если анти-VEGF-введение невозможно. Фотодинамическая терапия предназначена для мХНВ, устойчивой к анти-VEGF-препаратам, и может быть альтернативой или дополнением к ним.

Какие симптомы требуют срочного обращения после лечения или при ММД?

Срочная оценка нужна при «занавесе», резком ограничении поля зрения, боли в глазу, усилении покраснения, снижении зрения, светобоязни или увеличении числа «летающих мушек». Новые жалобы или изменение прежних симптомов также являются основанием для внепланового осмотра.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/782-miopicheskaya-makulyarnaya-degeneraciya-miopicheskaya-makulopatiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/782_1