Ретинальные венозные окклюзии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H34.8, H34.9, H35.6 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Окклюзия вен сетчатки — нарушение венозного оттока с кровоизлияниями, отёком и возможной ишемией сетчатки; поздние осложнения включают макулярный отёк, неоваскуляризацию и вторичную неоваскулярную глаукому. Рекомендация предусматривает междисциплинарное ведение пациентов офтальмологами совместно с терапевтами и другими специалистами; ключевые задачи — подтвердить тип окклюзии, своевременно лечить постокклюзионный макулярный отёк и контролировать системные факторы риска.

Главное

- ОВС классифицируют по локализации как окклюзию центральной, гемицентральной вены или ветви центральной вены сетчатки; по перфузии — на ишемическую и неишемическую. При ишемическом типе площадь неперфузии обычно превышает 5 площадей ДЗН для окклюзии ветви и 10 площадей ДЗН для окклюзии центральной вены.
- Основные причины и факторы риска — артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергомоцистеинемия, сахарный диабет, курение, тромбофилии, воспалительные заболевания, офтальмогипертензия и нарушения венозного оттока.
- У пациентов с ОВС в возрасте до 44 лет при отягощённом тромбоэмболическом анамнезе, подозрении на воспалительную или инфекционную этиологию заболевания рекомендуется консультация соответственно гематолога, ревматолога или инфекциониста.
- При постокклюзионном макулярном отёке с вовлечением центра макулы первой линией служат интравитреальные ингибиторы ангиогенеза: ранибизумаб, афлиберцепт или фарицимаб; альтернативой является интравитреальный имплантат дексаметазона.
- Раннее лечение макулярного отёка важно для сохранения зрения; при хроническом отёке возможны кистозная дегенерация, эпиретинальная мембрана и необратимое повреждение сетчатки.
- Панретинальная лазеркоагуляция показана при пролиферативной ПОРП и высоком риске неоваскуляризации; незамедлительно её проводят при неоваскуляризации сетчатки более половины площади ДЗН, неоваскуляризации ДЗН более трети площади ДЗН или витреальном/преретинальном кровоизлиянии.
- Базой ведения остаётся коррекция системных нарушений: артериального давления, гликемии, липидного обмена, гомоцистеина и нарушений гемостаза. Быстро снижать артериальное давление не следует, поскольку гипотония уменьшает перфузионное давление сетчатки.

Диагностика

1. Сбор жалоб и анамнеза рекомендован всем пациентам с ОВС или подозрением на неё с целью выяснения наличия расстройств зрительных функций (УУР С, УДД 5).
2. Провести офтальмологический осмотр: визометрию, определение максимальной корригированной остроты зрения, офтальмотонометрию, биомикроскопию переднего отрезка и стекловидного тела, затем осмотр глазного дна в медикаментозном мидриазе. Перед расширением зрачка необходимо оценить переднюю камеру и радужку (УУР С, УДД 5).
3. При биомикроскопии глазного дна или офтальмоскопии оценить изменения глазного дна; при выявленном рубеозе радужки и/или нарушении регуляции офтальмотонуса выполнить гониоскопию (УУР С, УДД 5).
4. При макулярном отёке или подозрении на него выполнить ОКТ для количественной и качественной оценки сетчатки и контроля лечения (УУР В, УДД 2). ОКТ-А применяют при необъяснимом снижении зрения для выявления макулярной ишемии и при неоваскуляризации для уточнения её локализации (УУР С, УДД 5).
5. Выполнить ФАГ для определения зон неперфузии и типа ОВС; первое исследование проводят сразу либо через 1–1,5 месяца, если кровоизлияния мешают интерпретации. Ишемический тип соответствует отсутствию перфузии более 5 площадей ДЗН при окклюзии ветви и более 10 площадей ДЗН при окклюзии центральной вены (УУР С, УДД 5).

6. Для поиска системных факторов риска назначить общий и биохимический анализы крови, глюкозу, исследование липидного обмена, коагулограмму и общий анализ мочи; всем пациентам нужен первичный осмотр терапевта (УУР С, УДД 5). При подозрении на тромбофилию выполнить расширенное исследование гемостаза; пациентам в возрасте до 44 лет при подозрении на воспалительную или инфекционную этиологию направить к ревматологу или инфекционисту (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Вести пациента междисциплинарно: корректировать артериальную гипертензию, гликемию, липиды, гомоцистеин, нарушения сердечного ритма и при необходимости гиперкоагуляцию или гиперагрегацию; при воспалительной ОВС лечить основное инфекционное или воспалительное заболевание. Быстрого снижения артериального давления следует избегать (УУР С, УДД 5).
- При ПОМО с вовлечением центра макулы первая линия — интравитреальные ингибиторы ангиогенеза: ранибизумаб, афлиберцепт или фарицимаб. Их можно сочетать с лазерной коагуляцией; окончательный препарат и режим выбирает врач по клинической картине и динамике.
- При пролиферативной ПОРП с организованным гемофтальмом, тракционной отслойкой сетчатки с вовлечением макулы, тракционно-регматогенной отслойкой, тракцией макулы или тракционным макулярным отёком выполняют микроинвазивную витрэктомию или витреошвартэктомию (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Первичная медико-санитарная помощь при любой форме ОВС, в любой фазе и независимо от осложнений, оказывается планово амбулаторно врачом-офтальмологом. Лазерные вмешательства, интравитреальные введения лекарственных препаратов и витреальная хирургия могут проводиться амбулаторно, в дневном или круглосуточном стационаре.
- Плановая госпитализация нужна, если интравитреальное введение, лазерную коагуляцию или витреоретинальную операцию нельзя провести амбулаторно.
- Неотложная госпитализация показана при эндофтальмите после интравитреального введения препарата.
- При ОВС у пациентов младше 44 лет с отягощённым тромбоэмболическим анамнезом направляют к гематологу; при подозрении на воспалительную или инфекционную этиологию у пациентов младше 44 лет — к ревматологу или инфекционисту.

Частые вопросы

Как отличить ишемическую ОВС от неишемической?

Тип определяют по ФАГ. При окклюзии ветви ишемия соответствует отсутствию перфузии более 5 площадей ДЗН, при окклюзии центральной вены — более 10 площадей ДЗН; меньшая площадь или сохранённая перфузия соответствуют неишемическому типу.

Когда при ОВС нужна лазеркоагуляция?

Панретинальная лазеркоагуляция показана при пролиферативной ПОРП, периферической ишемии более 10 площадей ДЗН при невозможности регулярного наблюдения, а также при неоваскуляризации сетчатки более 1/2 площади ДЗН, неоваскуляризации ДЗН более 1/3 площади ДЗН или витреальном/преретинальном кровоизлиянии. Фокальную лазеркоагуляцию при ПОМО на фоне окклюзии ветви рассматривают как лечение второй линии.

Как часто наблюдать пациента после ОВС?

При неишемической ОВС без отёка — не реже одного раза в 3 месяца первые 6 месяцев, затем не реже одного раза в 6 месяцев до стабилизации. При ишемической ОВС без отёка — ежемесячно первые 6 месяцев при окклюзии центральной вены и первые 3 месяца при окклюзии её ветви, затем соответственно не реже одного раза в 3 и 6 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/957-retinalnye-venoznye-okklyuzii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/957_1