



Клинические рекомендации

Ретинальные венозные окклюзии

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **Н34.8, Н34.9**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»**

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	13
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	15
2.1 Жалобы и анамнез	16
2.2 Физикальное обследование.....	17
2.3 Лабораторные диагностические исследования	18
2.4 Инструментальные диагностические исследования	19
2.5 Иные диагностические исследования.....	23
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	24
3.1 Консервативное лечение.....	25
3.2 Лазерное лечение	25
3.3 Хирургическое лечение	28
3.3.1 Интравитреальное введение лекарственных средств.....	28
3.3.2 Витреоретинальная хирургия.....	31
3.4 Диетотерапия.....	33

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	34
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	35
6. Организация оказания медицинской помощи	39
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	40
Критерии оценки качества медицинской помощи	41
Список литературы.....	42
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	47
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	49
Порядок обновления клинических рекомендаций.	50
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	51
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	55
Приложение В. Информация для пациентов.....	55

Список сокращений

АД — артериальное давление

ВОЗ — Всемирная Организация Здравоохранения

ГКС — глюкокортикоиды

ДЗН — диск зрительного нерва

ИЛ — интерлейкин

МКБ 10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

ОВС — окклюзия вен сетчатки

ОКТ — оптическая когерентная томография

ОКТ-А — оптическая когерентная томография в режиме ангиографии

ПОМО — постокклюзионный макулярный отек

ПОРП — постокклюзионная ретинопатия

УПК — угол передней камеры

ФАГ — флюоресцентная ангиография сетчатки

ФНО — фактор некроза опухоли

ЦВС — центральная вена сетчатки

VEGF — vascular endothelial growth factor, сосудистый эндотелиальный фактор роста

Термины и определения

Биомикроскопия глаза — метод прижизненного визуального исследования оптических сред и тканей глаза, основанный на создании контраста между освещенными и неосвещенными участками, проводимый при помощи щелевой лампы и дополнительных диагностических линз (в частности, для биомикроскопии глазного дна).

Витреоретинальный тракционный синдром — отслойка сетчатки, связанная с сокращением соединительной ткани в составе пролиферативных мембран и ретракцией стекловидного тела, характеризуется скоплением жидкости между нейроэпителием и пигментным эпителием. При формировании вторичных разрывов сетчатки отслойка классифицируется как тракционно-регматогенная.

Гемофтальм — витреальное кровоизлияние (геморрагия), скопление крови в стекловидном теле или витреальной полости (при авитрии).

Интравитреальное введение (интравитреальная инъекция) — введение лекарственного вещества в стекловидное тело или витреальную полость (при авитрии).

Макулярный отек (МО) – утолщение сетчатки, связанное с накоплением жидкости в межклеточном пространстве нейроэпителия вследствие нарушения гематоретинальных барьеров и несоответствия между транссудацией жидкости и способности к ее реабсорбции. При значительных размерах интравитреальных полостей скопления жидкости отек называют кистозным.

Микроаневризма — локальное расширение (выпячивание) капиллярной стенки.

Ватный (мягкий) экссудат (вагообразный фокус) — очаг фокальной ишемии во внутренних слоях сетчатки вследствие резкого нарушения ретинальной перфузии.

Неоваскуляризация сетчатки и/или зрительного нерва — вариант патологического пролиферативного ответа на ишемию сетчатки, проявляющийся ростом по задней поверхности стекловидного тела новообразованных сосудов, источником которых являются собственные сосуды сетчатки.

Неоваскулярная глаукома — вторичная глаукома, возникающая в результате разрастания новообразованных сосудов и фиброзной ткани в углу передней камеры и на поверхности радужки.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) — диагностический неинвазивный бесконтактный метод прижизненной визуализации, качественного и количественного анализа морфологических особенностей структур глазного дна, основанный на принципе световой интерферометрии.

Оптическая когерентная томография в режиме ангиографии (ОКТ-А) — диагностический неинвазивный бесконтактный метод прижизненной визуализации,

качественного и количественного анализа микроциркуляции в структурах глазного дна с учетом сегментации слоев глазного дна.

Оптико-цилиарные шунты и шунты между сосудистыми аркадами — артериовенозные связующие сосуды, по которым кровь проходит непосредственно из артерии (ретиальной или цилиарной) в ретиальную вену, не проходя через капиллярную сеть.

Коллатерали — имевшиеся и ранее капилляры сетчатки, обходящие прилежащие зоны окклюзии капилляров и обычно расположенные в пределах зоны, дренируемой веной, подвергшейся окклюзии. Капилляры соединяют дистальную и проксимальную части окклюзированного сосуда, обеспечивая венозный дренаж.

Преретиальное кровоизлияние (геморрагия) — скопление крови в ретрогидалоидном пространстве.

Рубеоз радужки — рост новообразованных сосудов в радужке, как правило, сопровождается неоваскуляризацией структур угла передней камеры и является следствием выраженной ишемии сетчатки.

Твердый (липидный) экссудат — отложение белков и липидов в слоях нейрорепителителя вследствие повышенной проницаемости сосуда и выхода компонентов плазмы крови за его пределы.

Флюоресцентная ангиография глаза (ФАГ, ангиография с флюоресцеином натрия) — диагностический метод, позволяющий выявить нарушения сосудистого русла на глазном дне, оценить состояние наружного и внутреннего гематоретинальных барьеров путем регистрации пассажа красителя (внутривенно вводимого флюоресцеина натрия) по сосудам глаза в режиме фото- и видеонаблюдения.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Окклюзия вен сетчатки (ОВС) – поражение сосудов сетчатки, сопровождающееся нарушением оттока крови по центральной вене сетчатки или ее ветвям, характеризующееся клинической картиной венозного стаза: полнокровием вен, нарушением проницаемости сосудистой стенки (интравитреальные геморрагии и отек сетчатки), а также возможным нарушением перфузии капилляров сетчатки.

Постокклюзионная (посттромботическая) ретинопатия (ПОРП) - поздние проявления окклюзии вен сетчатки, включающие в себя: хронический кистозный макулярный отек и/или эпиретинальный фиброз и/или витреоретинальный тракционный синдром и/или неоваскуляризацию сетчатки/зрительного нерва и/или рецидивирующий гемофтальм. На этой стадии заболевания может развиваться вторичная неоваскулярная глаукома.

Постокклюзионный макулярный отек (ПОМО) – утолщение сетчатки, связанное с накоплением жидкости в межклеточном пространстве нейроретинального барьера вследствие нарушения гематоретинальных барьеров и несоответствия между трансудацией жидкости и способности к ее реабсорбции.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Окклюзия вен сетчатки является полиэтиологичным заболеванием. Одной из наиболее частых причин его развития являются локальное повреждение целостности эндотелия ретинальных вен, обусловленное артериальной гипертензией (в т.ч. маскированной [14]), дислипидемией, гипергомоцистеинемией и гипергликемией. В ряде случаев причиной ОВС может являться воспаление сосудистой стенки (инфекционный или неинфекционный ретиноваскулит). В патогенезе заболевания значимую роль могут играть различные нарушения системы гемостаза (гиперкоагуляция, гипофибринолиз, повышенная внутрисосудистая активация тромбоцитов), связанные с наличием врожденных или приобретенных тромбофилических расстройств [1, 2, 3, 9, 39].

Схематично патогенез окклюзии ретинальных вен можно разделить на ряд составляющих:

1. Механическая компрессия вены на уровне решетчатой пластинки склеры или артериовенозного перекреста на ДЗН или сетчатке с изменением ламинарности и скорости движения крови.
2. Нарушение функциональной активности и целостности эндотелия венозной стенки с формированием пристеночных микротромбов.
3. Развитие локальной гиперкоагуляции и гипофибринолиза, способствующих процессу тромбообразования, повышение венозного давления, снижение перфузионного давления в капиллярах сетчатки, воспаление и, как следствие, нарушение гематоретинального барьера. К наиболее значимым молекулярным факторам, участвующим в нарушении гематоретинального барьера и повышении сосудистой проницаемости, относятся ангиотензин II, молекулы клеточной адгезии, VEGF-факторы, простагландины, цитокины, интерлейкины и др. [2, 3].
4. Клетки крови и плазма проникают через межклеточные пространства в ткань сетчатки с преимущественным скоплением жидкости между слоями сетчатки вокруг фовеа.

При высокой концентрации вазопрولیферативных факторов запускается процесс неоваскуляризации с развитием неоваскуляризации в радужной оболочке, структурах угла передней камеры глаза, а также на поверхности диска зрительного нерва, сетчатки, с вращением фиброваскулярной ткани в стекловидное тело. Это приводит к наиболее тяжелым осложнениям окклюзий ретинальных вен – развитию вторичной неоваскулярной глаукомы, рецидивирующим кровоизлияниям в стекловидное тело с последующим его фиброзом, а также с возможным формированием витреоретинальных тракций и тракционной отслойки сетчатки [3, 6].

В настоящее время принято выделять немодифицируемые и модифицируемые факторы риска развития ОВС.

Среди немодифицируемых факторов риска рассматривают генетически-детерминированную тромбофилию. Доказана причинно-следственная связь ОВС с наличием мутации фактора свертываемости крови V (фактора Лейдена, резистентность к протеину C) и мутации G20210A в гене протромбина (фактор свертываемости крови II).

Среди модифицируемых факторов риска определен ряд системных и локальных факторов риска. К наиболее распространенным системным факторам риска окклюзии ЦВС и её ветвей относятся:

- возраст более 65 лет;
- системная артериальная гипертензия;

- гиперхолестеринемия;
- гиперлипидемия;
- гипергомоцистеинемия;
- сахарный диабет;
- курение;
- приобретенная патология свертывающей системы (в т.ч. антифосфолипидный синдром, повышенная внутрисосудистая активность тромбоцитов и т.д.);
- патология кроветворной и иммунной системы (лейкома, лимфома);
- системные воспалительные заболевания (ревматические болезни, саркоидоз, туберкулез, синдром Гудпасчера, коронавирусная инфекция COVID-19 и др.);
- хроническая почечная недостаточность и другие причины вторичной артериальной гипертензии и диабета, такие как синдром Кушинга;
- эпизоды ночной артериальной гипотензии;
- синдром ночного апноэ;
- прием некоторых лекарственных препаратов (оральные контрацептивы);
- патологический климакс.

К локальным факторам риска относятся:

- глаукома;
- воспалительные заболевания глаза и орбиты;
- ретробульбарная компрессия глазного яблока (опухоли, травмы орбиты).

Провоцирующими факторами могут стать чрезмерные физические, эмоциональные нагрузки и гипертермия [3, 39].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность окклюзии центральной вены сетчатки (ЦВС) в возрасте старше 40 лет составляет 2,14 на 1000 человек и 5,36 на 1000 человек в группе старше 64 лет. По данным обобщенного анализа 15 популяционных исследований, выполненных в США, Европе, Азии и Австралии, распространенность ОВС в популяции в возрасте до 40 лет составляет 1-2%, от 41 до 60 лет - 25%, старше 60 – 74%.

Общее количество больных с окклюзиями вен сетчатки во всем мире составляет около 16,4 млн. случаев, при этом частота окклюзии ветвей ЦВС превышает частоту окклюзии ЦВС: 4,42 и 0,8 на 1000 человек соответственно или 13,9 млн. случаев к 2,5 млн. случаев [8, 33].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Н34.8 — Другие ретинальные сосудистые окклюзии. Ретинальная венозная окклюзия;

Н34.9 — Ретинальная васкулярная окклюзия неуточненная.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время имеются классификации ОВС, предлагающие разделять отдельные формы заболевания согласно патогенезу, локализации зоны окклюзии, стадии и типу заболевания. Однако наиболее распространенной и общепринятой во всем мире является классификация, предложенная S.S. Naugheh (1990) [3, 4, 26, 29, 39].

По анатомической локализации:

I. Окклюзия центральной вены сетчатки

II. Окклюзия гемицентральной вены

III. Окклюзия ветви ЦВС

По типу окклюзии:

1. Неишемический (с частичным сохранением перфузии)

2. Ишемический (с отсутствием перфузии)

Для оценки вида ОВС чаще всего используются данные, полученные при ФАГ. Критерием оценки состояния является площадь отсутствия капиллярной перфузии. При ишемическом типе окклюзии ветви ЦВС она обычно превышает 5 площадей ДЗН, а при окклюзии главного ствола – 10 площадей ДЗН.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Неишемическая окклюзия ветви ЦВС

Острота зрения зависит от выраженности вовлечения макулы. При поражении височных ветвей пациенты отмечают внезапное снижение зрения, пятно в поле зрения, метаморфопсии. При окклюзии носовых и периферических височных ветвей без вовлечения макулы – начало заболевания бессимптомное. При офтальмоскопии: вены дистальной зоны окклюзии резко расширены и извиты, интравитреальные кровоизлияния

в виде языков пламени и мелких пятен, отек сетчатки в макуле, единичные «мягкие» («ватные») экссудаты, отражающие ишемический отек аксонов ганглиозных клеток.

Ишемическая окклюзия ветви ЦВС

Заподозрить ишемический тип окклюзии позволяет более значительное снижение зрения (до сотых и менее), большое количество геморрагий и мягких экссудатов на глазном дне. Окончательная диагностика типа окклюзии проводится на основании флюоресцентной ангиографии сетчатки (ФАГ) непосредственно сразу после выявления заболевания или, при большом количестве геморрагий, затрудняющих интерпретацию исследования, спустя 1-1,5 месяца.

Неишемическая окклюзия ЦВС

Во всех случаях начало заболевания сопровождается внезапным, безболезненным снижением зрения на одном глазу. Иногда этому предшествуют чувство тяжести и тупые боли в области орбиты. Зрачковые реакции сохранены. При офтальмоскопии определяется расширение и извитость всех ветвей ЦВС различной степени выраженности, ступеванность контуров диска зрительного нерва (ДЗН), интравитреальные кровоизлияния в виде множественных пятен (чаще всего на периферии) и языков пламени (во всех 4-х квадрантах сетчатки). Возможно появление множественных ватных очагов, являющихся зонами инфаркта сетчатки в слое нервных волокон. Симптомы острого периода сохраняются около 1,5–3 месяцев. Поздние проявления включают: микроаневризмы, оптико-цилиарные шунты на ДЗН, шунты и коллатерали между височными аркадами и зонами дистальнее и проксимальнее участка окклюзии, эпиретинальный фиброз, макулярный отек.

Переход неишемического типа ОВС в ишемический наблюдается: в 15% случаев в течение первых 4 месяцев, в 34 % случаев в период 3-х лет после первоначальной окклюзии [39].

Ишемическая окклюзия ЦВС

Начало заболевания сопровождается внезапным, безболезненным снижением зрения на одном глазу. Острота зрения, как правило, не превышает 0,1. Характерным симптомом ишемии сетчатки является выявление афферентного зрачкового дефекта.

При осмотре глазного дна определяется расширение и извитость всех ветвей ЦВС, перипапиллярный отек сетчатки, интравитреальные кровоизлияния различной формы, захватывающие периферию глазного дна и задний полюс. Отличительным признаком

ишемического поражения является большое количество ватных очагов. При нарушении капиллярной перфузии в области макулы будет наблюдаться ее отек и побледнение.

Особой формой ишемической окклюзии ЦВС является заболевание, сопровождающееся формированием зон ишемии на периферии. При этом центральное зрение может изменяться незначительно. На глазном дне количество геморрагий и ватных очагов – умеренное, но на периферии выявляется большое количество округлых кровоизлияний и обеднение сосудистого рисунка. Степень снижения зрения при этом зависит от выраженности макулярного отека.

Симптомы острого периода исчезают в течение последующих 1,5-3 месяцев. Проявления постокклюзионной ретинопатии включают: микроаневризмы, оптико-цилиарные шунты и шунты между сосудистыми аркадами, новообразованные сосуды на ДЗН и/или сетчатке (чаще всего на границе с зоной ишемии), эпиретинальный фиброз, кистозный отек в макуле, субретинальный фиброз, который может быть ассоциирован с развитием макулярной дегенерации.

Гемиретинальная венозная окклюзия — встречается реже, чем окклюзия ветви ЦВС или всей ЦВС. Подразделяется на гемисферическую окклюзию ветви ЦВС второго порядка (верхнюю или нижнюю ветвь ЦВС) с локализацией зоны окклюзии на поверхности или у края ДЗН и гемицентральной окклюзию с поражением одной из ветвей второго порядка (верхней или нижней ветви ЦВС) с локализацией зоны окклюзии в непосредственной близости к решетчатой пластинке склеры (при «двуствольной» ЦВС).

Заболевание начинается с внезапного альтитудинального выпадения поля зрения (нижнего или верхнего). Острота зрения варьирует от сотых до 0,1-0,2. На глазном дне определяются признаки окклюзии ветви ЦВС, захватывающие верхнюю или нижнюю гемисферу.

Одной из ведущих медицинских проблем при окклюзии ЦВС и её ветвей является снижение центрального зрения, которое развивается вследствие трех основных причин или их сочетания: макулярного отека, кровоизлияния в макулу и макулярной ишемии.

Постокклюзионный макулярный отек

Макулярный отек приводит к снижению остроты зрения. В остром периоде ОВС происходит быстрое снижение зрения вследствие рассеивания света в сетчатке, утраты оптоволоконного эффекта клеток Мюллера. В дальнейшем в клетках сетчатки происходят функциональные нарушения, обусловленные изменением обменных процессов. Эти изменения могут носить обратимый характер (если происходит естественная или связанная с медикаментозным воздействием резорбция интравитреальной жидкости).

Наличие хронического макулярного отека приводит к необратимому повреждению сетчатки с формированием кистозной дегенерации, образованием эпиретинальной мембраны (в ряде случаев с ламеллярным разрывом), апоптозу и гибели клеток сетчатки, утрате синаптических связей. Своевременное (раннее) лечение позволяет предотвратить последующее снижение остроты зрения.

Макулярный отек может быть диффузным и кистозным, при этом скопление жидкости происходит преимущественно в наружном плексиформном слое сетчатки. При адекватной капиллярной перфузии макулы после купирования основного процесса зрение может частично или полностью восстанавливаться через 6 месяцев (в ряде случаев - до 15 месяцев) до 0,5 и выше. Однако у 60% пациентов макулярный отек самостоятельно не разрешается. Хронический характер макулярного отека, как правило, сочетается с ишемией в области макулы и значительно ухудшает прогноз в отношении повышения зрительных функций [3, 4, 5, 12].

Неоваскулярные осложнения окклюзии вен сетчатки

В исходе преимущественно ишемической окклюзии ЦВС, реже ветви ЦВС возможно развитие неоваскуляризации переднего и заднего отдела глазного яблока. Определяется зависимость частоты возникновения неоваскуляризации от суммарной площади неперфузируемых зон сетчатки.

Неоваскулярная глаукома чаще всего развивается при ишемическом типе окклюзии ЦВС (29-34%), реже в исходе ишемической гемицентральной окклюзии (5%), в первые 6 месяцев (минимум 2 недели) от начала заболевания и может опережать неоваскуляризацию сетчатки и ДЗН.

Неоваскуляризация диска зрительного нерва и сетчатки встречается в 6-9% при окклюзии ЦВС, 29% при гемицентральной окклюзии и 24% при окклюзии ветви ЦВС, чаще на границе перфузируемых и неперфузируемых зон, в сроки от 3 до 12 месяцев и более [3, 6].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагностика окклюзий вен сетчатки должна быть направлена на выявление начальных изменений, что особенно важно, принимая во внимание наличие в арсенале

современной офтальмологии эффективных методов борьбы с осложнениями данной патологии и сохранения зрения при этом заболевании.

Таблица 1. Основные диагностические критерии установления окклюзий вен сетчатки

Заболевание (состояние)	Вариант диагностики	Критерии установления заболевания	
Окклюзия вен сетчатки (центральной вены сетчатки, гемицентральной ветви, височных ветвей)	Сбор анамнеза и жалоб	Безболезненное, резкое ухудшение зрения на одном глазу, возникшее на фоне повышенного артериального давления, после физической или эмоциональной нагрузки, после перегревания, приема алкоголя и других провоцирующих тромбоз факторов. Пациенты с ОВС могут жаловаться на появление «пятна перед глазом», плавающие помутнения и искажения. Иногда больные отмечают наличие предвестников заболевания: кратковременное снижение и «затуманивание» зрения накануне. При развитии ОВС у лиц в возрасте до 50 лет необходимо уточнить тромбофилический анамнез (наличие острых сосудистых катастроф у кровных родственников в молодом возрасте). У женщин — прием пероральных контрацептивов, наличие хронического невынашивания беременностей и др.	
	Биомикроскопия глазного дна	Неишемическая ОВС	За счет перипапиллярного отека сетчатки возможны: ступеванность контуров ДЗН, расширение вен, полосчатые интравитреальные геморрагии по ходу сосудистых аркад и мелкие округлые интравитреальные геморрагии в макулярной зоне и на периферии глазного дна. Возможно наличие единичных «мягких» («ватных») экссудатов и твердых экссудатов в виде фигуры звезды. Утолщение сетчатки в макулярной зоне.
		Ишемическая ОВС	Выраженный перипапиллярный отек сетчатки, интравитреальные геморрагии в виде «языков пламени» по ходу ретинальных вен. Наличие большого количества «мягких» экссудатов и увеличение толщины сетчатки в макулярной области. Возможен вариант с малым количеством

			интратретиальных геморрагий и большим количеством «мягких» экссудатов.
		Постокклюзионная ретинопатия	Интратретиальные округлые геморрагии, единичные «мягкие» экссудаты, твердые экссудаты в виде фигуры звезды, утолщение сетчатки в макулярной области, микроаневризмы, шунты (в т.ч. оптико-цилиарные) и коллатерали. Возможно формирование эпиретиальной мембраны, новообразованных сосудов, кровоизлияний в стекловидное тело и неоваскуляризации радужки и угла передней камеры глаза.

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** сбор анамнеза и жалоб при патологии глаза всем пациентам с подозрением на окклюзию вен сетчатки с целью выяснения наличия функциональных зрительных расстройств [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2 Физикальное обследование

- **Не рекомендуется** физикальное обследование пациентам с целью диагностики и лечения ОВС.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *физикальное обследование рекомендуется всем пациентам с ОВС в рамках выявления основных факторов риска (артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии, тромбофилии и др.) и выполняется врачом терапевтического профиля (терапевтом, эндокринологом, врачом общей практики или гематологом) согласно клиническим рекомендациям по ведению больных с ОВС [3, 4, 9, 10, 39]. Необходимо также направлять к профильным специалистам для консультации пациентов с иными сопутствующими системными заболеваниями и факторами риска системных осложнений перед выполнением лазерного или хирургического лечения (в том числе,*

интравитреального введения лекарственных препаратов) с целью выявления возможных противопоказаний к данным видам лечения и минимизирования риска осложнений [3, 4, 9, 10]. Выбор профиля специалиста (терапевт, эндокринолог, отоларинголог, стоматолог и др.) определяется в зависимости от особенностей течения ОВС, планируемого лечения и наличия у пациента иного сопутствующего системного заболевания и/или фактора риска системных осложнений.

2.3 Лабораторные и другие диагностические исследования

Для любой формы заболевания ОВС (ишемической или неишемической), в любой фазе заболевания, вне зависимости от осложнений, рекомендовано оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Форма оказания медицинской помощи – плановая. Средние сроки лечения (количество дней) 11 [10].

- **Рекомендуется** всем пациентам общий (клинический) анализ крови развернутый, исследование уровня глюкозы в крови, анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический, анализ мочи общий, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), прием (осмотр, консультация) врача - отоларинголога первичный, прием (осмотр, консультация) врача - терапевта первичный, прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога-терапевта первичный [3, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** при наличии показаний прием (осмотр, консультация) врача – дерматовенеролога первичный, прием (осмотр, консультация) врача – инфекциониста первичный, прием (осмотр, консультация) врача – невролога первичный, прием (осмотр, консультация) врача – нефролога первичный, прием (осмотр, консультация) врача – ревматолога первичный, прием (осмотр, консультация) врача – физиотерапевта первичный, прием (осмотр, консультация) врача – фтизиатра первичный, прием (осмотр, консультация) врача – гематолога первичный [3, 10].
- **Рекомендуется** при наличии показаний определение антител класса А, М, G (IgA, IgG) к хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (*Epstein-Barr virus*) в крови, определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-

Барра (Epstein-Barr virus) VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови, определение антител к ранним белкам вируса Эпштейн-Барра (Epstein-Barr virus) EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови, определение антител к ядерному антигену вируса Эпштейн-Барра (Epstein-Barr virus) NA (IgG) (диагностика паст-инфекции) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии *Micoplasma pneumoniae* в крови, определение антигена к микоплазме человека (*Micoplasma hominis*) (соскоб эпителиальных клеток) в крови, определение антител классов G (IgG) к уреоплазме в крови, определение антител к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови [3, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *выбор лабораторного исследования определяется в зависимости от особенностей течения ОВС и наличия у пациента сопутствующего системного заболевания и фактора риска системных осложнений. Также рекомендуется направлять на лабораторное исследование пациентов с сопутствующими системными заболеваниями и факторами риска системных осложнений до выполнения лазерного или хирургического лечения (в том числе, интравитреального введения лекарственных препаратов) с целью выявления возможных противопоказаний к данным видам лечения.*

- **Рекомендуется** пациентам с ОВС при подготовке к хирургическому лечению (в том числе, интравитреальному введению лекарственных препаратов или госпитализации с иной целью с кратностью в соответствии с действующими федеральными, региональными и локальными нормативными документами для оценки общего статуса, выявления сопутствующих заболеваний и возможных противопоказаний к данным видам лечения, минимизирования риска осложнений) клинический анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня связанного (конъюгированного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови, исследование уровня триглицеридов в

крови, исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (HbA1c), коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ мочи, определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) иммуноферментным методом (ИФА) в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови, определение антител к вирусу гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови, определение рибонуклеиновой кислоты (РНК) вируса иммунодефицита человека методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) [11, 13, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *обследование проводится на основании добровольного согласия (санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»). Выбор лабораторного исследования определяется в зависимости от наличия у пациента сопутствующего системного заболевания и фактора риска системных осложнений.*

- **Рекомендуется** при подозрении на врожденную или приобретенную форму тромбофилии исследование системы гемостаза, включающее комплекс лабораторных исследований (расширенная коагулограмма, молекулярно-генетическое типирование системы гемостаза, определение уровня естественных антикоагулянтов, оценка внутрисосудистой активации тромбоцитов) и консультация гематолога [3, 12, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** визометрия всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью определения тяжести зрительных расстройств [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** рефрактометрия или определение рефракции с помощью набора пробных линз всем пациентам окклюзиями вен сетчатки при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью

определения максимальной корригированной остроты зрения для точной оценки тяжести зрительных расстройств [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** офтальмотонометрия (в том числе, под местной анестезией с использованием раствора местного анестетика) всем пациентам окклюзиями вен сетчатки при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления нарушений офтальмотонуса [3, 4, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** биомикроскопия переднего отдела глаза и стекловидного тела всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления неоваскуляризации радужки, оценки прозрачности оптических сред, наличия задней отслойки стекловидного тела [3, 4, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: биомикроскопию переднего отдела глазного яблока в обязательном порядке необходимо сначала проводить без мидриаза, поскольку расширение зрачка может затруднить выявление «ранней» неоваскуляризации радужки. Биомикроскопию стекловидного тела, наоборот, желательно проводить в условиях медикаментозного мидриаза, что улучшает качество диагностики.

- **Рекомендуется** гониоскопия под местной анестезией (с использованием раствора местного анестетика) пациентам с выявленным при биомикроскопии радужки рубезом и/или нарушением регуляции офтальмотонуса при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью определения причин повышения внутриглазного давления и выработки оптимальной тактики ведения [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** биомикроскопия глазного дна (в том числе осмотр периферии глазного дна с трехзеркальной линзой типа Гольдмана под местной анестезией с

использованием раствора местного анестетика) или офтальмоскопия в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинэргических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью выявления изменений на глазном дне, оценки их тяжести, мониторинга и выбора оптимальной тактики ведения [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: биомикроскопия глазного дна с асферическими линзами при помощи щелевой лампы (или офтальмоскопия) является основным методом диагностики изменений глазного дна при ОВС в рамках офтальмологического приема при любом виде (первичная медико-санитарная помощь, специализированная помощь) и условиях (стационарная, амбулаторная) оказания медицинской помощи. У больных с ОВС она должна проводиться только с широким зрачком (в условиях медикаментозного мидриаза). Важно помнить, что до фармакологического расширения зрачка нужно оценить состояние передней камеры.

- **Рекомендуется** оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора (оптическая когерентная томография, ОКТ) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинэргических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) пациентам с ПОМО или с подозрением на его наличие при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью его количественной и качественной оценки, а также мониторинга эффективности лечения [3, 4, 39, 48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: при оценке эффективности лечения интравитреальными инъекциями ингибиторов ангиогенеза и глюкокортикоидов следует оценивать количественные и качественные параметры томограмм. Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора рекомендуется

выполнять в условиях фармакологического мидриаза, поскольку это значительно повышает качество сканирования.

- **Рекомендуется** оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора в режиме ангиографии (оптическая когерентная томография в режиме ангиографии, ОКТ-А) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением пациентам со сниженной остротой зрения, которую нельзя объяснить нарушением прозрачности оптических сред и офтальмоскопической картиной, с целью выявления и оценки площади ишемических зон в макулярной зоне, а также пациентам с ранней ретиальной неоваскуляризацией для ее точной локализации [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *необходимость и частота ОКТ-А определяется врачом-офтальмологом в зависимости от особенностей течения заболевания. Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора в режиме ангиографии рекомендуется выполнять в условиях фармакологического мидриаза, поскольку это значительно повышает качество исследования.*

- **Рекомендуется** флюоресцентная ангиография глаза (ФАГ) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением пациентам с подозрением на воспалительную этиологию заболевания, с целью выявления зон нарушения перфузии сетчатки и оценки их площади (в макулярной зоне и периферических отделах), пациентам с рецидивирующими витреальными кровоизлияниями из невыявленного источника с целью его локализации, с целью разработки тактики лечения [3, 4, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *первое исследование рекомендуется проводить сразу или спустя 1-1,5 месяца от начала заболевания по мере рассасывания интравитреальных геморрагий. Тип окклюзии вен сетчатки определяется после проведения ФАГ. При*

неишемической окклюзии – капиллярная перфузия сетчатки сохранена, либо присутствует в зоне менее 5 площадей диска зрительного нерва для ветви ЦВС и менее 10 - для окклюзии ЦВС. При ишемической окклюзии капиллярная перфузия отсутствует (по ФАГ) на площади более 5 площадей диска зрительного нерва для ветви ЦВС и более 10 - для ЦВС. Дальнейшие контрольные исследования ФАГ проводятся по показаниям, например, после выполненной лазерной коагуляции сетчатки для оценки её результативности.

- **Рекомендуется** ультразвуковое исследование глазного яблока всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки и недостаточной прозрачностью оптических сред при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью диагностики нарушений витреоретинальных взаимоотношений [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** периметрия пациентам с окклюзиями вен сетчатки и подозрением на поражение зрительного нерва при диагностике заболевания, динамическом наблюдении и контроле за лечением с целью оценки функции сетчатки и проводящих путей зрительного анализатора [3, 4, 29, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** электрофизиологическое исследование пациентам с необъяснимым снижением зрительных функций с целью оценки функции сетчатки и проводящих путей зрительного анализатора [3, 4, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при ишемическом типе окклюзии ЦВС определяется снижение амплитуды b-волны, уменьшение индекса соотношения волн в:a и увеличение продолжительности амплификации b-волны на электроретинограмме..*

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** флюорография легких (или флюорография легких цифровая) или рентгенография легких (или рентгенография легких цифровая) всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки при подготовке к хирургическому лечению (в том числе, интравитреальному введению лекарственных препаратов) либо к госпитализации с иной целью с кратностью в соответствии с действующими нормативными документами федерального, регионального и локального уровней для оценки общего статуса, выявления сопутствующих заболеваний и возможных противопоказаний к данным видам лечения, минимизирования риска осложнений [3, 10, 11, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** регистрация электрокардиограммы (с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных) всем пациентам с окклюзиями вен сетчатки при подготовке к хирургическому лечению (в том числе, к интравитреальному введению лекарственных препаратов) либо к госпитализации с иной целью с кратностью в соответствии с действующими нормативными документами федерального, регионального и локального уровней для оценки общего статуса, выявления сопутствующих заболеваний и возможных противопоказаний к данным видам лечения, минимизирования риска осложнений [3, 10, 11, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- **Рекомендуется** междисциплинарное ведение пациента на всех стадиях окклюзий вен сетчатки с целью компенсации системных нарушений (нормализация артериального давления, уровня гликемии и показателей липидного обмена и др.) [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: обязательным компонентом является общее терапевтическое лечение, направленное на устранение модифицируемых факторов риска ОВС: устранение артериальной гипертензии, восстановление сердечного ритма, нормализация уровня липидов и гомоцистеина в плазме крови, при необходимости, медикаментозная коррекция явлений гиперкоагуляции и гиперагрегации. Лечение назначается, и его эффект контролируется терапевтом или кардиологом, при необходимости эндокринологом и другими специалистами. Не рекомендуется быстрое снижение артериального давления, так как резкая гипотония приводит к падению перфузионного давления и усугубляет капиллярную дисфункцию. У пациентов с воспалительными окклюзиями ЦВС необходимо проведение этиологической (противовирусной, антибактериальной и проч.) и противовоспалительной терапии, соответствующей принципам лечения ретиноваскулитов.

3.1 Консервативное лечение

- **Не рекомендуется** специальное офтальмологическое лечение пациентам с неишемической/ишемической ОВС, протекающей без развития МО или с клинически незначимым МО [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: несмотря на отсутствие данных доказательной медицины, пациентам с ОВС возможно назначение лекарственных препаратов из группы активаторов плазминогена (проурокиназного типа), антигипоксантов и антиоксидантов, антиагрегантов, ангиопротекторов и статинов [3, 39]. Решение о необходимости такого лечения принимается врачом-офтальмологом в зависимости от клинической картины.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3.2 Хирургическое лечение

Лечение макулярного отека и ишемии сетчатки вследствие окклюзии ЦВС проводится по описанным ниже схемам, включая антиангиогенную и/или глюкокортикоидную терапию и/или лазерное лечение. В стадии ПОРП при наличии

показаний (указаны в соответствующем разделе) рекомендуется выполнение витрэктомии (с эндолазеркоагуляцией сетчатки или без нее).

3.2.1 Интравитреальное введение лекарственных средств

- **Рекомендуются** интравитреальные инъекции (в условиях операционной, под местной анестезией, после обработки кожи век, области вокруг глаз и глазной поверхности местными бактерицидными средствами широкого спектра действия: антисептиками и дезинфицирующими препаратами) средств, препятствующих новообразованию сосудов, – препаратов ранибизумаб, афлиберцепт или глюкокортикоидов для местного применения (дексаметазон в виде имплантата для интравитреального введения), возможно, в сочетании с лазерной коагуляцией сетчатки [37, 42, 43, 46] при наличии ПОМО с целью уменьшения толщины сетчатки, стабилизации или повышения максимальной скорректированной остроты зрения. **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

Комментарии: в настоящее время интравитреальное введение средств, препятствующих новообразованию сосудов (ингибиторов ангиогенеза), является терапией первой линии при ПОМО с вовлечением центра макулы [39].

– Ранибизумаб – это фрагмент гуманизированного антитела к сосудистому эндотелиальному фактору роста А (VEGF-A). Избирательно связывается с VEGF-A (VEGF110, VEGF121, VEGF165), предотвращая его взаимодействие с рецепторами на поверхности клеток эндотелия, что приводит к подавлению неоваскуляризации и пролиферации эндотелиальных клеток [18, 19, 22, 23].

– Афлиберцепт – это рекомбинантный гибридный белок, состоящий из фрагментов внеклеточных доменов человеческих рецепторов VEGF, соединенных с Fc-фрагментом человеческого иммуноглобулина G. Действует как растворимый рецептор-ловушка, который связывает VEGF-A и плацентарный фактор роста с более высокой аффинностью, чем их естественные рецепторы, и, таким образом, может ингибировать связывание и активацию этих родственных VEGF рецепторов [17, 20, 21, 25, 32, 34, 36].

Ранибизумаб (Луцентис) (согласно инструкции к препарату). Интравитреальные инъекции 0,5 мг (0,05 мл) ранибизумаба ежемесячно до достижения максимально высокой стабильной остроты зрения и/или до исчезновения признаков и симптомов активности заболевания на фоне

продолжающегося лечения. После достижения стабилизации заболевания на фоне ежемесячных инъекций препарата периодичность контрольных визитов и временной интервал между инъекциями устанавливает врач в зависимости от активности заболевания, оцениваемой по остроте зрения и/или анатомическим параметрам. Стабилизация заболевания определяется как отсутствие улучшения зрения и/или анатомических параметров сетчатки в течение одного месяца после последней ежемесячной инъекции. Для достижения стабилизации заболевания изначально может потребоваться три или более последовательных ежемесячных инъекции. В случае если, по мнению врача, основанному на оценке остроты зрения и анатомических параметров сетчатки, улучшения от проводимого лечения нет, терапию следует прекратить. Между введением двух доз препарата следует соблюдать интервал не менее 28 дней.

При использовании режима «лечение и продление» (он же «лечить и увеличивать интервал») после достижения максимальной остроты зрения и/или при отсутствии признаков активности заболевания возможно поэтапное увеличение интервалов между введениями препарата, однако на данный момент недостаточно данных для определения величины интервалов. При реактивации заболевания укорочение интервалов следует производить с тем же шагом, что и удлинение.

Терапия может сочетаться с выполнением лазерной коагуляции сетчатки. При выполнении данной комбинированной терапии в течение одного дня, препарат следует вводить не ранее, чем через 30 минут после лазерной коагуляции.

Комментарии: эффективность и безопасность применения ранибизумаба при лечении ПОМО доказано многочисленными многоцентровыми рандомизированными исследованиями. Индивидуальный режим применения 0.5 мг Ранибизумаба, основанный на критериях стабилизации максимальной скорректированной остроты зрения, обеспечивает анатомические и функциональное улучшение как при окклюзии ветви, так и при окклюзии ЦВС [35]. Наиболее высокие результаты получают при раннем использовании препарата [30, 39]. Лечение ранибизумабом предполагает ежемесячное наблюдение в первый год заболевания с последующим продлением наблюдения и снижением лечебной нагрузки по мере появления анатомической и зрительной стабилизации заболевания [39].

Афлиберцепт (Эйлеа) (согласно инструкции к препарату). Интравитреальные инъекции 2 мг (0,05 мл), ежемесячно, до достижения

максимально высокой остроты зрения и полной резорбции макулярного отека. Для этого необходимо выполнение три и более ежемесячных интравитреальных инъекций. Для поддержания достигнутого эффекта терапия может быть продлена в режиме «лечить и увеличивать интервал». Терапия может сочетаться с выполнением лазерной коагуляции сетчатки.

Лечение следует прекратить, если на фоне терапии не наблюдается улучшения остроты зрения и уменьшения макулярного отека.

Комментарии: использование схем лечения афлиберцептом, предполагающих увеличение интервалов между инъекциями уже в первый год лечения показало высокую эффективность при лечении МО как при окклюзии ветви ЦВС, так и при окклюзии ЦВС [20, 32, 34]. Многоцентровое исследование CENTERA, целью которого являлось разработка схем лечения ПОМО, показало, что указанный вариант лечения с постоянным и длительным мониторингом состояния сетчатки, позволяет не только стабилизировать зрительные функции, но и уменьшить площадь зон отсутствия перфузии сетчатки и снизить риски развития неоваскулярных осложнений [31, 36].

В каждом клиническом случае окончательное решение о показаниях к лечению средствами, препятствующими новообразованию сосудов (ингибиторами ангиогенеза), выборе режима инъекций принимает врач на основе оценки особенностей клинической картины и течения заболевания.

Противопоказания к интравитреальному введению ранибизумаба или афлиберцепта:

- повышенная чувствительность к компонентам препарата,
- активные подтвержденные или предполагаемые инфекции глаза или инфекционные процессы периокулярной локализации,
- активный интраокулярный воспалительный процесс,
- беременность и период грудного вскармливания.

Дексаметазон интравитреальный имлантат (Озурдекс) (согласно инструкции к препарату). Глюкокортикоид для местного применения, обеспечивает длительное (до 6 месяцев) высвобождение действующего вещества в стекловидном теле или витреальной полости. Дексаметазон, являясь сильнодействующим глюкокортикоидом, подавляет воспаление, снижая выраженность отека, отложение фибрина, проницаемость капилляров и миграцию фагоцитов к месту воспаления. Глюкокортикоиды подавляют экспрессию фактора роста эндотелия сосудов, а также предотвращают

высвобождение простагландинов, часть из которых являются медиаторами кистозного макулярного отека [27, 28].

Применение дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения требует длительного регулярного мониторинга ВГД. Повторное введение имплантата возможно приблизительно через 4-6 месяцев в случае снижения остроты зрения и/или увеличения толщины сетчатки.

Противопоказания к введению интравитреального имплантата с дексаметазоном:

- Гиперчувствительность к активному или любому другому компоненту препарата.
- Активная или предполагаемая глазная, или периорбитальная инфекция, включая большинство вирусных заболеваний роговицы и конъюнктивы, в том числе острый герпетический (*herpes simplex*), эпителиальный кератит (древовидный кератит), вакцинию, ветряную оспу, микобактериальные инфекции и грибковые заболевания.
- Развитая стадия глаукомы с декомпенсацией внутриглазного давления (ВГД), не купирующегося медикаментозной терапией.
- Возраст до 18 лет.
- Афакия с разрывом задней капсулы хрусталика.
- Наличие переднекамерной интраокулярной линзы, ирис-клипс интраокулярной линзы, заднекамерной интраокулярной линзы с транссклеральной фиксацией при одновременном наличии разрыва задней капсулы хрусталика.

С осторожностью введение интравитреального имплантата с дексаметазоном:

- При герпетической инфекции глаза (*herpes simplex*) в анамнезе.
- Беременность и период грудного вскармливания.
- У пациентов, принимающих антикоагулянты или антиагреганты.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания:

Опыт применения препарата Озурдекс при беременности отсутствует, возможные риски неизвестны. Препарат Озурдекс возможно применять при беременности в тех случаях, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. При системном применении дексаметазон экскретируется с грудным молоком.

При местном применении, благодаря низкой системной абсорбции дексаметазона, влияние препарата на детей, находящихся на грудном вскармливании, не ожидается. Однако ввиду отсутствия данных по экскреции препарата с грудным молоком, риск нельзя исключить полностью, поэтому при назначении препарата Озурдекс грудное вскармливание следует прекратить на время лечения.

Осложнения при применении интравитреального имплантата с дексаметазоном:

- ***Со стороны органа зрения:***
 - *Очень часто: повышение ВГД, катаракта, субконъюнктивальное кровоизлияние.*
 - *Часто: офтальмогипертензия, субкапсулярная катаракта, кровоизлияние в стекловидное тело, снижение остроты зрения, зрительные нарушения (пятно, линия или затемнение), отслойка стекловидного тела, помутнения стекловидного тела (включая плавающие помутнения, блефарит, боль в глазу, фотопсия, отек конъюнктивы, конъюнктивальная гиперемия.*
 - *Нечасто: некротический ретинит, эндофтальмит, глаукома, отслойка сетчатки, разрыв сетчатки, гипотония глаза, воспаление передней камеры глаза, клеточная инфильтрация/опалесценция водянистой влаги передней камеры глаза, аномальные ощущения в глазу, зуд век, склеральная гиперемия.*

- ***Общие нарушения и состояния, развивающиеся в месте введения:***
 - *Нечасто: смещение имплантата, иногда сопровождающееся отеком роговицы, осложнение при введении имплантата, приводящее к повреждению ткани глаза (неправильное размещение имплантата).*

Комментарии: *после первого использования Озурдекса, для оценки индивидуальной реакции пациента на препарат, необходимо контролировать состояние органа зрения каждые две недели. В остальных случаях целесообразно осуществлять контроль ВГД каждые 2—8 недель после инъекции. Полное офтальмологическое обследование (визометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия и ОКТ) следует выполнить через 3 месяца после инъекции и повторять, если имеется ухудшение зрительных функций, а МО сохраняется. Повторное введение препарата Озурдекс обычно проводят через 3-*

4 месяца (в среднем 2-3 инъекции в год). Из обобщенных данных, собранных на сегодняшний день, известно, что лечебный эффект интравитреального имплантата дексаметазона при ПОМО составляет в среднем 4 месяца, а интервалы при использовании схемы лечения «по необходимости» не превышают 6 месяцев [39].

Выбор препаратов в лечении ПОМО

Комментарии: для первоначальной терапии макулярного отека может быть выбран любой из анти-VEGF препаратов (ранибизумаб, афлиберцепт) [3, 26, 39] или дексаметазон-интравитреальный имплантат [38]. Предпочтительный выбор анти-VEGF препаратов рекомендуется для пациентов с наличием в анамнезе офтальмогипертензии или некомпенсированной глаукомы или глаукомы, требующей комбинированной гипотензивной терапии, а также пациентам более молодого возраста.

Выбор дексаметазона – интравитреального имплантата, в качестве препарата первой линии, рекомендуется пациентам с наличием сердечно-сосудистых заболеваний, сопровождающихся ишемическими атаками (инсульт, инфаркт и преходящие нарушения кровообращения), при невозможности или нежелании пациента выполнять ежемесячные инъекции, при авитрии, артефакции (в случае использования в факические глаза, пациент должен быть информирован о высоком риске развития катаракты), беременности (опыт применения дексаметазона – интравитреального имплантата при беременности отсутствует, возможные риски неизвестны. Дексаметазон – интравитреальный имплантат возможно применять при беременности в тех случаях, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода).

Возможно его применение в раннем периоде при лечении постокклюзионного макулярного отека, развившегося в результате неинфекционного нейроретино- или ретиноваскулита (после полного общего и офтальмологического обследования, исключая инфекционный процесс; см. КР «Увеиты неинфекционные»), а также при выраженном воспалительном компоненте в остром периоде ОВС и в случаях резистентности к терапии анти-VEGF препаратами [39].

Масштабных клинических исследований, посвященных изучению комбинированной терапии постокклюзионного макулярного отека нет. При этом описано, что при недостаточной эффективности одного из анти-VEGF препаратов (после выполненных трех последовательных инъекций) возможно «переключение» на другой анти-VEGF препарат (чаще с препарата ранибизумаб на афлиберцепт),

либо на дексаметазон - интравитреальный имплантат. Использование любого из перечисленных препаратов возможно в комбинации с лазерной коагуляцией сетчатки [39]. Использование интравитреального имплантата с дексаметазоном спустя 2 недели после интравитреальной инъекции ранибизумаба приводит к увеличению интервала между инъекциями в среднем до $135,5 \pm 36,4$ дня в течение 6 циклов лечения [40]. А использование ранибизумаба через 1 месяц после имплантации препарата Озурдекс приводит к выраженному усилению лечебного эффекта [40]. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).**

При интравитреальном введении лекарственных средств, препятствующих развитию новообразованию сосудов, или дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения следует учитывать потенциальный риск осложнений, таких, как инфекционный и неинфекционный эндофтальмит, ятрогенная катаракта, гемофтальм, отслойка сетчатки и другие.

Комментарии: при использовании лекарственных средств, препятствующих новообразованию сосудов, или дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения предупреждение снижения остроты зрения даже при отсутствии ее улучшения следует считать положительной динамикой по сравнению с естественным течением заболевания.

3.2.2 Витреоретинальная хирургия

Витрэктомия способствует восстановлению нарушенного кровотока в окклюзированной вене, способствует улучшению обменных процессов между сетчаткой и стекловидным телом, приводит к увеличению транспорта кислорода к ишемизированным участкам сетчатки, увеличивает клиренс VEGF и цитокинов в полости стекловидного тела, что приводит к уменьшению МО. При этом увеличение количества кислорода может стимулировать развитие катаракты, а увеличение потока VEGF в переднюю камеру глаза может привести к неоваскуляризации радужки [39, 41]. В настоящее время нет масштабных клинических исследований, доказывающих эффективность и безопасность витрэктомии в острый период ОВС. В связи с этим указанную операцию рекомендуется выполнять в случае осложненного течения ПОРП [3, 6, 39].

- **Рекомендуется** пациентам с ПОРП, осложненной развитием неоваскуляризации в заднем отрезке глаза, осложнившейся гемофтальмом и/или тракционной отслойкой сетчатки с захватом области макулы и/или тракционно-регматогенной отслойкой сетчаткой и/или тракцией области макулы, а также при тракционном ПОМО с целью восстановления нормальных анатомических соотношений, стабилизации или повышения максимальной корригированной остроты зрения микроинвазивная витрэктомия (в условиях операционной; под местной анестезией с использованием глазных капель местных анестетиков, при необходимости с пара- или ретробульбарной инъекцией местных анестезирующих средств, при необходимости – с использованием сочетанной анестезии; в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации), после обработки кожи век, области вокруг глаз и глазной поверхности антисептиками и дезинфицирующими средствами (включая препараты йода), с использованием противомикробных и противовоспалительных препаратов, при необходимости с сопутствующими манипуляциями, включая тампонаду витреальной полости (перфторорганическим или иным высокомолекулярным соединением), эндовитреальную замену перфторорганического соединения на силикон, эндовитреальное введение воздуха, силикона, мембранопилинг, эндолазеркоагуляцию, экстракцию хрусталика и/или факоэмульсификацию без или с имплантацией интраокулярной линзы, круговое или локальное эписклеральное пломбирование. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).**

Комментарии: *В ходе микроинвазивной витрэктомии, при наличии показаний, могут быть выполнены мембранопилинг, ретиномия, эндолазеркоагуляция сетчатки, эндодиатермокоагуляция, эндотампонада офтальмологическим газом, перфторорганическим соединением, силиконовым маслом и иные манипуляции. Подготовка пациента к хирургическому вмешательству осуществляется совместно с терапевтом. При необходимости назначают консультацию кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы).*

Врач, направляющий больного на витреальное вмешательство, должен обращать внимание на несколько моментов:

- *степень выраженности патологических изменений - для прогнозирования функционального результата операции;*
- *при кровоизлиянии в стекловидное тело необходимо оценить выраженность*

геморрагии (небольшое кровоизлияние, не затрудняющее проведение лазерного лечения и не приводящее к инвалидизации, не является показанием к операции);

- адекватность ранее выполненной лазерной коагуляции сетчатки (кровоизлияния могут возникать по причине недостаточной коагуляции);

- острота зрения другого глаза (витреоретинальное вмешательство можно рекомендовать раньше при инвалидизации пациента из-за низкой остроты зрения на другом глазу);

- тяжесть общего заболевания, предполагаемая продолжительность жизни пациента, риск анестезии.

- **Рекомендуется** удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости (в условиях операционной; под местной анестезией с использованием глазных капель местных анестетиков, при необходимости с пара- или ретробульбарной инъекцией местных анестезирующих средств, при необходимости с использованием сочетанной анестезии; в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации), после обработки кожи век, области вокруг глаз и глазной поверхности, антисептиками и дезинфицирующими средствами (включая препараты йода) с использованием противомикробных и противовоспалительных препаратов, при необходимости с сопутствующими манипуляциями, включая повторную тампонаду витреальной полости (перфторорганическим или иным высокомолекулярным соединением), эндовитреальную замену перфторорганического соединения на силикон, эндовитреальное введение воздуха, силикона, мембранопилинг, экстракцию хрусталика и/или факоэмульсификацию без или с имплантацией интраокулярной линзы, эндолазеркоагуляцию пациентам с ПОРП в отдаленном периоде после операции витрэктомии с целью предотвращения осложнений, связанных с чрезмерно длительной эндотампонадой силиконовым маслом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *продолжительность эндотампонады витреальной полости силиконовым маслом устанавливает врач на основе результатов динамического наблюдения пациента. Решение о необходимости повторной эндотампонады*

витреальной полости принимает врач на основе оценки состояния глаза пациента, риска рецидива кровоизлияния, отслойки сетчатки и др.

3.3 Лазерное лечение

- **Рекомендуется** на стадии ПОРП с наличием ишемии сетчатки на периферии, превышающей 10 площадей ДЗН, в случае невозможности регулярного мониторинга пациента, с целью подавления экспрессии VEGF и профилактики развития неоваскуляризации, стабилизации или повышения максимальной корригированной остроты зрения проведение панретинальной лазерной коагуляции под местной анестезией (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) [3, 11, 46]. **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

Комментарии: *Стандартная панретинальная лазеркоагуляция обычно осуществляется за несколько сеансов. Сеансы панретинальной лазеркоагуляции могут проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях при максимальном медикаментозном мидриаза [3].*

- **Рекомендуется** на стадии ПОРП с целью подавления неоваскуляризации, стабилизации или повышения максимальной корригированной остроты зрения панретинальная лазерная коагуляция под местной анестезией (с использованием раствора местного анестетика) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации), возможно, в сочетании с интравитреальным введением средства, препятствующего новообразованию сосудов (см. раздел Хирургическое лечение), [3, 6, 44, 45]. **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

Комментарии: *у панретинальной лазеркоагуляции сетчатки существуют определенные побочные эффекты. Поэтому этот метод лазерного лечения выполняется, как правило, тогда, когда уже имеются новообразованные сосуды, или риск их появления крайне высок. Вероятность развития слепоты при появлении новообразованных сосудов настолько высока, что оправдывает применение лазерного лечения, несмотря на побочные эффекты.*

Панретинальную лазерную коагуляцию сетчатки обычно начинают с нижних отделов средней периферии, так как эти зоны могут стать недоступными в случае возникновения кровоизлияния в стекловидное тело. Далее лазерное воздействие продолжают, нанося коагуляты на всю поверхность средней периферии глазного дна от височных сосудистых аркад. При наличии ПОРП с неоваскуляризацией радужки и/или угла передней камеры глаза необходимо коагулировать также крайние периферические отделы сетчатки.

Показанием к незамедлительному проведению панретинальной лазеркоагуляции является ПОРП в сочетании с факторами высокого риска снижения зрения:

- *Неоваскуляризацией сетчатки, размер которой превышает 1/2 площади ДЗН.*
- *Неоваскуляризацией ДЗН, размер которой превышает 1/3 площади ДЗН.*
- *Наличием витреальной или преретинальной геморрагии.*

- **Рекомендуется** при наличии ПОМО при окклюзии височных ветвей ЦВС с целью стабилизации или повышения корригированной остроты зрения проведение фокальной лазерной коагуляции глазного дна под местной анестезией (с использованием раствора местного анестетика) в условиях медикаментозного мидриаза (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации), в том числе в сочетании с интравитреальными введениями средств, препятствующих новообразованию сосудов, или глюкокортикоидов для местного применения (см. раздел Хирургическое лечение) [7, 16, 26, 39]. **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).**

Комментарии: *при наличии МО наибольший эффект от лазерного лечения (фокальной или по типу «решетки» лазерной коагуляции сетчатки) ожидается в случае исходной центральной толщины сетчатки не более 350 мкм. В остальных случаях лазерное лечение ПОМО существенно уступает по функциональному результату средствам, препятствующим новообразованию сосудов (ингибиторами ангиогенеза). ЛКС по типу «решетки» не показана при МО вследствие окклюзии ЦВС и используется только при окклюзии ветви ЦВС. В настоящее время фокальную ЛКС следует рассматривать только как лечение второй линии [39].*

- **Рекомендуется** проведение фокальной лазерной коагуляции ретинальных новообразованных сосудов, сохраняющих активность несмотря на ранее проведенную панретиальную лазерную коагуляцию с целью их прямого разрушения и стабилизации максимальной корригированной остроты зрения под местной анестезией (с использованием антихолинергических средств и симпатомиметиков (исключая противоглаукомные препараты), включая фиксированные комбинации) [39].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.4 Диетотерапия

Комментарии: питание должно быть частью терапевтического плана и должно способствовать достижению метаболических целей. Рекомендации по диетотерапии формируются врачом терапевтического профиля (терапевтом, или врачом общей практики, или эндокринологом) в рамках ведения основного заболевания.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- **Рекомендуется** применение средств оптической коррекции слабовидения (очки, в том числе с дополнительным увеличением и встроенными монокулярами, специальные средства для получения информации для инвалидов с нарушением зрения) пациентам со слабовидением с целью повышения зрительных функций, качества жизни и социальной адаптации [39]. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** всем пациентам с ОВС общее обследование для выявления известных факторов риска возникновения и прогрессирования окклюзий вен сетчатки (артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая патология, сахарный

диабет и др.), уведомление врача общей практики и/или других специалистов о развитии заболевания и необходимости диагностики и контроля сопутствующей патологии, изменение образа жизни (соблюдение диеты, сохранение двигательной активности). [3, 9, 12, 26, 39]. **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

- **Рекомендуется** всем пациентам с окклюзией ветви ЦВС при первичном обследовании выполнить визометрию, биомикроскопию, офтальмотонометрию, ОКТ, ФАГ для оценки и локализации зон неперфузии и степени выраженности макулярной ишемии [3, 26]. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**
- **Рекомендуется** пациентам с неишемической окклюзией ветви ЦВС даже если нет снижения остроты зрения выполнять наблюдение не реже одного раза в три месяца по крайней мере, в течение первых шести месяцев с оценкой остроты зрения, биомикроскопией, ОКТ и иногда ФАГ. При стабилизации процесса наблюдение следует продолжать каждые 6 месяцев. При выявлении снижения остроты зрения следует оценить состояние МЗ (МО, развитие ишемии), а затем начинать лечение препаратами, рекомендованными в качестве средств первой линии (ежемесячные инъекции одного из ингибиторов ангиогенеза в течение 3-6 месяцев или интравитреального имплантата с дексаметазоном). Если нет возможности использования указанных лекарственных средств, использовать лечение второй линии (ЛКС по типу «решетки») [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** пациентам с окклюзией ветви ЦВС при наличии МО и/или зон неперфузии сетчатки в периферических отделах, даже если нет снижения остроты зрения выполнять ежемесячное наблюдение по крайней мере, в течение первых трех месяцев с оценкой остроты зрения, биомикроскопией, ОКТ и иногда ФАГ. При стабилизации процесса наблюдение следует продолжать каждые 3 месяца. При выявлении снижения остроты зрения следует оценить состояние МЗ (МО, развитие ишемии), а затем начинать лечение препаратами, рекомендованными в качестве средств первой линии (ежемесячные инъекции одного из ингибиторов ангиогенеза в течение 3-6 месяцев или интравитреального имплантата с дексаметазоном). Указанное лечение возможно сочетать с выполнением ПРЛКС в зонах неперфузии на периферии глазного дна. Если нет возможности использования указанных

лекарственных средств, использовать лечение второй линии (ЛКС по типу «решетки»). При выявлении неоваскуляризации – выполнение стандартной ПРЛКС [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** всем пациентам с окклюзией ЦВС при первичном обследовании выполнить визометрию, биомикроскопию, офтальмотонометрию, офтальмоскопию, ОКТ, ФАГ для оценки и локализации зон неперфузии и степени выраженности макулярной ишемии [3, 26]. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**
- **Рекомендуется** всем пациентам с окклюзией ЦВС при максимальной скорректированной остроте зрения 0,5 и выше ежемесячное наблюдение, по крайней мере, в течение первых трех месяцев с выполнением визометрии, биомикроскопии, офтальмотонометрией, офтальмоскопией, ОКТ, а иногда и ФАГ. При стабилизации процесса – осмотры каждые 2 месяца в течение как минимум 1 года [3, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** всем пациентам с окклюзией ЦВС при максимальной скорректированной остроте зрения ниже 0,5 ежемесячное наблюдение, по крайней мере, в течение первых трех месяцев с выполнением визометрии, биомикроскопии, офтальмотонометрией, офтальмоскопией, ОКТ, а иногда и ФАГ. При стабилизации процесса – осмотры каждые 2 месяца в течение как минимум 1 года. Необходимо оценивать состояние МЗ на предмет наличия МО и/или ишемии. При выявлении МО назначить лечение с использованием препаратов первой линии (ежемесячные инъекции одного из ингибиторов ангиогенеза в течение 3-6 месяцев или при наличии показаний интравитреального имплантата с дексаметазоном). При наличии обширных зон ишемии сетчатки на периферии, указанное лечение возможно сочетать с выполнением ПРЛКС в зонах, соответствующих капиллярной неперфузии. При выявлении неоваскуляризации – выполнение стандартной ПРЛКС [3, 26, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Таблица 2. Частота офтальмологических осмотров пациентов с ОВС и ПОРП [26]

Особенности клинической картины	Частота осмотра
Неишемическая ОВС без МО	не реже 1 раза в 3 месяца первые ½ года и затем не реже 1 раза в 6 месяцев до стабилизации процесса
Неишемическая ОВС с МО / ишемическая ОВС с локализацией зон неперфузии на периферии глазного дна	не реже 1 раза в месяц при выполнении интравитреальных инъекций и затем не реже 1 раза в три месяца до стабилизации процесса
Ишемическая ОВС без МО	не реже 1 раза в месяц первые ½ года при ОЦВС и 3 месяца при ОВЦВС и затем не реже 1 раза в три месяца при ОЦВС и 1 раза в 6 месяцев при ОВЦВС до стабилизации процесса
Ишемическая ОВС с МО	не реже 1 раза в месяц при выполнении интравитреальных инъекций и затем не реже 1 раза в три месяца до стабилизации процесса
ПОРП без МО	по показаниям, но не менее 2 раз в год
ПОРП с МО	не реже 1 раза в 6 месяцев
Пролиферативная ПОРП со стабильным течением после лазерной коагуляции сетчатки	не реже 1 раза в 6 месяцев

6. Организация оказания медицинской помощи

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-офтальмологом в поликлиническом отделении медицинской организации.

Проведение лечения (лазерных вмешательств, интравитреальных введений лекарственных препаратов или витреальной хирургии) проводится врачом-офтальмологом в амбулаторных условиях, или в условиях дневного стационара, или в условиях круглосуточного стационара.

Показание для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- необходимость выполнения интравитреальных введений лекарственных препаратов или витреоретинальных хирургических вмешательств при невозможности проведения лечения в амбулаторных условиях.

Показание для неотложной госпитализации в медицинскую организацию:

- эндофтальмит как осложнение интравитреального введения лекарственных препаратов.

Показание к выписке пациента из медицинской организации:

1) завершение лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;

2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара;

3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Пациент должен владеть информацией о необходимости нормализации уровня артериального давления, гликемии и показателей липидного обмена. Также необходимо настроить пациента на неукоснительное соблюдение всех назначений специалистов (офтальмолога, кардиолога, терапевта, врача общей практики, эндокринолога, нефролога и т.д.).

Важно акцентировать внимание пациента с окклюзией вен сетчатки на необходимость осмотра офтальмологом не реже 2 раз в год даже при отсутствии жалоб со стороны органа зрения, а также безотлагательность обращения к офтальмологу при появлении жалоб со стороны органа зрения.

В случае наличия осложнений окклюзий вен сетчатки со стороны глаз надо разъяснить пациенту рекомендуемую кратность обследования у офтальмолога в зависимости от тяжести изменений, а также необходимость внеплановых осмотров при появлении любых новых зрительных расстройств.

Необходимо обсудить выявленные офтальмологом изменения со стороны глаз с врачами иных специальностей, курирующих пациента (кардиолог, терапевт, врач общей практики, эндокринолог, нефролог, хирург и т.д.).

Необходимо информировать пациентов, что эффективность лечения окклюзий вен сетчатки и их осложнений зависит от своевременности ее начала даже при отсутствии субъективных жалоб со стороны органа зрения.

В случае необратимой слепоты или слабовидения пациент должен владеть полной информацией о возможностях профессиональной, социальной, психологической реабилитации.

В случае применения метода интравитреального введения лекарственных средств необходимо обсудить с пациентом следующие моменты:

Перспективы лечения при помощи интравитреального введения лекарственных препаратов у пациентов с окклюзиями вен сетчатки зависят от своевременного начала лечения, и соблюдения оптимального режима инъекций в соответствии с инструкцией к препарату и клиническими рекомендациями на основе данных регулярного мониторинга.

Важно предупреждать пациентов, получающих интравитреальные инъекции, о необходимости незамедлительно сообщать о симптомах, при наличии которых можно заподозрить внутриглазное воспаление (эндофтальмит): боль в глазу или увеличение неприятных ощущений в глазу, усиление покраснения глаза, нечеткости или снижения зрения, увеличение светочувствительности, увеличение числа «летающих мушек» в поле зрения.

В случае проведения лазеркоагуляции сетчатки необходимо обсудить с пациентом следующие моменты:

- необходимость повторных осмотров и дополнительного лазерного лечения;
- панретинальная лазерная коагуляция сетчатки уменьшает риск слабовидения и слепоты, но может иметь побочные эффекты;
- лазерное лечение часто ухудшает периферическое зрение, кроме того, оно может умеренно снизить центральное зрение, но эти побочные эффекты лазеркоагуляции компенсируются долгосрочным снижением риска слабовидения и слепоты;
- у некоторых пациентов, несмотря на проводимое лазерное лечение, может возникнуть кровоизлияние в витреальную полость, которое происходит вследствие течения окклюзий вен сетчатки, а не вызывается лазером (в этом случае пациенту может потребоваться дополнительное лазерное или оперативное лечение).

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 3.

№	Критерии качества	Оценка выполнения
•	Выполнена визометрия	Да/Нет
•	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет

№	Критерии качества	Оценка выполнения
•	Выполнена биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия в условиях мидриаза	Да/Нет
•	Выполнена панретинальная лазерная коагуляция и/или фокальная лазерная коагуляция глазного дна, и/или интравитреальное введение лекарственных средств, препятствующих новообразованию сосудов, или глюкокортикоидов для местного применения (дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения), и/или ферментного препарата (проурокиназы), и/или проведено витреоретинальное хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
•	Достигнута стабилизация или повышение максимально скорректированной остроты зрения	Да/Нет
•	Достигнута стабилизация или уменьшение клинических симптомов диабетической ретинопатии	Да/Нет

Список литературы

1. Астахов Ю.С., Титаренко А.И., Тульцева С.Н., Астахов С.Ю., Тахтаев Ю.В., Новиков С.А., Тургель В.А. Системные факторы риска окклюзии вен сетчатки у лиц молодого и среднего возраста // Артериальная гипертензия. - 2018. - Т. 24. № 6. С. 666-673.
2. Астахов Ю.С., Тульцева С.Н. Роль воспаления в патогенезе посттромботического макулярного отека. Современные направления медикаментозного лечения // Офтальмологические ведомости. – 2012. - Т.V, №4. – С.35-44.
3. Астахов Ю.С., Тульцева С.Н., Гацу М.В., Шадричев Ф.Е., Измайлов А.С., Лисочкина А.Б., Нечипоренко П.А. Окклюзии вен сетчатки. Методические рекомендации / Под редакцией Ю.С. Астахова, С.Н. Тульцевой. Санкт-Петербург, 2017. – 82 с.
4. Будзинская М.В., Мазурина Н.К., Егоров А.Е., Куроедов А.В. и др. Алгоритм ведения пациентов с ретинальными венозными окклюзиями. Сообщение 1. Классификация, диагностика и лечение пациентов в острый период // Вестник офтальмологии. – 2015. – Т. №6. – С.51-56.
5. Будзинская М.В., Мазурина Н.К., Егоров А.Е., Куроедов А.В. и др. Алгоритм ведения пациентов с ретинальными венозными окклюзиями. Сообщение 2. Макулярный отек // Вестник офтальмологии. – 2015. – Т. №6. – С.57-66.
6. Будзинская М.В., Мазурина Н.К., Егоров А.Е., Куроедов А.В. и др. Алгоритм ведения пациентов с ретинальными венозными окклюзиями. Сообщение 3. Неоваскулярные осложнения // Вестник офтальмологии. – 2015. – Т. №6. – С.67-75.
7. Мальцев Д.С., Куликов А.Н., Бурнашева М.А. Селективная панретинальная лазерная коагуляция при ишемических окклюзиях центральной вены сетчатки // Вестник офтальмологии. 2020. Т. 136. № 6-2. С. 147-154.
8. Мошетьова Л.К., Ушарова С.А., Симонова С.В., Туркина К.И. Современные представления об особенностях эпидемиологии окклюзии ретинальных вен // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2021. Т. 21. № 2. С. 86-89.
9. Офтальмология: национальное руководство / ред. С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетьова, В.В.Нероев, Х.П. Тахчиди. – 2ое изд – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 904с. – (Серия «Национальное руководство»).
10. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1491 н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при тромбозе вен сетчатки».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. N 786н "О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета" (с изменениями и дополнениями) : (зарегистрировано в Минюсте РФ 30 декабря 2008 г., рег. номер 13056).
12. Руководство по клинической офтальмологии / ред. А.Ф. Бровкина, Ю.С. Астахов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 955с.
13. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность": [постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 (ред. от 10.06.2016). : зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010, рег.номер 18094]. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. — 255 с. ISBN 978—5—7508—0925—7.
14. Тульцева С.Н., Астахов Ю.С., Титаренко А.И., Руховец А.Г. Суточный профиль артериального давления у пациентов с окклюзией вен сетчатки молодого и среднего возраста // Артериальная гипертензия. - 2017. - Т. 23. № 2. - С. 122-130.
15. Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице. Методические рекомендации N 2001/144 : (утв. Минздравом РФ 09.11.2001).
16. A randomized clinical trial of early panretinal photocoagulation for ischemic central vein occlusion. The Central Vein Occlusion Study Group N report. *Ophthalmology*. 1995 Oct; 102(10):1434–1444.
17. Boyer D, Heier J, Brown DM, Clark WL, Vit- ti R, Berliner AJ, et al. Vascular endothelial growth factor Trap-Eye for macular edema secondary to central retinal vein occlusion: six-month results of the phase 3 COPERNICUS study. *Ophthalmology*. 2012 May; 119(5):1024–3102.
18. Brown DM, Campochiaro PA, Bhisitkul RB, Ho AC, Gray S, Saroj N, et al. Sustained benefits from ranibizumab for macular edema following branch retinal vein occlusion: 12-month outcomes of a phase III study. *Ophthalmology*. 2011 Aug;118(8):1594–1602.
19. Brown DM, Campochiaro PA, Singh RP, Li Z, Gray S, Saroj N, Rundle AC, Rubio RG, Murahashi WY, CRUISE Investigators: Ranibizumab for macular edema following central retinal vein occlusion: six-month primary end point results of a phase III study. *Ophthalmology* 2010;117:1124–1133.

20. Brown DM, Heier JS, Clark WL, Boyer DS, Vitti R, Berliner AJ, et al. Intravitreal aflibercept injection for macular edema secondary to central retinal vein occlusion: 1-year results from the phase III COPERNICUS study. *Am J Ophthalmol*. 2013;155:429-437.
21. Brown DM, Heier JS, Clark WL, et al. Intravitreal aflibercept injection for macular oedema secondary to central retinal vein occlusion: 1-year results from the phase 3 COPERNICUS Study. *Am J Ophthalmol* 2013; 155(3):429 – 437.
22. Campochiaro PA, Brown DM, Awh CC, Lee SY, Gray S, Saroj N, et al. Sustained benefits from ranibizumab for macular edema following central retinal vein occlusion: twelve-month outcomes of a phase III study. *Ophthalmology*. 2011 Oct;118(10):2041–2049.
23. Campochiaro PA, Heier JS, Feiner L, Gray S, Saroj N, Rundle AC, et al: Ranibizumab for macular edema following branch retinal vein occlusion: Six-month primary end point results of a phase III study. *Ophthalmology*. 2010;117:1102-1112.
24. Campochiaro PA, Sophie R, Pearlman J, Brown DM et al for the RETAIN Study Group. Long-term outcomes in patients with retinal vein occlusion treated with ranibizumab. *Ophthalmology* 2014; 121:209 – 219.
25. Clark WL, Boyer DS, Heier JS et al. Intravitreal Aflibercept for Macular Edema Following Branch Retinal Vein Occlusion: 52-Week Results of the VIBRANT Study. *Ophthalmology*. 2016 Feb;123(2):330-6.
26. Coscas G, Loewenstein A, Augustin FV, Parodi MB et al. Management of Retinal Vein Occlusion Consensus Document // *Ophthalmologica*. – 2011. – Vol. 226. – P. 4-28.
27. Haller JA, Bandello F, Belfort R Jr, Blumenkranz MS, Gillies M, Heier J, Loewenstein A, Yoon YH, Jiao J, Li XY, Whitcup SM, OZURDEX GENEVA Study Group, Li J. Dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema related to branch or central retinal vein occlusion twelve-month study results // *Ophthalmology* 2011; 118(12):2453 – 60.
28. Haller JA, Bandello F, Belfort R Jr, Blumenkranz MS, Gillies M, Heier J, Loewenstein A, Yoon YH, Jacques ML, Jiao J, Li XY, Whitcup SM; OZURDEX GENEVA Study Group. Randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema due to retinal vein occlusion. *Ophthalmology*. 2010 Jun;117(6):1134-1146.e3. doi: 10.1016/j.ophtha.2010.03.032.
29. Hayreh SS, Klugman MR, Beri M, Kimura AE, Podhajsky P: Differentiation of ischemic from non-ischemic central retinal vein occlusion during the early acute phase. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1990;228:201–217.

30. Heier JS, Campochiaro PA, Yau L, et al. Ranibizumab for macular oedema due to retinal vein occlusions: long-term follow-up in the HORIZON trial // *Ophthalmology* 2012; 119(4):802 – 809.
31. Heier JS, Clark WL, Boyer DS et al. Intravitreal aflibercept injection for macular edema due to central retinal vein occlusion: two-year results from the COPERNICUS study // *Ophthalmology*. 2014 Jul;121(7):1414-1420.
32. Holz FG, Roider J, Ogura Y, et al. VEGF Trap-Eye for macular oedema secondary to central retinal vein occlusion: 6-month results of the phase III GALILEO study // *Br J Ophthalmol* 2013; 97(3):278 – 284.
33. Klein R, Klein BE, Moss SE, Meuer SM. The epidemiology of retinal vein occlusion: the Beaver Dam Eye Study // *Trans. Am Ophthalmol Soc* 2000; 98:133 – 41.
34. Korobelnik JF, Holz FG, Roider J, Ogura Y, Simader C, Schmidt-Erfurth U, et al.; GALILEO Study Group. Intravitreal aflibercept injection for macular edema resulting from central retinal vein occlusion: one-year results of the phase III GALILEO study. *Ophthalmology*. 2014 Jan;121(1):202–208.
35. Larsen M, Waldstein SM, Boscia F, Gerding H, Monés J, Tadayoni R, et al.; CRYSTAL Study Group. Individualized ranibizumab regimen driven by stabilization criteria for central retinal vein occlusion: twelve-month results of the crystal study. *Ophthalmology*. 2016 May;123(5):1101–1111.
36. Ogura Y, Roider J, Korobelnik JF, Holz FG, Simader C, Schmidt-Erfurth U, et al.; GALILEO Study Group. Intravitreal aflibercept for macular edema secondary to central retinal vein occlusion: 18-month results of the phase III GALILEO study. *Am J Ophthalmol*. 2014 Nov;158(5):1032–1038.
37. Pichi F, Specchia C, Vitale L, Lembo A, Morara M, Veronese C, et al. Combination therapy with dexamethasone intravitreal implant and macular grid laser in patients with branch retinal vein occlusion. *Am J Ophthalmol*. 2014;157:607-615.
38. Pommier S, Meyer F, Guigou S., Barthelemy T, Gobert F, Hajjar C, Merite PY, Parrat E, Rouhette H, Matonti F Long-Term Real-Life Efficacy and Safety of Repeated Ozurdex® Injections and Factors Associated with Macular Edema Resolution after Retinal Vein Occlusion: The REMIDO 2 Study. *Ophthalmologica*. 2016;236(4):186-192. doi: 10.1159/000452896.
39. Schmidt-Erfurth U, Garcia-Arumi J, Gerendas BS, Mídena E, Sivaprasad S, Tadayoni R, Wolf S, Loewenstein A. Guidelines for the Management of Retinal Vein Occlusion by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). *Ophthalmologica*. 2019;242(3):123-162. doi: 10.1159/000502041.

40. Singer MA, Jansen ME, Tyler L, Woods P, Ansari F, Jain U, et al. Long-term results of combination therapy using anti-VEGF agents and dexamethasone intravitreal implant for retinal vein occlusion: an investigational case series. *Clin Ophthalmol.* 2016 Dec;11:31–38.
41. Stefansson E. Physiology of vitreous surgery. *Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol.* 2009; 247:147–163.
42. Tadayoni R, Waldstein SM, Boscia F, Gerding H, Gekkieva M, Barnes E, et al.; BRIGHTER Study Group. Sustained benefits of ranibizumab with or without laser in branch retinal vein occlusion: 24-month results of the brighter study. *Ophthalmology.* 2017 Dec; 124(12):1778–1787.
43. Tan MH, McAllister IL, Gillies ME, Verma N, Banerjee G, Smithies LA, et al. Randomized controlled trial of intravitreal ranibizumab versus standard grid laser for macular edema following branch retinal vein occlusion. *Am J Ophthalmol.* 2014;157:237-247.
44. The Branch Vein Occlusion Study Group. Argon laser photocoagulation for macular edema in branch vein occlusion // *Am J Ophthalmol* 1984; 15; 98(3):271 – 82.
45. The Central Vein Occlusion Study Group. A randomized clinical trial of early panretinal photocoagulation for ischemic central vein occlusion – N report. *Ophthalmology* 1995. - 102:1434-1444.
46. Tultseva SN, Astakhov YS, Novikov SA, Nechiporenko PA, Lisochkina AB, Ovnanyan AY, Astakhov SY Alternative ways to optimize treatment for retinal vein occlusion with peripheral capillary non-perfusion: a pilot study // *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.* 2017. T. 80. № 4. C. 224-228.
47. Yap TE, Husein S, Miralles de Imperial-Ollero JA, Colizzi B, Cordeiro MF, Younis S The efficacy of dexamethasone implants following anti-VEGF failure for macular oedema in retinal vein occlusion. *Eur J Ophthalmol.* 2020 Dec 27:1120672120978355. doi: 10.1177/1120672120978355.
48. Yiu G, Welch RJ, Wang Y, Wang Z, Wang PW, Haskova Z. Spectral-Domain OCT Predictors of Visual Outcomes after Ranibizumab Treatment for Macular Edema Resulting from Retinal Vein Occlusion. *Ophthalmol Retina.* 2020 Jan;4(1):67-76. doi: 10.1016/j.oret.2019.08.009.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Астахов Ю.С.**, руководитель группы, д.м.н., профессор кафедры офтальмологии с клиникой ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Вице-президент ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
2. **Тульцева С.Н.**, д.м.н., профессор кафедры офтальмологии с клиникой ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
3. **Лисочкина А.Б.**, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с клиникой ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
4. **Измайлов А.С.**, д.м.н., профессор каф. офтальмологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ России, член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
5. **Шадричев Ф.Е.**, к.м.н., заведующий офтальмологическим отделением Санкт-Петербургского территориального диабетологического центра СПбГБУЗ «ГКДЦ №1», ассистент кафедры офтальмологии с клиникой ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
6. **Бровкина А.Ф.**, академик РАН, ЗДН РФ, д.м.н., проф. кафедры офтальмологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ России, член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
7. **Гацу М.В.**, д.м.н., профессор, заместитель директора по организационно-клинической работе СПб филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, член ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-офтальмологи

- Врачи общей врачебной практики (семейной медицины)

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных; анализ современных научных разработок по проблеме ОВС и ПОРП в России и за рубежом; обобщение практического опыта российских и зарубежных специалистов. Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE, а также монографии и статьи в ведущих специализированных рецензируемых отечественных медицинских журналах по данной тематике. Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус экспертов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референтным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референтным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референтным методом или исследования с референтным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УД Д	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа

2	Отдельные рандомизированные клинические исследований и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и

доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Актуальные инструкции к лекарственным препаратам, упоминаемым в данных клинических рекомендациях, можно найти на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru>

Таблица 1. Доза, путь введения и режимы применения лекарственных препаратов

Препарат	Доза	Путь введения	Режим
Ранибизумаб	0,5 мг (0,05 мл)	Интравитреальное введение	Лечение начинают с одной инъекции в месяц и продолжают до достижения максимальной стабильной остроты зрения и/или до исчезновения признаков и симптомов активности заболевания, т.е. отсутствия изменения остроты зрения и других признаков и симптомов заболевания на фоне продолжающегося лечения. Стабилизация заболевания определяется как отсутствие улучшения остроты зрения и/или анатомических параметров сетчатки в течение одного месяца после последней ежемесячной инъекции. Для достижения стабилизации заболевания изначально может потребоваться 3 или более последовательные ежемесячные инъекции. После достижения стабилизации заболевания на фоне ежемесячного введения препарата периодичность контрольных осмотров и временной интервал между инъекциями устанавливает врач в зависимости от активности заболевания, оцениваемой по остроте зрения и/или анатомическим параметрам. В случае, если по мнению врача, основанном на оценке остроты зрения и анатомических параметров сетчатки, нет улучшения от проводимого лечения, терапию следует прекратить. При использовании режима «лечение и продление» после достижения максимальной остроты зрения и/или при отсутствии признаков активности заболевания возможно поэтапное

			увеличение интервалов между введением препарата до повторного снижения остроты зрения или возникновения признаков активности заболевания. При лечении ПОМО возможно поэтапное увеличение интервалов, однако на данный момент недостаточно данных для определения величины интервалов. При реактивации заболевания укорочение интервалов следует производить с тем же шагом, что и удлинение.
Афлиберцепт	2 мг (0,05 мл)	Интравитреальное введение	Интравитреальные инъекции 2 мг (0,05 мл), ежемесячно, до достижения максимально высокой остроты зрения и полной резорбции макулярного отека. Для этого необходимо выполнение трех и более ежемесячных интравитреальных инъекций. Для поддержания достигнутого эффекта терапия может быть продлена в режиме «лечить и увеличивать интервал». Терапия может сочетаться с выполнением лазерной коагуляцией сетчатки. Лечение следует прекратить, если на фоне терапии не наблюдается улучшения остроты зрения и уменьшения макулярного отека
Дексаметазон в виде имплантата для интравитреального введения	0,7 мг	Интравитреальное введение	Препарат представляет собой имплантат в аппликаторе, предназначенный строго для однократного интравитреального введения. Введение препарата должно проводиться квалифицированным офтальмологом, обладающим опытом интравитреальных инъекций. Рекомендуемая доза - один имплантат, вводимый интравитреально в пораженный глаз. Одновременное введение препарата в оба глаза не рекомендуется. Повторное назначение препарата возможно в случае, если вслед за ответом на лечение наблюдается снижение остроты зрения, и, если, по мнению лечащего врача, польза от повторного назначения превосходит потенциальный риск для здоровья пациента. При сохранении у пациента

			<p>достигнутого в ходе лечения улучшения остроты зрения, повторное назначение не требуется. Также препарат Озурдекс не следует вводить повторно пациентам с ухудшением остроты зрения, не замедлившимся после применения препарата. Данные о повторном применении препарата с интервалом менее 6 месяцев с даты первой инъекции ограничены. Информация о текущем опыте повторного введения более чем 2 имплантатов в задний отрезок глаза при макулярном отеке вследствие окклюзии центральной вены сетчатки или ее ветвей представлена в разделе «Побочное действие».</p> <p>Необходимо наблюдение за пациентом после инъекции для обеспечения своевременной терапии в случае развития инфекции или повышения ВГД. Эффект от лечения после однократной инъекции наблюдается уже с 30 дня, достигает максимума на 60 день и остается статистически значимым до 90 дня с даты инъекции. Показано, что эффект препарата Озурдекс по предотвращению потери зрения численно превосходит эффект плацебо в течение 6 месяцев с даты инъекции.</p>
--	--	--	---

2. Международная [классификация](#) болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (МКБ-10). Всемирная организация здравоохранения.

3. [Номенклатура](#) медицинских услуг. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 ФЗ.

5. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты. Приказ Министерства здравоохранения России от 12.11.2012 № 902н «Об утверждении Порядка оказания

медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

6. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год. Распоряжение Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. N 2738-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ 24.12.2012 № 1491 н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при тромбозе вен сетчатки»

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. № 786н "О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета" (с изменениями и дополнениями).

10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность": [постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 (ред. от 10.06.2016). : зарегистрировано в Министерстве юстиции России 09.08.2010, рег.номер 18094]. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. — 255 с. ISBN 978— 5—7508—0925— 7.

11. Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице. Методические рекомендации № 2001/144: (утв. Министерством здравоохранения РФ 09.11.2001).

Приложение Б. Алгоритмы действий врача [26]



Приложение В. Информация для пациентов

С целью профилактики развития сосудистых заболеваний сетчатки необходимо регулярно проходить диспансеризацию, позволяющую выявить основные факторы риска ОВС (артериальную гипертензию, дислипидемию, гипергликемию и др.). Необходимо соблюдать рекомендации специалистов и правила приема назначенных лекарственных средств.

Плановые осмотры офтальмолога должны проводиться не реже одного раза в год, особенно при наличии артериальной гипертензии и сахарного диабета.

При появлении жалоб на внезапное безболезненное снижение зрения на одном глазу, появление перед глазом «пятна» или «искажений» необходимо неотложно обратиться к офтальмологу. Снижению зрения могут предшествовать тупые боли в области орбиты, кратковременные эпизоды снижения зрения, изменения величины изображения, искривления линий и предметов. Наиболее часто жалобы возникают после утреннего пробуждения или после резких изменений уровня артериального давления.

Окклюзия вен сетчатки – это проявление общей сердечно-сосудистой патологии, свидетельствующее о явной нестабилизации основного заболевания. Лечение и обследование, как правило, проводятся в амбулаторных условиях и продолжаются около двух лет. Следует понимать, что несмотря на острое начало, заболевание носит длительный, хронический характер и склонно к прогрессированию и ухудшению зрительных функций даже при своевременно назначенном и адекватном лечении.

Успех терапии зависит от степени компенсации сопутствующей патологии и своевременности начала интравитреальных инъекций. Лечение является курсовым, оно приостанавливается или прекращается только при достижении стабилизации заболевания. Пациенту следует информировать лечащего врача-офтальмолога в случае невозможности соблюдения рекомендованного режима обследования и лечения. Это поможет врачу выбрать нужную тактику лечения.

Целью лечения является не восстановление проходимости пораженного сосуда сетчатки (это практически невозможно), а устранение симптомов заболевания, ухудшающих зрение.

Пациенты, получающие интравитреальные инъекции лекарственных препаратов, должны четко соблюдать рекомендации лечащего врача и информировать его при появлении новых жалоб (снижение зрения после инъекции, появления боли в области глаза или орбиты или выделений из глазной щели).

Лазерное лечение при этом заболевании не направлено на улучшение остроты зрения. Целью выполнения лазерной коагуляции сетчатки является профилактика и лечение осложнений, которые могут привести к гибели глаза как органа. Целесообразность и сроки выполнения лазерной коагуляции сетчатки определяет лечащий врач, иногда для принятия решения необходимо дополнительное обследование.

Лазерное лечение, как правило, состоит из нескольких сеансов, кратность и объем которых устанавливает врач. Внутриглазные кровоизлияния, возникающие во время или после лазеркоагуляции, связаны с особенностями течения заболевания сетчатки, а не с проводимым лазерным лечением, и, могут потребовать дополнительных этапов лазерного воздействия, а иногда и оперативного вмешательства.

Пациентам, перенесшим окклюзию вен сетчатки, необходимо регулярно контролировать внутриглазное давление (в первый год заболевания не реже 1 раз в 2 месяца, затем не реже двух раз в год). Отсутствие предметного зрения на больном глазу не является основанием для прекращения наблюдения и контроля за внутриглазным давлением. В случае, если невидящий глаз покраснел, стал слезиться, болеть, или стала

болеть половина головы со стороны слепого глаза – необходимо срочно обратиться к офтальмологу.

Пациентам с окклюзией вен сетчатки не рекомендуется курить, подвергаться гипертермии (сауна, баня, горячий душ или ванна), чрезмерным физическим и эмоциональным нагрузкам. При этом важно сохранять адекватную возрасту и общему состоянию физическую нагрузку, соблюдать сбалансированную диету с ограничением животных жиров и достаточным употреблением жидкости. Если пациент принимает мочегонные средства, гормональные препараты, перенес сам (или кровные родственники) тромбоэмболические заболевания в возрасте до 50 лет необходимо сообщить об этом врачу, так как это поможет выявить причины возникновения заболевания глаза, снизить риск поражения второго глаза и предотвратить другие сердечно-сосудистые осложнения.