Тракционная отслойка сетчатки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H33.4, H33.5 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Тракционная отслойка сетчатки возникает из-за сокращения пролиферативных мембран и ретракции стекловидного тела; при вторичном разрыве она становится тракционно-регматогенной. Рекомендация посвящена распознаванию заболевания, подтверждению диагноза, выбору лазерной или хирургической тактики и послеоперационному наблюдению.

Главное

- Основные причины ТОС — пролиферативная диабетическая ретинопатия, окклюзия центральной вены сетчатки или ее ветвей, гемофтальм, травма, увеит, вазопролиферативные опухоли и болезнь Илса.
- ТОС классифицируют по локализации и распространенности, этиологии, а также по вариантам, требующим или не требующим хирургического лечения, и по стадиям; отдельно выделяют варианты с захватом и без захвата макулярной области.
- Для ТОС типичны медленно прогрессирующий дефект поля зрения, снижение остроты зрения при вовлечении макулы, плавающие помутнения, «туман» или «пелена», фосфены и метаморфопсии.
- Клинические признаки ТОС: вогнутая отслойка без разрывов, локальный подъём сетчатки в зоне тракции, небольшая высота отслойки, значительно сниженная подвижность сетчатки и отсутствие смещения субретинальной жидкости.
- При появлении разрыва клиническая картина меняется на тракционно-регматогенную отслойку, которая прогрессирует быстрее.
- Без своевременного патогенетического лечения прогноз для зрения неблагоприятен; цель лечения — устранить тракции и добиться частичного или полного анатомического прилегания сетчатки к моменту выписки.

Диагностика

1. Соберите анамнез и жалобы у каждого пациента с подозрением на ТОС для выявления функциональных зрительных расстройств и симптомов, указывающих на длительность заболевания; учитывайте, что жалобы могут отсутствовать в течение продолжительного времени. УУР С, УДД 5.
2. Проведите физикальное обследование при сопутствующих системных заболеваниях и факторах риска осложнений, особенно перед операцией, чтобы выявить противопоказания и снизить риск осложнений. УУР С, УДД 5.
3. Выполните визометрию, офтальмотонометрию и биомикроскопию. Биомикроскопию сначала проводят без мидриаза для выявления ранней неоваскуляризации радужки; затем исследуют глазное дно в условиях медикаментозного мидриаза, предварительно оценив глубину передней камеры. УУР С, УДД 5.
4. Проведите офтальмоскопию или биомикроскопию глазного дна в широком зрачке: оценивают вогнутую конфигурацию отслойки, наличие витреоретинальных мембран, локальный подъём и подвижность сетчатки, а также ретинальные разрывы.
5. Используйте ОКТ для количественной и качественной оценки сетчатки и контроля лечения. При недостаточной прозрачности оптических сред выполните ультразвуковое исследование глазного яблока для оценки витреоретинальных взаимоотношений. УУР С, УДД 5.
6. Статическая периметрия нужна для оценки функции сетчатки и проводящих путей; электрофизиологическое исследование проводят при необъяснимом снижении зрительных функций. УУР С, УДД 5.
7. При планировании лечения выполните общий анализ крови и биохимические исследования, включая глюкозу, HbA1c и показатели липидного обмена; состав обследования уточняют с учетом предполагаемой этиологии и сопутствующих заболеваний. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Консервативная терапия не рекомендуется у пациентов с ТОС для достижения анатомического прилегания сетчатки и предотвращения прогрессирования заболевания ввиду отсутствия эффективности. УУР С, УДД 5.
- Фокальную лазерную коагуляцию глазного дна выполняют после передней витрэктомии или витреошвартэктомии при периферических разрывах, чтобы блокировать их и предупредить регматогенную отслойку. УУР С, УДД 5.
- Эписклеральное круговое или локальное пломбирование показано при периферических разрывах и при передней ПВР стадий С4–С5 для восстановления анатомических взаимоотношений и стабилизации или улучшения корригированной остроты зрения. УУР С, УДД 4.
- Переднюю витрэктомию или витреошвартэктомию проводят при сопутствующем гемофтальме, пролиферативной витреоретинопатии, эпиретинальном фиброзе, множественных или крупных периферических разрывах, макулярном разрыве и других показаниях. УУР С, УДД 5.
- При витреоретинальной операции по показаниям применяют удаление стекловидного тела и пролиферативной ткани, мембранопилинг, эндолазеркоагуляцию или эндодиатермокоагуляцию, а также тампонаду воздухом, газом, перфторорганическим соединением или силиконовым маслом.
- Силиконовое масло удаляют в отдаленном послеоперационном периоде для предупреждения осложнений длительной тампонады. Решение принимают при полной адаптации сетчатки не менее 1 месяца, отсутствии активной пролиферации и тракций, отсутствии свежих преретинальных и интравитреальных кровоизлияний и новых разрывов, наличии состоятельных пигментированных лазеркоагулятов, нормальном внутриглазном давлении и с учетом степени эмульгации масла. УУР С, УДД 4.
- До и после хирургического вмешательства применяют местные противомикробные и противовоспалительные средства; при повышении внутриглазного давления — противоглаукомные препараты и миотики. При необходимости используют системные противомикробные препараты и системные кортикостероиды; длительность лечения определяет врач по клинической картине, особенностям операции и послеоперационного периода.
- В послеоперационном периоде после эписклерального кругового или локального пломбирования обязательна транспупиллярная секторальная лазеркоагуляция сетчатки.
- Эписклеральное круговое или локальное пломбирование, переднюю витрэктомию или витреошвартэктомию проводят под местной анестезией. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Снижение остроты зрения при ТОС, как правило, требует незамедлительного специализированного лечения.
- Плановая госпитализация нужна для выполнения хирургического вмешательства в условиях дневного или круглосуточного стационара.
- Неотложная госпитализация показана при эндофтальмите как осложнении витреоретинального вмешательства.
- При кровоизлиянии в стекловидное тело выполняют УЗИ; при выявлении витреоретинального тракционного синдрома, ТОС или разрыва сетчатки пациента осматривает офтальмолог для решения вопроса о лазерном или хирургическом лечении.
- После операции офтальмолог осматривает пациента один и более раз в течение первого месяца, затем наблюдение по месту жительства проводят каждые 6–12 месяцев; при внезапном снижении зрения или новых жалобах осмотр нужен вне очереди.

Частые вопросы

Чем тракционная отслойка отличается от регматогенной?

ТОС связана с сокращением пролиферативных мембран и ретракцией стекловидного тела; при формировании вторичных разрывов сетчатки отслойка классифицируется как тракционно-регматогенная и прогрессирует быстрее.

Какие признаки позволяют заподозрить именно ТОС?

Характерны вогнутая отслойка без разрывов, локальный подъём сетчатки в зоне тракции, небольшая высота отслойки, значительно сниженная подвижность сетчатки и отсутствие смещения субретинальной жидкости.

Нужно ли лечить ТОС консервативно?

Консервативная терапия не рекомендуется для восстановления прилегания сетчатки и предотвращения прогрессирования, поскольку ее эффективность для этих целей отсутствует.

Когда при ТОС выбирают витрэктомию?

Показания включают гемофтальм, пролиферативную витреоретинопатию, эпиретинальный фиброз, множественные или крупные периферические разрывы, макулярный разрыв и другие показания.

Как наблюдать пациента после лечения?

После операции необходимы осмотры в течение первого месяца, затем — каждые 6–12 месяцев по месту жительства. Внеплановый осмотр нужен при внезапном снижении зрения или появлении новых зрительных симптомов; дополнительно контролируют отторжение пломбы и эмульгацию силиконового масла.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1075-trakcionnaya-otslojka-setchatki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1075_1