Сквозной макулярный разрыв Витреомакулярный тракционный синдром

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

Сквозной макулярный разрыв — приобретённый полнослойный дефект фовеолярной сетчатки; витреомакулярный тракционный синдром связан с неполной задней отслойкой стекловидного тела и тракцией макулы. Главное в рекомендации — подтвердить диагноз и тип разрыва по ОКТ, оценить размер дефекта и своевременно направить пациента на витреоретинальную хирургию.

Главное

- СМР — полнослойный дефект фовеолы от внутренней пограничной мембраны до пигментного эпителия; ВМТС вызывает тракционную деформацию и повреждение макулы.
- СМР делят по размеру: малые — до 250 мкм, средние — 250–400 мкм, большие — более 400 мкм; размер влияет на вероятность закрытия после операции и функциональный прогноз.
- Типичные жалобы при прогрессировании: метаморфопсии, снижение остроты зрения, центральная скотома; сбор жалоб и анамнеза показан всем пациентам с подозрением на СМР. УУР С, УДД 5.
- ОКТ — ключевой метод: отличает сквозной разрыв от ламеллярного и псевдоразрыва, измеряет диаметр, показывает ЗОСТ, «крышечку» и витреомакулярные тракции. УУР С, УДД 5.
- Консервативное лечение пациентам с СМР не рекомендуется. УУР С, УДД 5.
- Основной метод лечения — микроинвазивная витреоэктомия или витреошвартэктомия 23–27G с мембранопилингом и тампонадой по показаниям; цель — закрыть отверстие и стабилизировать или повысить корригированную остроту зрения. УУР В, УДД 3.
- Парный глаз оценивают на каждом визите: риск макулярного разрыва на втором глазу в течение 5 лет после выявления разрыва на первом составляет примерно 10–15%. УУР В, УДД 2.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: метаморфопсии, снижение зрения, центральная скотома, длительность симптомов; уточните возраст, эпиретинальную мембрану, высокую миопию, травму глаза, гидродинамический удар, прошлые операции на органе зрения. УУР С, УДД 5.
2. Определите остроту зрения и максимально корригированную остроту: визометрия всем пациентам с подозрением или подтверждённым СМР — УУР С, УДД 4; рефрактометрия или подбор пробными линзами — УУР С, УДД 5.
3. Измерьте внутриглазное давление и выполните биомикроскопию переднего отдела и стекловидного тела для оценки прозрачности сред и признаков отслойки стекловидного тела. УУР С, УДД 5 для тонометрии; УУР С, УДД 4 для биомикроскопии.
4. Осмотрите глазное дно в медикаментозном мидриазе: при сформированном СМР виден округлый или овальный красноватый дефект фовеолы, часто с приподнятыми краями, кистозными изменениями и возможной «целлофановой макулой». УУР С, УДД 5.
5. Выполните ОКТ в медикаментозном мидриазе: подтвердите полнослойный дефект, измерьте диаметр, оцените ЗОСТ, витреомакулярную тракцию, «крышечку» и отличите СМР от ламеллярного разрыва и псевдоразрыва. УУР С, УДД 5.
6. При офтальмоскопической дифференциации с псевдоразрывом можно использовать тест Watzke–Allen: прерывистость световой линии пациентом больше соответствует СМР; окончательно дифференцирует ОКТ.
7. Перед госпитализацией для хирургического лечения лабораторные исследования проводят не для диагностики СМР, а для оценки общего статуса, выявления сопутствующих заболеваний и возможных противопоказаний и минимизации риска осложнений. УУР С, УДД 5.
8. Перед хирургическим лечением или госпитализацией выполняют регистрацию ЭКГ, а также флюорографию или рентгенографию лёгких для оценки общего статуса, выявления сопутствующих заболеваний и возможных противопоказаний и минимизации риска осложнений. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Консервативное лечение пациентам с СМР не рекомендуется. УУР С, УДД 5.
- Лазерное лечение при СМР не показано. УУР С, УДД 5.
- Показанная хирургическая тактика — микроинвазивная витреоэктомия или витреошвартэктомия 23–27G, предпочтительно 25G, в условиях операционной, под местной анестезией, в медикаментозном мидриазе. УУР В, УДД 3.
- Во время операции по показаниям выполняют индукцию задней гиалоидной мембраны, мембранопилинг после окрашивания внутренней пограничной мембраны, используют воздушную или газовоздушную тампонаду, силиконовое масло 1000–5700 сСт, перфторорганические соединения, эндолазеркоагуляцию.
- При хирургическом лечении возможны техники с лоскутом внутренней пограничной мембраны — инвертированным, флоттирующим или свободным, а также применение аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами, и механическое или вакуумное сближение краёв.
- Если прозрачность сред снижена из-за помутнения хрусталика, возможно сочетать витреоретинальное вмешательство с ультразвуковой факоэмульсификацией и имплантацией ИОЛ.
- Если операция завершена силиконовой тампонадой, силиконовое масло удаляют из витреальной полости не позднее 1 месяца после первичного вмешательства для профилактики осложнений длительной эндотампонады. УУР С, УДД 5.
- До и после витреоретинальной операции применяют инстилляции противомикробных и противовоспалительных средств; при повышении ВГД — противоглаукомные препараты и миотики; при необходимости используют инъекции антибактериальных или противомикробных препаратов и системные кортикостероиды. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента направляют к офтальмологу для специализированной помощи; витреоретинальная хирургия может выполняться амбулаторно, в дневном или круглосуточном стационаре.
- Плановая госпитализация показана, если хирургическое вмешательство нужно выполнить в условиях дневного или круглосуточного стационара.
- Неотложная госпитализация показана при эндофтальмите как осложнении витреоретинального вмешательства.
- После операции офтальмолог осматривает пациента один или более раз в первый месяц, затем обычно 1 раз в 6–12 месяцев; при неожиданном снижении зрения или новых жалобах — внепланово как можно скорее. УУР С, УДД 5.
- Людям старшей возрастной группы показан осмотр офтальмолога 1 раз в 6–12 месяцев; пациентам с высокой миопией, травмой глаза или перенесёнными глазными операциями нужны регулярные осмотры. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какой метод подтверждает сквозной макулярный разрыв?

Основной метод — ОКТ в медикаментозном мидриазе. Она показывает полнослойный дефект, диаметр отверстия, витреомакулярную тракцию, ЗОСТ и помогает отличить СМР от ламеллярного разрыва и псевдоразрыва.

Какие размеры макулярного разрыва считаются малым, средним и большим?

Малый СМР — до 250 мкм, средний — 250–400 мкм, большой — более 400 мкм. Размер важен для прогноза закрытия после операции и восстановления функции.

Можно ли лечить СМР консервативно?

Нет. Консервативное лечение пациентам с СМР не рекомендуется. УУР С, УДД 5.

Как лечат сквозной макулярный разрыв?

Основной метод — микроинвазивная витреоэктомия или витреошвартэктомия 23–27G, предпочтительно 25G, с манипуляциями по показаниям: мембранопилингом, тампонадой воздухом, газом, силиконовым маслом или другими средствами.

Когда ждать улучшения зрения после успешной операции?

Пациента нужно заранее предупредить, что зрение улучшается постепенно. При длительном наблюдении после успешной хирургии максимальная острота зрения может достигаться через 6 месяцев и более.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/794-skvoznoj-makulyarnyj-razryv-vitreomakulyarnyj-trakcionnyj-sindrom. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/794_1