Регматогенная отслойка сетчатки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H33.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Регматогенная отслойка сетчатки возникает, когда жидкость через разрыв сетчатки попадает под нейросенсорную сетчатку и отделяет её от пигментного эпителия; без лечения возможна необратимая потеря зрения. Рекомендация посвящена быстрой верификации разрыва и отслойки, выбору лазерной или хирургической тактики и послеоперационному наблюдению.

Главное

- РОС обычно связана с изменениями стекловидного тела и витреоретинальной тракцией; риск повышают миопия, афакия или артифакия, травма, воспалительные и инфекционные заболевания глаз, синдром Марфана, возрастные изменения и периферические витреохориоретинальные дистрофии.
- Фотопсии, новые или увеличившиеся «мушки», «табачная пыль», метаморфопсии, завеса или вуаль перед глазом — симптомы, наблюдаемые при подозрении на разрыв и РОС; заболевание иногда длительно протекает без жалоб.
- Для диагноза принципиально найти и локализовать один или несколько разрывов и субретинальную жидкость; офтальмоскопические данные подтверждают В-сканированием глазного яблока.
- Консервативное лечение при РОС не проводят (УУР С, УДД 5).
- При локальной периферической РОС с разрывом и скоплением субретинальной жидкости не более 2 диаметров диска зрительного нерва возможна фокальная лазеркоагуляция; она отграничивает отслойку, но не снижает риск возникновения новых разрывов.
- После установления диагноза всем пациентам требуется своевременное патогенетическое лечение — лазерное и/или хирургическое — для сохранения зрительных функций (УУР С, УДД 5).
- После операции офтальмолог осматривает пациента в течение первого месяца, затем обычно каждые 6–12 месяцев; при новом снижении зрения или новых глазных симптомах осмотр нужен вне очереди (УУР С, УДД 4).

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните фотопсии, «мушки» или «табачную пыль», метаморфопсии, завесу, снижение зрения, длительность симптомов, миопию, травму, тяжёлую физическую нагрузку, операции на глазу и наличие РОС у родственников (УУР С, УДД 5).
2. Определите максимально корригированную остроту зрения с помощью визометрии и рефракции; измерьте внутриглазное давление при первичном и последующих осмотрах (УУР С, УДД 5).
3. Проведите осмотр глазного дна: биомикроскопию глазного дна и/или осмотр периферии трёхзеркальной линзой либо офтальмоскопию, обычно после медикаментозного расширения зрачка; при необходимости используйте склеральное вдавление. Опишите и зарисуйте локализацию разрывов, границы и распространённость отслойки (УУР С, УДД 4).
4. Выполните В-сканирование глазного яблока на этапе диагностики, а при подозрении на нарушения витреоретинальных взаимоотношений и состояния оболочек — также при динамическом наблюдении и контроле лечения, для оценки положения оболочек и пространственных взаимоотношений внутриглазных структур (УУР С, УДД 4).
5. При необходимости дополните обследование статической или компьютерной периметрией и электрофизиологическими исследованиями.
6. При наличии технических возможностей выполните биомикрофотографию глазного дна; ОКТ применяйте при макулярном разрыве или подозрении на него, ОКТ-А — при подозрении на нарушение центральной ретинальной микроциркуляции.
7. Перед хирургией оцените общее состояние: выполните флюорографию или рентгенографию лёгких и ЭКГ; при сопутствующих системных заболеваниях направьте пациента к профильному специалисту для выявления противопоказаний и снижения риска осложнений.

Лечение

- При локальной периферической РОС допустима фокальная лазеркоагуляция глазного дна под местной анестезией и в условиях медикаментозного мидриаза (УУР А, УДД 2). Параметры: диаметр пятна 200–500 мкм, мощность подбирают до получения коагулята 2–3 степени, наносят 3–5 рядов коагулятов вокруг отслойки.
- После лазерного лечения проведите контроль через 2–4 недели. При отсутствии прогрессирования отслойки наблюдайте пациента по месту жительства 1 раз в 6–12 месяцев; усиление фотопсий, симптома «табачной пыли», появление или увеличение «чёрных точек» или «летающих мушек», метаморфопсии либо увеличение завесы или вуали требует консультации офтальмолога для решения вопроса о хирургическом лечении.
- Консервативное лечение при РОС не рекомендуется (УУР С, УДД 5).
- Для восстановления анатомических соотношений применяют круговое и/или локальное эписклеральное пломбирование (УУР С, УДД 5). В послеоперационном периоде обязательна секторальная лазеркоагуляция сетчатки.
- Микроинвазивная витрэктомия или витреошвартэктомия показана при сопутствующем гемофтальме, пролиферативной витреоретинопатии, эпиретинальном фиброзе, множественных или крупных периферических разрывах, макулярном разрыве и других соответствующих показаниях (УУР С, УДД 4).
- До и после витреоретинальных вмешательств применяют местные противомикробные и противовоспалительные препараты; при повышении внутриглазного давления — противоглаукомные и миотические средства. При необходимости используют субконъюнктивальные, парабульбарные, внутримышечные или внутривенные препараты с учётом противопоказаний; длительность определяют по клинической ситуации и течению послеоперационного периода (УУР С, УДД 5).
- Решение об удалении силиконового масла принимают после полной адаптации сетчатки в течение не менее 1 месяца, отсутствия признаков активности пролиферативного процесса и тракций, полного блокирования старых и отсутствия новых ретинальных разрывов, наличия состоятельных пигментированных лазеркоагулятов и нормального внутриглазного давления; учитывают также степень эмульгации масла (УУР С, УДД 4).
- К моменту выписки необходимо ограничить коагулятами зону отслойки и/или добиться частичного либо полного анатомического прилегания сетчатки (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана, если требуется хирургическое вмешательство в условиях дневного или круглосуточного стационара.
- После лазерного лечения при усилении симптомов или угрозе распространения отслойки на макулу нужна консультация офтальмолога для решения вопроса о хирургическом лечении.
- Эндофтальмит после витреоретинального вмешательства — показание к неотложной госпитализации.
- При гемофтальме у пациентов с миопией, травмой глаза, РОС на парном глазу, афакией или артифакией проводят амбулаторное наблюдение и контрольное В-сканирование; при выявлении разрыва решают вопрос о хирургическом вмешательстве.

Частые вопросы

Можно ли лечить регматогенную отслойку сетчатки консервативно?

Нет. Консервативное лечение при РОС не проводят.

Когда при РОС подходит лазерная коагуляция?

При локальной периферической РОС, если вокруг разрыва скопилось не более 2 диаметров диска зрительного нерва субретинальной жидкости. Лазер отграничивает имеющуюся отслойку, но не снижает риск возникновения новых разрывов.

Какие исследования обязательны для подтверждения РОС?

Нужны осмотр глазного дна с поиском и локализацией разрывов и В-сканирование глазного яблока. Также выполняют визометрию, определение рефракции и офтальмотонометрию.

Когда показана витрэктомия?

Микроинвазивную витрэктомию или витреошвартэктомию рекомендуют при наличии показаний, включая гемофтальм, пролиферативную витреоретинопатию, эпиретинальный фиброз, множественные или крупные периферические разрывы и макулярный разрыв.

Как наблюдать пациента после лечения РОС?

После операции осмотр проводят в течение первого месяца, затем обычно 1 раз в 6–12 месяцев. При внезапном снижении зрения или новых зрительных симптомах нужно обратиться к офтальмологу вне планового срока.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/97-regmatogennaya-otslojka-setchatki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/97_2