Врожденная катаракта

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H27.0, Q12.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Врожденная катаракта — частичное или полное помутнение хрусталика, выявляемое при рождении или позже; у детей она может приводить к выраженному снижению зрения, амблиопии, нистагму и косоглазию. Главное в рекомендации — ранняя диагностика, своевременное удаление клинически значимого помутнения и длительная оптическая и плеоптическая реабилитация.

Главное

- Подозревать ВК следует при помутнении в области зрачка — от небольшого белого пятна до «серого зрачка», а также при отсутствии фиксации предмета, снижении зрения, нистагме или косоглазии. При прогрессирующих формах помутнение может стать заметным позднее.
- Для выяснения причины учитывают состояние и заболевания матери в период беременности; этиологическая диагностика также опирается на иммунологические и вирусологические исследования. Наиболее опасный для органа зрения период воздействия тератогенных факторов — 2–7-я недели беременности.
- При выраженной зрительной депривации раннюю операцию проводят, как правило, до 6 месяцев жизни. К таким формам относятся зонулярные ВК II–III степени, ядерные и переднекапсулярные помутнения диаметром 2,5 мм и более, заднекапсулярные помутнения средней и высокой интенсивности и атипичные формы, при которых резко ослаблен или отсутствует рефлекс с глазного дна.
- При двусторонней ВК операцию на втором глазу выполняют через 3–7 дней или через месяц и более после первого глаза; интервал 10–14 дней считается неблагоприятным. Если ранний повторный наркоз противопоказан, вмешательство откладывают на 1–2 месяца.
- Первичная имплантация ИОЛ возможна при отсутствии противопоказаний. У детей раннего возраста ориентируются на диаметр роговицы не менее 9,5 × 10,0 мм, ПЗО в пределах нормы или не более чем на 2,0 мм меньше возрастной нормы, отсутствие грубой глазной и неврологической патологии.
- После удаления катаракты обязательны оптическая коррекция афакии или докоррекция артифакии, плеопто-ортоптическое лечение и контроль осложнений. Курсы плеоптического и ортоптического лечения проводят регулярно, 2 раза в год.
- Дети с ВК, афакией и артифакией не снимаются с диспансерного учета: в первый месяц после выписки осмотры проводят 2 раза в месяц, в первый год — 1 раз в 2 месяца, в течение следующих 3 лет — 2 раза в год, затем — ежегодно.

Диагностика

1. Собрать анамнез: когда обнаружено помутнение, были ли случаи ВК у родственников, как протекали беременность и роды; уточнить жалобы на «серый зрачок», косоглазие, нистагм и снижение зрения. УУР С, УДД 5.
2. Выполнить наружный осмотр для выявления синдромной патологии и дифференциальной диагностики, затем офтальмологический осмотр с оценкой век, слезных протоков, положения глаз, зрачковых реакций и зрения. У детей до 3 лет зрение оценивают ориентировочно или с помощью теста предпочтительного взора, регистрации оптокинетического нистагма и зрительных вызванных потенциалов. УУР С, УДД 5.
3. Провести биомикроскопию переднего отрезка, офтальмоскопию в миозе и медикаментозном мидриазе и офтальмотонометрию. Эти исследования уточняют форму и степень помутнения, состояние стекловидного тела, сетчатки, диска зрительного нерва и исходное ВГД. УУР С, УДД 5.
4. При частичном помутнении определить рефракцию с помощью авторефрактометрии и/или скиаскопии. УУР С, УДД 5.
5. Перед госпитализацией выполнить общий анализ крови и мочи с лейкоцитарной формулой и биохимический общетерапевтический анализ крови для поиска общей патологии, очагов хронической инфекции, декомпенсации заболеваний и противопоказаний к операции. УУР С, УДД 5.

6. При обнаружении патологии хрусталика направить ребенка в стационар для детального обследования под наркозом: биомикроскопии, кератометрии, А- и В-сканирования, пространственной биомикроскопии, электрофизиологических исследований, авторефкератометрии и оценки функционального состояния глаза.

Лечение

- При небольшом частичном помутнении, не требующем ранней экстракции, наблюдать ребенка у офтальмолога; для профилактики и лечения амблиопии использовать медикаментозное расширение зрачка и плеоптическое лечение. УУР С, УДД 5.
- При односторонней ВК окклюзировать здоровый глаз на половину периода бодрствования ребенка для профилактики и лечения амблиопии. УУР С, УДД 5.
- При значимой зрительной депривации выполнять факоаспирацию или аспирацию-ирригацию с имплантацией ИОЛ или без нее; выбор зависит от формы помутнения и сопутствующей патологии. При частичных формах у старших детей с остаточной остротой зрения более 0,3–0,4 операцию обычно откладывают до 4–6 лет и старше, но при прогрессировании и снижении максимально корригированной остроты зрения до 0,2–0,3 и менее вмешательство показано.
- Перед операцией в течение предшествующего дня закапывать антибактериальные капли с фторхинолонами 3-го или 4-го поколения 4–6 раз в сутки. На операционном столе глаз промывают повидон-йодом 10%, разведенным водой для инъекций в соотношении 2,0 мл к 3,0 мл, затем орошают 0,9% раствором хлорида натрия либо раствором антибиотика. УУР С, УДД 5.
- Операцию проводят при максимально возможном мидриазе: м-холинолитики, симпатомиметики и НПВП закапывают фракционно в течение часа через каждые 10 минут. При сохраненном объеме хрусталика, нормальных анатомических размерах глаза и отсутствии грубой патологии капсульного мешка выполняют факоаспирацию; при полурассосавшихся и атипичных формах, микрокорнеа, заднем лентиконусе или недостаточном мидриазе используют аспирацию-ирригацию и вискоаспирацию. УУР С, УДД 5 для мидриаза; УУР С, УДД 4 для методов удаления.
- При измененной задней капсуле, врожденном фиброзе или заднем лентиконусе выполняют заднюю капсулэктомию с ограниченной передней витрэктомией трансцилиарным доступом. Прозрачную заднюю капсулу при имплантации ИОЛ сохраняют; если ИОЛ ребенку раннего возраста не планируется, формируют заднюю капсулэктомию диаметром 3–3,5 мм с оптическим окном в передней гиалоидной мембране и ограниченной передней витрэктомией. УУР С, УДД 4.
- Для коррекции афакии при невозможности первичной имплантации используют очки или контактные линзы. При расчете ИОЛ применяют формулы нового поколения; у детей первого года жизни учитывают гипокоррекцию 4,0–14,0 дптр. УУР С, УДД 4–5.
- После операции применяют антибактериальные, НПВП и/или глюкокортикостероидные препараты по возрасту и показаниям; для профилактики задних синехий мидриатик короткого действия закапывают 2–3 раза в день. Амбулаторное долечивание после выписки продолжают 1,5 месяца с постепенным уменьшением частоты инстилляций комбинированных препаратов.

Когда направить и как наблюдать

- При затруднении осмотра из-за малого возраста или неконтактного поведения ребенка и необходимости диагностических процедур с анестезией направить его в детское офтальмологическое отделение.
- При наличии показаний к хирургическому лечению ребенка направить в детское офтальмологическое отделение стационара.
- При небольших частичных помутнениях, не требующих ранней экстракции, оставить ребенка под наблюдением офтальмолога с лечением амблиопии.
- При выявлении послеоперационных осложнений, включая вторичную катаракту, вторичную глаукому, иридоциклит или дислокацию ИОЛ, своевременно направить ребенка в стационар по показаниям для лечения осложнения.

Частые вопросы

Когда оперировать врожденную катаракту?

При выраженной зрительной депривации оптимальный срок — до 6 месяцев жизни. Особенно ранняя операция нужна при полных, молокообразных, зонулярных II–III степени, ядерных и переднекапсулярных помутнениях диаметром 2,5 мм и более, заднекапсулярных помутнениях средней и высокой интенсивности, а также при атипичных формах, при которых резко ослаблен или отсутствует рефлекс с глазного дна.

Как обследовать ребенка с подозрением на ВК?

Диагноз устанавливают на основании клинической картины; врач-офтальмолог учитывает анамнестические данные, результаты осмотра и дополнительных методов обследования.

Когда допустимо отложить операцию?

При частичных формах с относительно сохранным зрением и остаточной остротой зрения более 0,3–0,4 операцию у детей старшего возраста проводят позже, обычно в 4–6 лет и старше. Показанием к вмешательству становится прогрессирование и снижение максимально корригированной остроты зрения до 0,2–0,3 и менее.

Когда ребенку с ВК можно имплантировать ИОЛ?

У детей раннего возраста учитывают диаметр роговицы не менее 9,5 × 10,0 мм, отсутствие уменьшения ПЗО более чем на 2,0 мм от возрастной нормы, отсутствие грубой глазной и неврологической патологии. При диаметре роговицы 9,0 × 9,5 мм и менее, уменьшении ПЗО более чем на 2,0 мм или значительном поражении цилиарного тела имплантацию ИОЛ не рекомендуют.

Как долго наблюдать ребенка после операции?

Осмотры проводят 2 раза в месяц в первый месяц после выписки, затем 1 раз в 2 месяца в течение первого года, 2 раза в год в течение следующих 3 лет и далее ежегодно. С диспансерного учета детей с афакией и артифакией не снимают; профилактика и лечение амблиопии могут продолжаться до 14–16 лет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/108-vrozhdennaya-katarakta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/108_2