Миопия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H52.1 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Миопия — нарушение рефракции, при котором фокус параллельных лучей находится перед сетчаткой; диагноз подтверждают при миопической рефракции в условиях циклоплегии от 0,5 дптр и сильнее. Рекомендация охватывает диагностику, контроль прогрессирования, оптическую и функциональную коррекцию, медикаментозное и хирургическое лечение у детей и взрослых.

Главное

- Миопию классифицируют по степени: слабая — до 3,0 дптр, средняя — 3,25–6,0 дптр, высокая — 6,25 дптр и более. Быстрое прогрессирование — усиление рефракции на 1,0 дптр и более за год; менее 1,0 дптр в год расценивают как медленное прогрессирование.
- В группу риска у детей входят, в частности, близорукость у родителей, псевдомиопия, дебют миопии в дошкольном возрасте, гиперметропия менее +0,5 дптр при поступлении в школу, сниженная аккомодация, ПИНА и/или эзофория, раннее чтение, обучение в гимназии или лицее, частые заболевания и неблагоприятные условия проживания. УУР С, УДД 4.
- При миопии глазное дно осматривают в мидриазе при каждом осмотре: дистрофии и разрывы сетчатки могут приводить к снижению зрения и отслойке сетчатки. УУР С, УДД 5.
- ПЗО измеряют как основной биометрический показатель не реже одного раза в год; ее динамика помогает отличить миопию от спазма аккомодации и оценить скорость прогрессирования. УУР С, УДД 5.
- Плановые осмотры проводят при прогрессирующей миопии каждые 6 месяцев, при стабильной — ежегодно. Снижение ЗОА ниже возрастных значений и ПТА более 0,5 дптр связаны с более быстрым прогрессированием.
- Для профилактики раннего развития миопии используют эргономичный режим работы вблизи, коррекцию с миопическим дефокусом, домашние упражнения для аккомодации, физическую активность и пребывание на открытом воздухе не менее 90 минут в светлое время суток.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить снижение зрения вдаль, возраст дебюта, семейный анамнез, зрительную нагрузку, условия проживания, прежнюю коррекцию, динамику рефракции, физическую активность и время на свежем воздухе. УУР А, УДД 2.
2. Определить остроту зрения без коррекции, в имеющихся очках и с оптимальной коррекцией; детям до 3 лет оценивают наличие предметного зрения, с 3 лет используют детские таблицы, после 5 лет и у взрослых — кольца Ландольта или тесты «Е». УУР С, УДД 5.
3. Исследовать рефракцию в естественных условиях пробными линзами, авторефрактометрией с узким зрачком и/или скиаскопией. Диагноз подтверждают объективной рефракцией в циклоплегии: сферэквивалент миопический, 0,5 дптр или сильнее.
4. Для циклоплегии у детей от 3 лет и взрослых с прогрессирующей миопией применяют циклопентолат 1% по 1–2 капли дважды с интервалом 15–20 минут. Тропикамид 1% применяют у детей от 6 лет и старше и у взрослых с прогрессирующей миопией по 1–2 капли дважды с интервалом 5 минут. УУР В, УДД 2.
5. Оценить аккомодацию и бинокулярное взаимодействие: ЗОА, ОАА, при необходимости объективный аккомодационный ответ, характер зрения, гетерофорию, конвергенцию, соотношение АК/А, подвижность глаз и угол косоглазия. УУР С, УДД 5.
6. Провести биометрию с определением ПЗО, а у детей дополнительно оценить акустическую плотность склеры; затем выполнить биомикроскопию и осмотр центральной и периферической сетчатки в мидриазе. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Назначить оптическую коррекцию при сниженной некорригированной бинокулярной остроте зрения, астенопии, расходящемся косоглазии или выраженной экзофории, а также при врожденной миопии. УУР С,

УДД 5. При прогрессирующей миопии детям подбирают полную коррекцию по циклоплегической рефракции; при резко сниженной аккомодации и плохой переносимости допустима гипокоррекция не более чем на 0,5 дптр. УУР B, УДД 2.

- Детям с высоким риском и прогрессирующей миопией назначают постоянное ношение очков с линзами, формирующими периферический миопический дефокус. При прогрессировании миопии до 2,5 дптр у детей 7–11 лет со слабой миопией и эзо- или ортофорией возможна альтернирующая анизокоррекция: остаточная миопия −0,5 дптр на одном глазу и −1,5 дптр на другом, с двумя парами очков через день. УУР A/B, УДД 2/3.
- Ортокератологические линзы подбирают детям с прогрессирующей миопией с 6 лет; показания включают миопию до −8,0 дптр и роговичный астигматизм до 5,0 дптр. При ГГП более 1,0 дптр в год их сочетают со склеропластикой. УУР A, УДД 1.
- При прогрессирующей или врожденной миопии, низких ЗОА и ОАА, а также ПИНА применяют функциональное лечение: упражнения для цилиарной мышцы, лазерную стимуляцию цилиарной мышцы, оптико-рефлекторные тренировки и упражнения для бинокулярного зрения. УУР A, УДД 2. Аппаратное лечение проводят 2–4 раза в год; курс лазерстимуляции включает 10 процедур один или два раза в день. УУР C, УДД 5.
- При прогрессирующей миопии с нарушениями аккомодации и астенопией используют фенилэфрин 2,5%: детям с 6 лет и взрослым по 1 капле на ночь 4 недели, курсами 4 раза в год. Тропикамид + фенилэфрин назначают детям с 12 лет и взрослым по 1 капле на ночь 2–4 недели. УУР C, УДД 4.
- При прогрессирующей и/или осложненной миопии в комплексной терапии применяют другие офтальмологические препараты и поливитамины; метилэтилпиридинол 1% взрослым назначают по 1–2 капли 2–3 раза в день 30 дней, курсами 2–3 раза в год. УУР C, УДД 5.
- При решетчатой дистрофии с истончениями и любых разрывах сетчатки выполняют фокальную или секторальную лазеркоагуляцию для профилактики отслойки сетчатки. УУР C, УДД 5.
- «Малую» склеропластику рекомендуют детям старше 8 лет при миопии от 3,5 дптр, ГГП 0,75–1,0 дптр и ПЗО не более 27 мм. «Большую» склеропластику проводят пациентам старше 10 лет при миопии более −6,0 дптр, ПЗО более 26,0 мм и ГГП более 1,0 дптр в год. УУР C/B, УДД 5/3.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении снижения зрения пациента направляют на консультацию к врачу-офтальмологу; офтальмолог при показаниях направляет в специализированное учреждение или стационар.
- При прогрессирующей и/или осложненной миопии пациента направляют на специализированное лечение в стационарных условиях.
- Дневной стационар показан, если требуется «малая» склеропластика, функциональное лечение или лазерная барьерная коагуляция, но выполнить процедуру амбулаторно невозможно.
- Круглосуточная госпитализация показана при необходимости «большой» склеропластики, а также когда «малую» склеропластику, функциональное лечение или лазерную барьерную коагуляцию нельзя выполнить амбулаторно или в дневном стационаре.
- После склеропластики пациентам назначают глазные антибиотики и кортикостероиды в течение 2 недель; «большую» склеропластику проводят в круглосуточном стационаре под общей анестезией.

Частые вопросы

При какой рефракции устанавливают диагноз миопии?

Диагноз устанавливают при миопическом сферэквиваленте в условиях циклоплегии 0,5 дптр или сильнее.

Как классифицируют темп прогрессирования миопии?

Быстрое прогрессирование — усиление миопии на 1,0 дптр и более за год, медленное — менее 1,0 дптр за год. В классификации также выделяют стационарную миопию.

Нужно ли назначать полную коррекцию ребенку с прогрессирующей миопией?

Да, очковую коррекцию подбирают по полной циклоплегической рефракции. Исключение — резко сниженная аккомодация и плохая переносимость очков, когда допустима гипокоррекция не более чем на 0,5 дптр.

Когда ребенку можно назначить ортокератологические линзы?

Их подбирают при прогрессирующей миопии начиная с 6 лет. В тексте указаны показания: миопия до −8,0 дптр и роговичный астигматизм до 5,0 дптр; перед подбором выполняют видеокератотопографию.

Какие периферические изменения требуют лазеркоагуляции?

Барьерную лазеркоагуляцию выполняют при решетчатой дистрофии с истончениями и любых разрывах сетчатки — изолированных или связанных с регматогенной дистрофией, чтобы предупредить отслойку сетчатки.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/109-miopiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/109_2