Врожденная глаукома

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Q15.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Врожденная глаукома — группа заболеваний первых месяцев/лет жизни с повышением ВГД из-за аномалий угла передней камеры и дренажной системы, увеличением глаза, помутнением роговицы и глаукомной оптической нейропатией. Главное в рекомендации — раннее распознавание, комплексная инструментальная диагностика, хирургическое лечение при декомпенсации и диспансерное наблюдение.

Главное

- Типичные признаки ВГ: ВГД выше толерантного, увеличение передне-задней оси глаза и диаметра роговицы/лимба, отек или помутнение роговицы, разрывы десцеметовой мембраны, углубление передней камеры более 3–3,5 мм, атрофия радужки, глаукомная экскавация ДЗН; важна асимметрия между глазами.
- У 60% детей ВГ проявляется в первые 6 месяцев, у 80% — на первом году жизни; в 75% случаев процесс двусторонний. Раннее лечение критично: позднее начало быстро ведет к необратимым изменениям глаза.
- Стадию можно оценивать по диаметру роговицы, экскавации ДЗН и зрительным функциям: I — роговица до 12 мм, Э/Д до 0,3; II — до 14 мм, Э/Д до 0,5; III — более 14 мм, Э/Д более 0,5 и зрение до светоощущения; IV–V — буфтальм с остаточными функциями или слепотой.
- Тонометрия обязательна всем пациентам с ВГ или подозрением; статистическая норма P0 — 10–21 мм рт. ст., Pt — 12–25 мм рт. ст. Целевой верхний уровень зависит от стадии: начальная Pt 22–24/P0 18–20, развитая Pt 19–21/P0 15–17, далекозашедшая Pt 16–18/P0 10–14 мм рт. ст. (УУР В, УДД 3).
- Основной метод лечения ВГ — хирургический: препятствие оттоку ВГЖ при аномалиях дренажной зоны устраняется только операцией; при первых признаках декомпенсации нужно срочное или наиболее раннее вмешательство (УУР В, УДД 2).
- Гипотензивные капли применяют до операции, после нее при недостаточном эффекте, иногда длительно; старт — ингибитор карбоангидразы и/или β-блокатор, при слабом эффекте добавляют парасимпатомиметик, симпатомиметик или аналог простагландина (УУР С, УДД 4).
- Диспансерный контроль обязателен: при подозрении — ежемесячно; после операции первый осмотр не позднее недели после выписки; при нестабильном течении — не реже 1 раза в месяц; при стабильном — 1 раз в 3–6 месяцев (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить время появления признаков, их взаимозависимость и выраженность на парных глазах; выяснить состояние здоровья матери, акушерско-гинекологический анамнез и наличие внутриутробных инфекций (УУР С, УДД 5).
2. Осмотреть ребенка на сопутствующую соматическую патологию; при системных заболеваниях и факторах риска перед операцией нужен осмотр педиатра для выявления противопоказаний и снижения риска осложнений (УУР С, УДД 5).
3. Оценить зрение и рефракцию всем пациентам: визометрия и рефрактометрия нужны для определения тяжести зрительных нарушений, прогрессирования и подбора оптической коррекции (УУР С, УДД 5).
4. Измерить ВГД всем детям с ВГ или подозрением; в динамике использовать один базовый метод. При сомнительных данных учитывать толщину/диаметр роговицы и сопоставлять ВГД с морфометрией глаза (УУР В, УДД 3).
5. Провести кератопахиметрию всем пациентам для интерпретации ВГД: центральная толщина роговицы у детей 496–620 мкм; роговицы делят на тонкие 481–520 мкм, средние 521–560 мкм, толстые >561 мкм; при толщине >580 мкм реальные значения ВГД ниже измеренных (УУР С, УДД 4).
6. Выполнить биомикроскопию, гониоскопию при прозрачной роговице, офтальмоскопию при прозрачных средах, УЗ-биометрию и УЗИ глаза; при возможности добавить ОКТ сетчатки/ДЗН и периметрию у детей старшего возраста (для ОКТ УУР В, УДД 3; для периметрии УУР В, УДД 3).

7. Оценивать диагноз комплексно, а не по одному признаку: учитывать асимметрию ВГД, размеров глаза, диаметра роговицы, рефракции, экскавации ДЗН, состояния СНВС и зрительных функций.

Лечение

- При выявленном повышении ВГД назначить гипотензивную терапию: как подготовку к операции, для снижения ВГД перед вмешательством и после операции при недостаточной компенсации (УУР С, УДД 4).
- Медикаментозно начинать с монотерапии; при неэффективности заменить препарат или добавить средство другой группы/комбинацию. Более 3 препаратов применять нецелесообразно; средства с одинаковым механизмом не комбинировать.
- Препараты первой линии при ВГ — ингибиторы карбоангидразы и/или β-адреноблокаторы; при недостаточном эффекте — комбинация с парасимпатомиметиками, симпатомиметиками для лечения глаукомы или аналогами простагландинов (УУР С, УДД 4).
- Возрастные ограничения: тимолол — с рождения, дорзоламид — с 1 недели, латанопрост — с 1 года, бримонидин — с 2 лет, для пилокарпина минимальный возраст не указан. У детей до 1 года для снижения ВГД используют ингибиторы карбоангидразы и/или β-блокаторы; комбинированные препараты в детском возрасте не разрешены и применяются только по строгим показаниям (УУР С, УДД 4).
- Операция показана неотложно, включая повторную, при гидрофтальме или других формах с высоким ВГД, не нормализуемым иначе; при неэффективности лечения у детей со II–III формами даже при изначально невысоком ВГД; при невозможности медикаментозного лечения. Повторные операции выполняют даже при остаточных зрительных функциях.
- Основные операции для формирования оттока: гониотомия, трабекулотомия ab interno, лазергониотрабекулопунктура; фистулизирующие вмешательства — трабекулотомия ab externo, синустрабекулоэктомия/трабекулоэктомия и модификации. У детей с декомпенсированной ВГ эти методы применяют для снижения ВГД (УУР В, УДД 2).
- При рефрактерной ВГ, особенно после неэффективности предыдущих операций, используют имплантацию дренажных устройств/клапанов (УУР В, УДД 3). Циклодеструктивные операции применяют при неэффективности операций восстановления оттока и при терминальной глаукоме (УУР В, УДД 3).
- Реабилитация при компенсированной ВГ: нейротрофическая терапия и физиотерапия 1–2 раза в год; чрескожная электростимуляция зрительного нерва возможна через 6 месяцев после операции. Рекомендуется коррекция аметропии очками или контактными линзами (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на ВГ или подтвержденной глаукоме педиатр, врач общей практики или семейный врач направляет ребенка к офтальмологу для инструментального уточнения диагноза.
- Если диагностические процедуры требуют анестезии, ребенка направляют в детское офтальмологическое отделение.
- При показаниях к операции лечение проводят в стационаре — детском офтальмологическом отделении.
- После стационара, если нет показаний для дальнейшей госпитализации, ребенок направляется в детский офтальмологический кабинет и далее наблюдается офтальмологом диспансерно.
- Срочное обращение к офтальмологу нужно при покраснении глаза, светобоязни, боли, снижении или затуманивании зрения, выпадении поля зрения, нарушении восприятия цветов, изменении цвета радужки, размера или формы зрачка.

Частые вопросы

Какие ранние симптомы заставляют заподозрить врожденную глаукому?

У младенца это светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, увеличение глаза или роговицы, периодическое затуманивание/помутнение роговицы. При боли ребенок может плохо спать, беспокоиться, капризничать и терять аппетит.

Какие значения ВГД считать нормой у ребенка при оценке ВГ?

В рекомендации указана статистическая норма истинного ВГД Р0 10–21 мм рт. ст. и тонометрического Pt 12–25 мм рт. ст. Но при ВГ цифры ВГД оценивают вместе с размерами глаза, роговицы, стадией и данными ДЗН.

Почему одной тонометрии недостаточно для диагноза ВГ?

У детей растяжение фиброзной капсулы глаза может частично компенсировать повышение давления, а толщина и диаметр роговицы влияют на результат измерения. Поэтому диагноз ставят по комплексу: ВГД, размеры глаза, роговица, УПК, ДЗН, рефракция, УЗ-биометрия, ОКТ/периметрия при возможности.

Когда врожденную глаукому нужно оперировать?

Хирургическое лечение — основной метод. Срочная или наиболее ранняя операция нужна при первых признаках декомпенсации, при гидрофтальме или высоком ВГД, которое не удается нормализовать медикаментозно, а также при неэффективности других методов.

Какие капли можно использовать у маленьких детей с ВГ?

Препараты первой линии — ингибиторы карбоангидразы и/или β-блокаторы. В таблице возрастных ограничений указано: тимолол с рождения, дорзоламид с 1 недели, латанопрост с 1 года, бримонидин с 2 лет; комбинированные препараты у детей не разрешены и применяются только по строгим показаниям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/112-vrozhdennaya-glaukoma. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/112_2