Подозрение на глаукому

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H40.0 · Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России», Общероссийская общественная организация «Российское общество офтальмологов-глаукоматологов»

Подозрение на глаукому — это повышенная вероятность развития первичной открытоугольной глаукомы при повышенном ВГД, подозрительных изменениях ДЗН, СНВС или поля зрения. Рекомендация описывает подтверждение состояния, оценку факторов риска, выбор между наблюдением и снижением ВГД, а также динамический контроль.

Главное

- Подозрение на глаукому включает офтальмогипертензию без изменений ДЗН, СНВС и поля зрения, подозрительные изменения ДЗН или СНВС, а также изменения поля зрения без признаков другой оптической нейропатии или ретинопатии. Офтальмогипертензия — частный вариант подозрения на глаукому.
- Основные факторы риска: возраст старше 40 лет, семейный анамнез глаукомы, повышенное ВГД, псевдоэксфолиативный синдром, пигментная дисперсия, тонкая роговица, миопия высокой степени (≥6 дптр), низкое перфузионное глазное давление и кровоизлияния на ДЗН.
- Состояние обычно протекает бессимптомно. Настораживают ВГД без лечения выше 21 мм рт. ст., асимметрия офтальмотонуса, расширение экскавации, истончение НРП или СНВС, кровоизлияния на ДЗН и другие подозрительные изменения диска.
- Более чем у 90% нелеченых пациентов с офтальмогипертензией глаукома не развивается в течение 5 лет. Поэтому лечение назначают не автоматически, а с учетом факторов риска и динамики ДЗН, СНВС и поля зрения.
- При выявлении признаков глаукомной оптической нейропатии по данным ОКТ и периметрии во время диспансерного наблюдения устанавливают диагноз первичной открытоугольной глаукомы.
- Всем пациентам с подозрением на глаукому необходимы офтальмотонометрия, визометрия, биомикроскопия, гониоскопия, исследование глазного дна и статическая или компьютерная периметрия; периметрия имеет УУР А, УДД 1.

Диагностика

1. Сначала установить, соответствует ли состояние одному из диагностических вариантов: повышенное ВГД без структурных и функциональных изменений; подозрительные изменения ДЗН или СНВС; либо подозрительные изменения поля зрения без признаков другой оптической нейропатии или ретинопатии.
2. Собрать жалобы и анамнез; при этом следует обратить внимание на факторы риска возникновения ПОУГ. Рекомендация имеет УУР С, УДД 5.
3. Определить максимально корригированную остроту зрения и выполнить рефрактометрию; коррекция аметропии необходима для корректной периметрии. Визометрия: УУР С, УДД 5; рефрактометрия: УУР С, УДД 4.
4. Измерить ВГД до гониоскопии и расширения зрачка. Оценивать не только абсолютное значение, но и суточные колебания, разницу между глазами и ортостатические изменения; истинное ВГД у здоровых обычно составляет 10–21 мм рт. ст., тонометрическое — 15–25 мм рт. ст.
5. Выполнить биомикроскопию и гониоскопию для оценки переднего отрезка и степени открытия УПК, выявления пигментации, псевдоэксфолиаций, синехий и других патологических изменений. Гониоскопия показана всем пациентам с подозрением на глаукому; УУР С, УДД 5.
6. Исследовать ДЗН и сетчатку при биомикроскопии глазного дна или офтальмоскопии в условиях медикаментозного мидриаза, оценивая НРП, СНВС, экскавацию, отношение Э/Д, перипапиллярную атрофию и кровоизлияния. Рекомендация: УУР С, УДД 5.
7. Выполнить статическую и/или компьютерную периметрию; предпочтительна пороговая периметрия центрального поля зрения «белое-на-белом» в пределах 10°, 24° и 30°. Рекомендация имеет УУР А, УДД 1.

Лечение

- Снижать ВГД у пациентов с подозрением на глаукому, сопровождающимся офтальмогипертензией и/или другими факторами риска. Целевой уровень определяют индивидуально; практическая цель по данным OHTS — снижение ВГД не менее чем на 20% от исходного. Рекомендация по снижению ВГД: УУР B, УДД 2.
- Стартовый вариант при наличии факторов риска — местная монотерапия. Препараты первого выбора: аналоги простагландинов, бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы и симпатомиметики; наибольшей гипотензивной активностью обладают аналоги простагландинов. Рекомендация: УУР B, УДД 1.
- В таблице препаратов указаны, например, латанопрост 0,005% со снижением ВГД на 25–35%, тимолол 0,25% или 0,5% со снижением на 20–25%, бринзоламид 1% или дорзоламид 2% — на 20%, бримонидин 0,1–0,2% — на 18–25%.
- Не назначать местные неселективные бета-адреноблокаторы при системных сердечно-сосудистых и бронхолегочных противопоказаниях или на фоне пероральных бета-адреноблокаторов. Рекомендация: УУР B, УДД 1.
- При плохой переносимости стартового препарата перейти на монотерапию другой группы; при хорошей переносимости, но недостижении целевого ВГД — также заменить препарат. Если стартовали с аналога простагландина, возможна замена препарата внутри этой группы, а перевод на препарат другой группы нецелесообразен. Рекомендация: УУР C, УДД 5.
- При неэффективности монотерапии добавить второй препарат или назначить фиксированную комбинацию, предпочтительно с разными механизмами действия. Нельзя сочетать два препарата одной группы, например два бета-адреноблокатора или два аналога простагландинов; одновременно применять более трех лекарственных средств не рекомендуется. Добавление второго препарата имеет УУР A, УДД 1.
- Лазерная трабекулопластика возможна как альтернатива каплям, при их неэффективности или непереносимости, противопоказаниях, сложном режиме лечения или риске низкой приверженности. Среднее снижение ВГД составляет 20–25% (6–9 мм рт. ст.); эффект оценивают через 1–2 месяца, а после процедуры у пациентов с ОГ контролируют ВГД через 30 минут и 2 часа. Рекомендация: УУР B, УДД 2.
- Хирургическое лечение пациентам с подозрением на глаукому не рекомендуется. Рекомендация: УУР C, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При сопутствующих системных заболеваниях направить пациента к профильному специалисту для уточнения диагноза и факторов риска.
- Госпитализация планируется для углубленного обследования, медикаментозного и/или лазерного лечения, если их невозможно провести амбулаторно или в дневном стационаре.
- Диспансерное наблюдение проводит офтальмолог индивидуально, но не реже одного раза в год. Если в течение 3–5 лет нет изменений морфофункциональных параметров, дополнительное наблюдение за подозрением на глаукому прекращают и рекомендуют ежегодные профилактические осмотры.

Частые вопросы

Что именно считают подозрением на глаукому?

Это офтальмогипертензия без изменений ДЗН, СНВС и поля зрения; либо подозрительные изменения ДЗН или СНВС; либо подозрительные изменения поля зрения при отсутствии признаков другой оптической нейропатии или ретинопатии. Офтальмогипертензия является только одним из вариантов подозрения на глаукому.

Какое ВГД считать повышенным и что важно оценивать кроме цифры?

Статистическая норма истинного ВГД у здорового человека составляет 10–21 мм рт. ст., тонометрического ВГД — 15–25 мм рт. ст. Дополнительно учитывают суточные колебания, асимметрию между глазами и ортостатические изменения.

Нужно ли лечить любую офтальмогипертензию?

Нет. При отсутствии известных факторов риска лечение не назначают; решение принимают индивидуально по совокупности факторов риска и динамике ДЗН, СНВС и поля зрения. У большинства нелеченых пациентов перехода в глаукому в течение 5 лет не происходит.

Какие исследования обязательны при подозрении на глаукому?

Нужны визометрия, рефрактометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, гониоскопия, осмотр глазного дна и статическая или компьютерная периметрия.

С чего начинать гипотензивное лечение и когда переходить к лазеру?

При наличии показаний стартуют с местной монотерапии; в качестве препаратов первого выбора используют аналоги простагландинов, бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы или симпатомиметики с учетом противопоказаний. При недостаточном снижении ВГД на фиксированной комбинации рекомендуется усилить ее дополнительным препаратом и рассмотреть возможность лазерного вмешательства.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/628-podozrenie-na-glaukomu. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/628_2