Глаукома первичная закрытоугольная

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H40.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России», Общероссийская общественная организация «Российское общество офтальмологов-глаукоматологов»

Первичная закрытоугольная глаукома — заболевание с закрытием угла передней камеры, повышением внутриглазного давления и глаукомной оптической нейропатией. Рекомендация посвящена выявлению механизма закрытия угла, сохранению зрения и выбору лазерной, медикаментозной или хирургической тактики, включая ведение острого приступа.

Главное

- ПЗУГ диагностируют при закрытом угле передней камеры, периодическом или постоянном повышении ВГД, структурных изменениях диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки, а также соответствующих дефектах поля зрения. При закрытом угле без повреждения зрительного нерва используют термины «подозрение на первичное закрытие угла» или «первичное закрытие угла».
- Острый приступ проявляется внезапной болью в глазу и одноимённой половине головы, снижением зрения, радужными кругами, тошнотой или рвотой; объективно характерны высокое ВГД, гиперемия, отёк роговицы, мелкая передняя камера, расширенный неподвижный зрачок. Это неотложное состояние.
- Главную роль в патогенезе ПЗУГ играет закрытие угла передней камеры корнем радужки; выделяют зрачковый блок, плоскую радужку, «ползучую» глаукому и витреохрусталиковый блок.
- При сохраняющемся закрытии угла после лазерной иридэктомии следует учитывать механизмы закрытия, не связанные со зрачковым блоком.
- Лазерная иридэктомия — процедура первого выбора при подозрении на первичное закрытие угла, первичном закрытии угла, ПЗУГ и остром приступе, независимо от уровня ВГД (УУР В, УДД 2).
- Консервативная терапия при ПЗУ или ПЗУГ не заменяет лазерную или хирургическую иридэктомию. Пилокарпин применяют до иридэктомии для профилактики приступа, а длительно — при остаточном закрытии угла после иридэктомии, при недостаточном эффекте других препаратов и при плоской радужке.
- После иридэктомии ВГД контролируют через 30 минут и 2 часа; противовоспалительные капли назначают на 4–7 дней. При стабильном течении визометрию и тонометрию проводят не реже одного раза в 6 месяцев, а периметрию, гониоскопию и офтальмоскопию — каждые 6–12 месяцев.
- При нестабильном течении контроль проводят каждые 1–4 месяца в зависимости от тяжести и факторов риска. Каждый визит сопровождается оценкой субъективного самочувствия, зрительных функций, качества жизни и приверженности лечению; переоценивают факторы риска. При медикаментозной терапии оценивают эффективность и побочные эффекты.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: боль и покраснение глаза, затуманивание зрения, ореолы, тошнота или рвота; уточните семейный анамнез, операции и травмы глаза, сопутствующие заболевания и приём препаратов, способных вызвать мидриаз или острый приступ.
2. Выполните визометрию без расширения зрачка, с оптимальной коррекцией вдаль и вблизи, затем рефрактометрию для выявления гиперметропии или миопии и подготовки к компьютерной периметрии (визометрия: УУР С, УДД 5; рефрактометрия: УУР В, УДД 2).
3. Измерьте ВГД до гониоскопии. Для выявления суточных колебаний проводят обычно не менее трёх утренних и трёх вечерних измерений, фиксируя время каждого исследования (УУР А, УДД 2).
4. Проведите биомикроскопию глаза всем пациентам с ПЗУ и ПЗУГ; метод Ван Херика может оценить вероятность узкого угла, но не заменяет гониоскопию. При отёке роговицы во время острого приступа гониоскопия затруднена, поэтому оценивают состояние угла на парном глазу.
5. Выполните гониоскопию обоих глаз в затемнённом помещении коротким световым пучком, избегая освещения зрачка, для оценки состояния угла передней камеры.

6. Оцените диск зрительного нерва и сетчатку офтальмоскопически или при биомикроскопии глазного дна, а функциональный ущерб — компьютерной периметрией.
7. ОКТ используют дополнительно для количественной оценки диска зрительного нерва, слоя нервных волокон сетчатки и макулярных слоёв; при высоком риске прогрессирования её повторяют через 3 месяца, в остальных случаях — каждые 6 месяцев.
8. При технической возможности дополните обследование пахиметрией, биометрией и ультразвуковым сканированием переднего отдела глаза. Толщина роговицы более 580 мкм требует коррекции тонометрических значений вниз, менее 520 мкм — вверх; переднезадняя ось менее 20–21 мм является фактором риска ПЗУГ.

Лечение

- Лазерную иридэктомию выполняют как процедуру первого выбора при ППЗУ, ПЗУ, ПЗУГ и ОПЗУГ.
- При отсутствии технической возможности выполнения лазерной иридэктомии или при выраженном отёке роговицы выполняют хирургическую иридэктомию.
- До иридэктомии при впервые выявленном ПЗУГ можно назначить пилокарпин 1% по 1–2 капли 1–2 раза в сутки (УУР С, УДД 4). Длительное применение может усилить зрачковый блок и вызвать стойкий миоз или задние синехии; при осевой гиперметропии, микрофтальме и несоответствии переднезадней оси глаза размеру хрусталика возможна злокачественная глаукома.
- Для достижения целевого ВГД применяют моно- или комбинированную терапию: бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы, симпатомиметики, аналоги простагландинов и миотики с учётом противопоказаний. Предпочтительны фиксированные комбинации; одновременно две фиксированные комбинации не назначают.
- При остром приступе начинают неотложную гипотензивную, миотическую и противовоспалительную терапию. При необходимости ацетазоламид назначают внутрь по 0,25 г 1–3 раза в сутки, а маннитол 15% вводят внутривенно капельно не менее 30 минут по 1,5–2 г/кг; иридэктомию выполняют как можно скорее после уменьшения отёка роговицы.
- При витреохрусталиковом блоке после иридэктомии и на фоне гипотензивной терапии применяют мидриатические и циклоплегические средства: атропин 1% по 1–2 капли 3 раза в день и фенилэфрин 2,5%; цель — углубить переднюю камеру и снизить ВГД.
- При плоской радужке выполняют сочетание иридэктомии с лазерной гониопластикой. Лазерную трабекулопластику проводят после иридэктомии, если угол открыт минимум на 180°.
- Хирургическое лечение показано после иридэктомии при прогрессировании синехиального закрытия угла и высоком ВГД, не контролируемом медикаментами. Возможны трабекулоэктомия, экстракция хрусталика или комбинированная операция; при неэффективности фильтрующей хирургии или выраженном рубцевании конъюнктивы рассматривают дренажную хирургию.
- После лазерной иридэктомии или лазерной трабекулопластики используют противовоспалительные капли: например, индометацин 0,1% по 1–2 капли 3 раза в день, непафенак 0,1% по 1–2 капли 2 раза в день или бромфенак 0,09% по 1–2 капли 1 раз в день в течение 4–7 дней.

Когда направить и как наблюдать

- При некупируемом остром приступе закрытоугольной глаукомы нужна ранняя неотложная госпитализация.
- Плановая госпитализация показана, если необходимы лазерное, хирургическое или медикаментозное лечение, которое нельзя выполнить амбулаторно или в дневном стационаре.
- Перед оперативным лечением направьте пациента к профильным специалистам при сопутствующих системных заболеваниях или факторах риска системных осложнений для выявления противопоказаний и снижения риска осложнений.
- После хирургического лечения требуется амбулаторное наблюдение офтальмолога в течение 1 месяца для профилактики и лечения послеоперационных осложнений.
- После острого приступа на парном глазу при узком угле необходима незамедлительная профилактическая лазерная иридэктомия.

Частые вопросы

Чем первичное закрытие угла отличается от первичной закрытоугольной глаукомы?

При первичном закрытии угла есть иридотрабекулярный контакт не менее чем в двух квадрантах с периферическими передними синехиями и/или повышением ВГД, но без повреждения зрительного нерва. ПЗУГ дополнительно требует признаков глаукомной оптической нейропатии и характерных дефектов поля зрения.

Нужна ли гониоскопия после нормализации ВГД?

Да. Гониоскопия обязательна для подтверждения состояния угла, выполняется на обоих глазах и нужна даже при отсутствии повышенного ВГД у пациентов с интермиттирующими симптомами.

Что делать при остром приступе закрытоугольной глаукомы?

Немедленно начать гипотензивную, миотическую и противовоспалительную терапию с учётом противопоказаний; при необходимости использовать ацетазоламид и осмотические растворы. Лазерную или, если она недоступна, хирургическую иридэктомию выполняют как можно скорее после уменьшения отёка роговицы.

Всегда ли после лазерной иридэктомии угол открывается?

Нет. До 35% пациентов с ПЗУГ могут иметь закрытый угол после процедуры. При остаточном закрытии оценивают незрачковые механизмы; при плоской радужке возможна лазерная гониопластика, а при прогрессировании и высоком ВГД — хирургическое лечение.

Как часто наблюдать пациента после достижения целевого ВГД?

При стабильном течении визометрию и тонометрию проводят не реже одного раза в 6 месяцев, а компьютерную периметрию, гониоскопию и офтальмоскопию — один раз в 6–12 месяцев. При нестабильном течении обследование проводят каждые 1–4 месяца.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/631-glaukoma-pervichnaya-zakrytougolnaya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/631_2