Глаукома первичная открытоугольная

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H40.1 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России», Общероссийская общественная организация «Российское общество офтальмологов-глаукоматологов»

Первичная открытоугольная глаукома — хроническая прогрессирующая оптиконейропатия с открытым углом передней камеры, изменениями диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки, а также характерными дефектами поля зрения. Болезнь часто протекает бессимптомно, поэтому рекомендация делает акцент на комплексной диагностике, снижении внутриглазного давления до индивидуальной цели и регулярном контроле прогрессирования.

Главное

- Диагноз ПОУГ подтверждают сочетанием повышения ВГД выше индивидуальной нормы, структурных изменений ДЗН и СНВС, типичных дефектов поля зрения и открытого УПК по данным гониоскопии.
- Заболевание часто бессимптомно и может выявляться уже на развитой или далекозашедшей стадии; настораживающие симптомы — затуманивание зрения, радужные круги, боли в глазах и голове, «мушки» и быстрая утомляемость.
- Основные факторы риска: возраст старше 40 лет, семейный анамнез глаукомы, повышенное ВГД, псевдоэксфолиативный синдром, пигментная дисперсия, тонкая роговица, миопия высокой степени и низкое перфузионное глазное давление.
- На фоне лечения ориентировочная верхняя граница ВГД составляет для начальной стадии Pt 20–22 или Po 16–18 мм рт. ст., для развитой — Pt 19–20 или Po 15–16, для далекозашедшей — Pt 16–18 или Po 12–14.
- При подтвержденном прогрессировании ГОН целевое давление пересматривают и стремятся снизить ВГД еще на 20% от ранее достигнутого уровня.
- При стабилизированном течении визометрию, тонометрию, офтальмоскопию и периметрию выполняют не реже одного раза в 3–6 месяцев, гониоскопию — не реже одного раза в год; ОКТ при технической возможности — каждые 6–12 месяцев.

Диагностика

1. Собрать жалобы, общий и офтальмологический анамнез, сведения о семейной отягощенности, факторах риска, аллергии, непереносимости препаратов и влиянии зрительных нарушений на повседневную жизнь. УУР С, УДД 5.
2. Выполнить визометрию и рефрактометрию с коррекцией аномалий рефракции; затем провести биомикроскопию глаза для оценки переднего отрезка и ориентировочной глубины угла.
3. Измерить ВГД до гониоскопии и расширения зрачка. Для динамики использовать один базовый метод тонометрии; учитывать абсолютное значение, суточные колебания и межглазную асимметрию. Офтальмотонометрия: УУР А, УДД 2.
4. Провести гониоскопию для подтверждения открытого УПК, исключения закрытоугольной формы, оценки пигментации, синехий и других изменений угла. УУР С, УДД 5.
5. Осмотреть глазное дно в условиях медикаментозного мидриаза: оценить ДЗН, нейроретинальный поясок, экскавацию, СНВС, перипапиллярную атрофию и кровоизлияния. УУР С, УДД 5.
6. Выполнить компьютерную периметрию для выявления и мониторинга функциональных дефектов; для ранней диагностики предпочтительна пороговая периметрия центрального поля зрения «белое-на-белом». УУР В, УДД 2.
7. При периметрии изменения в поле зрения должны быть подтверждены хотя бы одним повторным тестом.
8. Дополнительно провести кератопахиметрию для уточнения тонометрии и оценки фактора риска, а ОКТ ДЗН и СНВС — при подозрении на глаукому, в начальной и развитой стадиях для исходной оценки и наблюдения. Кератопахиметрия: УУР В, УДД 1; ОКТ: УУР В, УДД 2.

Лечение

- Снижать ВГД следует всем пациентам с ПОУГ для предотвращения прогрессирования ГОН; метод выбирают после подтверждения диагноза с учетом стадии, риска прогрессирования, возраста и ожидаемой продолжительности жизни. УУР А, УДД 2.
- При впервые установленной ПОУГ начать с монотерапии. Препараты первого выбора: аналоги простагландинов, бета-адреноблокаторы, местные ингибиторы карбоангидразы и симпатомиметики; максимальная гипотензивная активность указана у аналогов простагландинов. УУР В, УДД 1.
- Примеры концентраций и ожидаемого снижения ВГД: латанопрост 0,005%, тафлупрост 0,0015%, травопрост 0,004% или биматопрост 0,03% — 25–35%; тимолол 0,1–0,25–0,5% — 20–25%; бринзоламид 1% или дорзоламид 2% — около 20%; бримонидин 0,1–0,15–0,2% — 18–25%.
- Если монотерапия не дает целевого ВГД, добавить препарат с другим механизмом действия или перейти на фиксированную комбинацию; два препарата одной группы одновременно не назначают. Одновременное применение более трех лекарственных средств не рекомендовано. УУР А, УДД 1 для добавления второго препарата или комбинации.
- Лазерную трабекулопластику применяют при начальной и развитой стадии с умеренно повышенным ВГД, при неэффективности или непереносимости лекарств, необходимости уменьшить число препаратов и ожидаемой низкой приверженности; среднее снижение ВГД составляет 20–25% (6–9 мм рт. ст.). Эффект оценивают через 1–2 месяца, ВГД контролируют через 30 минут и 2 часа после процедуры. УУР В, УДД 2.
- Хирургическое лечение показано, если ВГД не удается нормализовать другими методами, сохраняется прогрессирование при давлении выше целевого, невозможно адекватное медикаментозное лечение или обеспечить контроль заболевания и приверженности.
- При сочетании катаракты с ПОУГ допустимо последовательное или комбинированное удаление хрусталика с антиглаукомной операцией; при далекозашедшей или прогрессирующей глаукоме первым этапом целесообразна антиглаукомная операция. УУР С, УДД 3.
- Нейроретинопротекцию проводят курсами при наличии в инструкции препарата показания «первичная открытоугольная глаукома». Для полипептидов сетчатки глаз скота при компенсированной ПОУГ указано 5 мг парабульбарно или внутримышечно 1 раз в сутки; этилметилгидроксипиридина сукцинат при открытоугольной глаукоме — внутримышечно 100–300 мг/сут в 1–3 введения в течение 14 дней. УУР А, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Перед оперативным лечением направить пациента к профильным специалистам при сопутствующих системных заболеваниях и факторах риска системных осложнений, чтобы выявить противопоказания и снизить риск осложнений. УУР С, УДД 5.
- Плановая госпитализация нужна, если оперативное, лазерное или медикаментозное лечение либо углубленное обследование невозможно амбулаторно или в дневном стационаре.
- Неотложная госпитализация показана при высоком уровне ВГД (уровень «с»), если лечение невозможно амбулаторно или в дневном стационаре и существует угроза быстрой потери зрительных функций.
- После антиглаукомной операции необходим амбулаторный осмотр офтальмолога не менее одного месяца; периодичность визитов и объем исследований определяют индивидуально.

Частые вопросы

Какие признаки обязательны для диагноза ПОУГ?

Нужны повышение ВГД выше индивидуальной нормы, структурные изменения ДЗН и СНВС, соответствующие им дефекты поля зрения и открытый УПК, подтвержденный гониоскопией.

Какое целевое ВГД использовать при разных стадиях?

Ориентировочная верхняя граница на лечении для начальной стадии — Pt 20–22 или Po 16–18 мм рт. ст., для развитой — Pt 19–20 или Po 15–16, для далекозашедшей — Pt 16–18 или Po 12–14.

С чего начинать медикаментозное лечение ПОУГ?

При впервые установленном диагнозе начинают с монотерапии. В качестве стартовых групп используют аналоги простагландинов, бета-адреноблокаторы, местные ингибиторы карбоангидразы или

симпатомиметики; выбор зависит от эффективности, противопоказаний, переносимости и необходимого снижения ВГД.

Когда выбирать лазерную трабекулопластику?

Она может быть альтернативой медикаментам при начальной или развитой стадии с умеренно повышенным ВГД, а также применяться при неэффективности или непереносимости капель, низкой приверженности и необходимости уменьшить число препаратов. Ожидаемое среднее снижение ВГД — 20–25%.

Как часто наблюдать пациента со стабилизированной ПОУГ?

Визометрию, тонометрию, офтальмоскопию и периметрию проводят не реже одного раза в 3–6 месяцев, гониоскопию — не реже одного раза в год. ОКТ при технической возможности выполняют один раз в 6–12 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/96-glaukoma-pervichnaya-otkrytougolnaya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/96_2