

с астигматизмом более 3,25 дптр длина ПЗО составила $22,7 \pm 2,0$ мм (21,8-23,6 мм), в то время как при астигматизме менее 3,0 дптр длина ПЗО равнялась $20,8 \pm 1,7$ мм (20,2-21,4 мм). Таким образом, мы можем предположить, что астигматизм более 3,0 дптр, вызывая неравномерный периферический дефокус на сетчатке, способствует чрезмерному росту глаза, что ведет к развитию осевой миопии.

При последующей оценке длины ПЗО на момент последнего осмотра и степени миопии получены следующие данные (табл. 3).

При оценке зависимости длины ПЗО от степени миопии с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) получены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Последующий апостериорный анализ показал, что показатели длины ПЗО в группе высокой степени миопии статистически значимо отличались от остальных ($p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$).

Таблица 3

**Длина ПЗО на момент последнего осмотра
в зависимости от степени миопии**

Миопия	N	Длина ПЗО, мм		p-value
		M $\pm$ SD	95% ДИ	
Слабой степени	15	$21,5 \pm 1,3$	20,8-22,2	p $<$ 0,001* p1-2=0,292 p1-3<0,001 p2-3<0,001
Средней степени	11	$22,2 \pm 0,9$	21,6-22,8	
Высокой степени	9	$24,5 \pm 1,1$	23,7-25,4	

Примечание: * – различия статистически значимы.

Таблица 4

**Зависимость длины ПЗО на момент последнего осмотра
от длины ПЗО на момент операции**

ПЗО на момент операции	N	Длина ПЗО, мм		p-value
		M $\pm$ SD	95% ДИ	
<20,0 мм	43	$21,0 \pm 1,8$	20,5-21,6	p<0,001*
>20,0 мм	10	$23,7 \pm 1,2$	22,8-24,5	

Примечание: * – различия статистически значимы.

Также найдена статистически значимая связь между длиной ПЗО на момент последнего осмотра от длины ПЗО на момент операции ($p < 0,001$).

При изначальной длине ПЗО менее 20,0 мм наблюдался меньший рост глаза в послеоперационном периоде (табл. 4).

Таким образом, у детей с артифакцией после экстракции врожденных катаракт миопия носит осевой характер. На ее формирование влияет степень астигматизма и исходные значения длины ПЗО. Анализ и учет этих параметров в предоперационном периоде позволит предотвратить формирование нежелательной миопии, а также сопутствующих ей осложнений.

Литература

1. Ишбердина Л.Ш., Бикбов М.М. Результаты хирургии врожденной катаракты и коррекции афакии у детей раннего возраста. Офтальмохирургия. 2010; 6.
2. Зайдуллин И.С. Система хирургических вмешательств при патологии хрусталика в осложненных случаях у детей: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. К.: 2012. 46 с.
3. Катаргина Л.А., Круглова Т.Б., Егиян Н.С., Трифонова О.Б. Динамика длины переднезадней оси глаз после экстракции односторонних врожденных катаракт с имплантацией интраокулярных линз на первом году жизни детей. Российская педиатрическая офтальмология. 2017; 1:6-10.
4. Erbil Seven, Serek Tekin, Muhammed Batur, Tuncay Artuc, Tekin Yasar. Evaluation of changes in axial length after congenital cataract surgery. J Cataract Refract Surg. 2019; 45(4):470-474.
5. Lambert S.R., Aakalu V.K., Hutchinson A.K., Pineles S.L., Galvin J.A., Heidary G., Binenbaum G., VandeVeen D.K. Intraocular lens implantation during early childhood. Ophthalmology. 2019; 126(10):2019. doi: 10.1016/j.jophtha.2019.05.009