

Материал и методы. Нами проведен анализ частоты и степени миопии в отдаленные сроки после экстракции врожденных катаракт (ВК) с имплантацией ИОЛ детям первого года жизни и ее возможной связи с различными факторами. Анализ различных параметров глаз (показателей рефракции, степени астигматизма, длины переднезадней оси (ПЗО)) был проведен у 39 детей (53 глаза) с двусторонними (28 детей, 42 глаза) и односторонними (11 детей) врожденными катарактами. Средний возраст проведения экстракции ВК составил $7,3 \pm 0,3$ мес. (95%: 6,7-7,9). Возраст детей на момент последнего обследования составил $5,17 \pm 0,15$ года (95%: 4,88-5,46).

Все предоперационные обследования, необходимые для клинической оценки глаза и расчета ИОЛ (биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, авторефрактометрия на аппарате Retinomax K-Plus 3 («Righton») ультразвуковые и электрофизиологические исследования), проводили во время наркотического сна. Катаракты удаляли методом факоаспирации на офтальмоскопической хирургической системе Megatron S4 («Geuder», Германия) или методом аспирации – ирригации через тоннельные роговичные разрезы.

Производилась имплантация моноблочных моделей ИОЛ Acrysof SN60AT, SN60WF и Noya iSert модель 251. Оптическая сила ИОЛ, рассчитанная по формулам SRK II и SRK/T, составляла 27,0-41,0 дптр. Величина гипокоррекции, рассчитываемая индивидуально, варьировала от 6,0 до 12,0 дптр в зависимости от возраста ребенка на момент операции, исходной длины глаза и рефракции парного глаза.

Статистическая обработка выполнена с использованием программы IBM SPSS Statistics. Нормальность распределения оценивались при помощи критерия Колмогорова - Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

Результаты. Анализ результатов обследования детей с артефакцией в отдаленном периоде позволил выявить в 66,0% случаев (35 глаз, 26 детей) миопию различной степени. В 28,3% случаев (15 глаз, 13 детей) была выявлена миопия слабой степени до 3,0 дптр. В 37,7% случаев (20 глаз, 15 детей) определялась миопия средней (11 глаз) и высокой (9 глаз) степени. У всех детей выявлялся астигматизм различной степени, от 1,25 до 6,25 дптр и выше.

Одним из возможных факторов, влияющих на формирование миопической рефракции, является астигматизм. Мы сопоставили данные наличия астигматизма с развитием миопии (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость степени миопии от величины астигматизма

Миопия	N	Величина астигматизма, дптр			
		1,25-3,0		≥ 3,25	
Слабой степени	15	12	80%	3	20%
Средней степени	11	4	36,4%	7	63,6%
Высокой степени	9	2	22,2%	7	77,8%
Всего	35	18	100%	17	100%

Таблица 2

Длина ПЗО на момент последнего осмотра в зависимости от степени астигматизма

Ast	N	Длина ПЗО, мм		p-value
		M ± SD	95% ДИ	
1,25-3,0	34	20,8 ± 1,7	20,2-21,4	p=0,001*
≥ 3,25	19	22,7 ± 2,0	21,8-23,6	

Примечание: * – различия статистически значимы.

Проведенный корреляционный анализ выявил прямую связь средней силы между величиной астигматизма и степенью миопии ($p=0,002$). При миопии слабой степени преобладал астигматизм менее 3,0 дптр (80%), в то время как при миопии средней и высокой степени чаще выявлялся астигматизм более 3,25 дптр (63,6 и 77,8% соответственно). Таким образом, можно предположить, что увеличение значений астигматизма сопровождается увеличением степени миопической рефракции.

Для оценки возможного влияния астигматизма на прогрессирование миопии мы проанализировали длину ПЗО на момент последнего осмотра в зависимости от степени астигматизма (табл. 2).

При сравнении показателей с помощью t-критерия Стьюдента были получены статистически значимые различия между длиной ПЗО в зависимости от степени астигматизма ($p=0,001$). Для глаз