

ния составила от 0,01-0,03 у 4 детей и правильная светопроекция у 2 детей.

Решающее влияние на визуальные результаты оказало наличие тяжелых изменений сетчатки и зрительного нерва, имевшиеся у большей части оперированных детей.

Заключение

Ранняя первичная имплантация ИОЛ у детей с первичным персистирующим гиперпластическим стекловидным телом позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

При синдроме ППГСТ, сочетающемся с микрофтальмом 3 степени, оперативные вмешательства в грудном возрасте сопряжены с риском развития осложнений и низкими функциональными результатами, поэтому необходим индивидуальный подход к их проведению.

Список использованной литературы:

1. Азнабаев М.Т., Казакбаев А.Г., Азнабаев Р.А. // Вестн. офтальмологии. – 1997. – №1. – С. 7-8.
2. Глинчук Я.И., Полин М.Г. // Вестн. офтальмологии. – 1986. – №1. – С. 30-31.
3. Хватова А.В., Судовская Т.В. // Детская офтальмология: Итоги и перспективы. – Материалы научно-практ. конф. – М. – 2006. – С. 6-80.
4. Alexandrakis G., Scott I.U., Flynn H.W. // Ophthalmology 2000. – Vol. 107. – P. 1068-1072.
5. Goldberg M.F. // Am. J. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 124. – P. 587-626.
6. Karr D.J., Scott W.E. // Arch. Ophthalmol. – 1986. – Vol. 104. – P. 662-667.
7. Mittra R.A., Huynh L.T., Ruttum M.S., et al. // Arch. Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116. – P. 1190-1194.
8. Stark W.J., Lindsey P.S., Fagadau W.R., Michels R.G. // Ophthalmology. – 1983. – Vol. 90. – P. 452-457.

Агзамов М.К.

Кафедра нейрохирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 79 больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами супратенториальной локализации в возрасте от 41 до 72 лет. Метод с использованием канюли позволил отказаться от открытых операций у большинства больных с латеральными и смешанными гематомами, составляющих основной контингент пациентов с гипертензивными гематомами, и позволил снизить послеоперационную летальность у этих больных на 7,2% и на 9,9% в целом.

Аннотация

Внутримозговые гипертонические кровоизлияния являются одной из наиболее распространенных и тяжелых форм сосудистой патологии головного мозга [1, 2, 3, 5, 10].

Наиболее сложными и дискуссионными являются вопросы хирургического лечения [4, 6, 9, 11, 13, 14].

Одним из направлений в улучшении помощи больным с внутримозговыми кровоизлияниями остается совершенствование и разработка новых устройств и минимально инвазивных методов хирургического лечения.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 79 больных с внутримозговыми гематомами супратенториальной локализации. Больные находились на лечении в отделении нейрохирургии Мариинской городской больницы г. Санкт-Петербурга (50 больных) и отделений нейрохирургии Самаркандского и Джизакского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (29 больных) в период с 2005 г по 2007 г.

В возрасте 41-50 лет было 29 больных, 51-60 лет – 37, 61-70 лет – 11, свыше 70 лет – 2 больных. Мужчин было 46, женщин – 33.

Основным этиологическим фактором во всех случаях являлась гипертоническая болезнь.

В ясном сознании поступило 10, в состоянии умеренного и глубокого оглушения – 28, в сопоре – 22, в умеренной коме – 19.

В компенсированном состоянии госпитализировано 18, в субкомпенсированном – 42, в декомпенсированном – 19 больных.

Всем больным при поступлении и в динамике проводилась КТ головного мозга

Церебральная ангиография проведена 11 (13,9%) больным.

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 34 больных. Этим больным проводилось открытое удаление интратримозговых гематом. В ясном сознании поступило 4, в оглушенном – 10, в сопоре – 10, в умеренной коме – 10 больных. В компенсированном состоянии находилось 5 больных, в субкомпенсированном – 19, в декомпенсированном – 10.

Во вторую группу вошло 16 больных. Этим больным осуществлялось открытое удаление интратримозговых гематом с использованием эндоскопической техники.

В ясном сознании поступило 4 больных, в оглушенном – 9, в сопоре – 2, в умеренной коме – 1. В компенсированном состоянии находилось 7 больных, в субкомпенсированном – 8, в декомпенсированном – 1

В третью группу вошло 29 больных. В ясном сознании поступило 2 больных, в оглушенном – 9, в сопоре – 10, в умеренной коме – 8. В компенсированном состоянии находилось 6 больных, в субкомпенсированном – 15, в декомпенсированном – 8.

Этим больным осуществлялось минимально инвазивное удаление интратримозговых гематом с применением оригинального устройства (патент РФ за №65382 от 19 марта 2007 г).

Устройство – воронкообразная канюля, представляет собой усеченный конус, имеющий высоту 40-60 мм, диаметр большего основания 23-27 мм, диаметр меньшего основания 13-17 мм. На большем основании канюля имеет ограничительный фланец, обеспечивающий возможность фиксации канюли в костном отверстии [рис. 1а, цветная вкладка].

Удаление интратримозговой гематомы осуществляют через трепанационное отверстие диаметром 2,5 см. Место выбора наложения костного отверстия, а также место, направление и глубину пункции предварительно определяют на КТ срезах и с учетом реального масштабного коэффициента переносят на поверхность головы [9, 12].

Для проведения воронкообразной канюли в полость гематомы мы использовали набор цилиндрических трубок-расширителей мозговой

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей больных трех групп

Клинический признак	1 группа	2 группа	3 группа	итого
Возраст				
-41-50 лет	14 (41,2%)	4 (25%)	11 (37,9%)	29 (36,8%)
-51-60 лет	15 (44,1%)	5 (31,3%)	17 (58,6%)	37 (46,8%)
-61-70 лет	4 (11,8%)	6 (37,5%)	1 (3,5%)	11 (13,9%)
свыше 70 лет	1 (2,9%)	1 (6,2%)	-	2 (2,5%)
Локализация гематомы				
-латеральная	16 (47,1%)	9 (56,3%)	19 (65,5%)	44 (55,7%)
-медиальная	2 (5,9%)	2 (12,5%)	-	4 (5,0%)
-смешанная	12 (35,2%)	3 (18,7%)	4 (13,8%)	19 (24,1%)
-лобарная	4 (11,8%)	2 (12,5%)	6 (20,7%)	12 (15,2%)
Объем гематомы				
менее 40 см ³	1 (2,9%)	1 (6,2%)	-	2 (2,5%)
41-60 см ³	7 (20,6%)	7 (43,9%)	5 (17,2%)	19 (24,1%)
61-90 см ³	16 (47,1%)	6 (37,5%)	14 (48,3%)	36 (45,6%)
91-120 см ³	8 (23,5%)	1 (6,2%)	8 (27,6%)	17 (21,5%)
свыше 120 см ³	2 (5,9%)	1 (6,2%)	2 (6,9%)	5 (6,3%)
Вентрикулярное кровоизлияние	18 (52,9%)	9 (56,3%)	17 (58,6%)	44 (55,7%)
Смещение срединных структур				
нет смещения	1 (2,9%)	3 (18,7%)	4 (13,8%)	8 (10,1%)
1-4 мм	9 (26,5%)	4 (25%)	15 (51,7%)	28 (35,5%)
5-10 мм	13 (38,2%)	8 (50%)	7 (24,1%)	28 (35,5%)
свыше 10 мм	11 (32,4%)	1 (6,2%)	3 (10,34%)	15 (18,9%)
Всего больных	34 (100%)	16 (100%)	29 (100%)	79 (100%)

ткани возрастающего диаметра [рис. 1б, цветная вкладка].

Первой трубкой осуществлялась пункция гематомы, далее по ней проводили вторую трубку большего диаметра. При такой последовательности мозговая ткань растягивается равномерно и, следовательно, травмируется меньше, чем при энцефалотомии. По второй трубке в полость гематомы вводили воронкообразную канюлю, трубки-расширители извлекали и осуществляли удаление гематомы при помощи электроотсоса [рис. 2, цветная вкладка].

Сравнительная характеристика больных трех групп представлена в таблице 1. Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты и их обсуждение

В первой группе больных хорошее восстановление отмечалось у 4 больных, умеренная инвалидизация – у 4, глубокая инвалидизация – у 8, смертельный исход был в 18 случаях.

Из 14 больных возрастной группы 41-50 лет погибли 7 (50%), из 15 больных возрастной группы 51-60 лет погибли 8 (53,3%). Наибольшая летальность отмечалась среди больных в возрасте 61-70 лет 75%.

Из 14 больных, поступивших в ясном сознании и оглушении, погибли 5 (35,7%). Причиной смерти в этих случаях явились соматические осложнения и повторное кровоизлияние. Из 20 больных, поступивших в сопоре и коме, умерли 13 (65%).

В компенсированном состоянии умерших больных не было. Из 19 больных в субкомпенсированном состоянии погибли 12 (63,2%), из 10 поступивших в декомпенсированном – погибли 6 (60%).

Из 16 больных с латеральными гематомами погибли 10, что составило 62,5%. Наиболее высокая летальность отмечалась у больных с медиальными гематомами (100%). Причиной смерти в этих 2 случаях явилось выраженное вентрикулярное кровоизлияние. Из 12 больных со смешанными кровоизлияниями погибли 5 (41,7%). Из 4 больных с лобарными гематомами погиб 1 (25%).

Объем гематомы определенным образом влиял на летальность. Если при объеме гема-

томы 41-60 см³ и 61-90 см³ летальность была примерно одинаковой 42,9% и 43,8% соответственно, то с дальнейшим увеличением объема кровоизлияния возрастала летальность, которая при объеме 91-120 см³ составила 62,5%, а свыше 120 см³ – 100%.

Повторные кровотечения возникли у 4 больных (14,7%), троим, из которых проведены дополнительные операции. Все пациенты с повторным кровоизлиянием погибли.

Во второй группе больных хорошее восстановление отмечалось у 2 больных, умеренная инвалидизация – у 4, глубокая инвалидизация – у 4, смертельный исход был в 6 случаях.

Из 4 больных возрастной группы 41-50 лет погиб 1 (25%), из 5 больных возрастной группы 51-60 лет погибли 2 (40%). Наибольшая летальность отмечалась среди больных в возрасте 61-70 лет – 50%.

Из 13 больных, поступивших в ясном сознании и оглушении, погибли 3 (23,1%). Причиной смерти в этих случаях явились соматические осложнения. Из 3 больных, поступивших в сопоре и коме, умерли все. Причиной смерти этих пациентов явились отек и дислокация головного мозга.

В компенсированном состоянии умерших больных не было. Из 8 больных в субкомпенсированном состоянии погибли 5 (62,5%), поступивший один больной в декомпенсированном состоянии умер.

Из 9 больных с латеральными гематомами погибли 3, что составило 33,3%. 2 больных с медиальными гематомами погибли (100%) из-за выраженного вентрикулярного кровоизлияния. Из 3 больных со смешанными кровоизлияниями погиб 1 (33,3%). С лобарными гематомами умерших больных не было.

Использование эндоскопической техники оказалось неэффективным при медиальном расположении гематомы. Однако при объеме гематомы 41-60 см³ и 61-90 см³ применение эндоскопии привело к значительному уменьшению летальности, 14,3% и 33,3% соответственно. С увеличением объема кровоизлияния применение данной методики оказалось неэффективным, все больные с объемом 91-120 см³ и выше погибли.

Повторные операции по поводу вторично возникших кровоизлияний проведены у 2 больных (12,5%). Эти больные также погибли.

В третьей группе больных хорошее восстановление отмечалось у 4 больных, умеренная ин-

валидизация – у 9, глубокая инвалидизация – у 8, смертельный исход был в 8 случаях.

Из 11 больных возрастной группы 41-50 лет погибли 3 (27,3%), из 17 больных возрастной группы 51-60 лет погибли 5 (29,4%).

Из 11 больных, поступивших в ясном сознании и оглушении, погибли 3 (23,1%). Причиной смерти в этих случаях явились соматические осложнения и повторное кровоизлияние. Из 18 больных поступивших в сопоре и коме умерли 8, что составило 44,4%. Причиной смерти этих пациентов явились отек и дислокация головного мозга.

В компенсированном состоянии умерших больных не было. Из 15 больных в субкомпенсированном состоянии погибли 3 (20%), из 8 больных поступивших в декомпенсированном состоянии погибли 5 (62,5%).

Из 19 больных с латеральными гематомами погибли 5, что составило 26,3%. Из 4 больных со смешанными кровоизлияниями погиб 1 (25%). Из 6 больных с лобарными гематомами

умерли 2 (33,3%) больных на фоне развившегося повторного кровоизлияния с прорывом и тампонадой желудочков мозга.

Результаты лечения в данной группе больных зависели и от объема кровоизлияния. Применение устройства привело к значительному уменьшению летальности по сравнению с 1 и 2 группами. При объеме 41-60 см³ летальность составила 20%, при объеме 61-90 см³ – 28,8%, при объеме 91-120 см³ – 25%, свыше 120 см³ – 50%.

Повторные операции по поводу вторично возникших кровоизлияний проведены у 2 больных (6,9%). Эти больные также погибли.

Исследование показало, что результаты хирургического лечения в трех группах зависели от тяжести состояния больных, от степени нарушения сознания, объема и локализации гематомы, вентрикулярного кровоизлияния ($p < 0,05$) и в меньшей степени зависели от сроков проведения операции и степени смещения срединных структур мозга ($p > 0,05$).

Таблица 2. Сравнительная характеристика летальности в зависимости от наиболее важных признаков у больных с внутримозговыми гематомами

Клинический признак	1 группа	2 группа	3 группа
Возраст			
-41-50 лет	50% (7)	25% (1)	27,3% (3)
-51-60 лет	53,3% (8)	40% (2)	29,4% (5)
-61-70 лет	75% (3)	50% (3)	-
-свыше 70 лет	-		
Уровень сознания			
-ясное	25% (1)	-	-
-оглушение	40% (4)	33,3% (3)	-
-сопор	80% (8)	100% (2)	40% (4)
-кома	50% (5)	100% (1)	50% (4)
Тяжесть состояния			
-компенсированное	-	-	-
-субкомпенсированное	63,2% (12)	62,5% (5)	20% (3)
-декомпенсированное	60% (6)	100% (1)	62,5% (5)
Локализация гематомы			
-латеральная	62,5% (10)	33,3% (3)	26,3% (5)
-медиальная	100% (2)	100% (2)	
-смешанная	41,7% (5)	33,3% (1)	25% (1)
-лобарная	25% (1)	-	33,3% (2)
Объем гематомы			
менее 40 см ³	100% (1)	100% (1)	
41-60 см ³	42,9% (3)	14,3% (1)	20% (1)
61-90 см ³	43,8% (7)	33,3% (2)	28,6% (4)
91-120 см ³	62,5% (5)	100% (1)	25% (2)
свыше 120 см ³	100% (2)	100% (1)	50% (1)
Вентрикулярное кровоизлияние	66,7% (12)	55,6% (5)	29,4% (5)
Смещение срединных структур			
нет смещения	-	-	25% (1)
1-4 мм	33,3% (3)	50% (2)	26,7% (4)
5-10 мм	76,9% (10)	37,5% (3)	28,6% (2)
свыше 10 мм	45,5% (5)	100% (1)	33,3% (1)
Летальность	52,9% (18)	37,5% (6)	27,6% (8)

Метод с использованием канюли позволил отказаться от открытых операций у большинства больных с латеральными и смешанными гематомами, что позволило снизить послеоперационную летальность. Так, летальность среди пациентов 3 группы с латеральными и смешанными гематомами составила 26,1%, первой – 53,6%, второй – 33,3%.

Минимально инвазивный метод эффективно зарекомендовал себя при удалении гематом различных объемов. Летальность среди больных с объемом гематомы свыше 41 см³ в 3 группе составила 27,6%, в 1 группе – 51,1%, во 2 группе – 33,3%.

Следует отметить, что среди больных 1 и 2 групп объемом гематомы от 41 до 90 см³ летальность была меньше при использовании эндоскопической техники, а свыше 91 см³ летальность была уже ниже у больных на фоне открытого удаления.

Результаты некоторых клинических наблюдений свидетельствуют о том, что во время открытых операций воздействие, оказываемое шпателями, может вызывать повреждение тканей мозга. Шпатели, которые неоднократно переставляются во время операции, приводят к разрыву мозговой ткани, а в наиболее тяжелых случаях приводят к формированию зоны геморрагического инфаркта в подвергаемых тракции отделах мозга [7, 8]. Ретракция долей головного мозга во время оперативного вмешательства, как показал А. Sloniewski с соавт. (1995) методом эмиссионной фотонной КТ, может приводить к формированию зон гипоперфузии мозговой ткани в месте ретракции.

Во всех случаях после извлечения воронкообразной канюли мозговая ткань, растянутая вокруг нее во время операции, быстро смыкалась. Атравматичное удаление гематомы приводило к быстрому эффекту, поскольку исчезал масс-эффект и снижалось внутричерепное давление. На контрольных КТ раневой ход не определялся. Иногда определялось небольшое скопление пузырьков воздуха в ложе гематомы [рис. 3, цветная вкладка].

Данный метод позволил отказаться от открытого вмешательства у основной массы больных, что позволило улучшить исходы заболевания.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно предложить следующую тактику ведения больных с нетравматическими внут-

римозговыми гематомами. Больные с гематомами латеральной, смешанной и лобарной локализации и объемом более 40 см³ должны быть оперированы минимально инвазивным способом, например, с использованием воронкообразной канюли. Больные с угнетением сознания до комы помимо указанного метода могут быть оперированы открытым способом. Применение эндоскопической техники целесообразно при гематомах латеральной и смешанной локализации при объеме не более 60 см³.

Заключение

Применение минимально инвазивного метода позволило значительно улучшить результаты лечения в основном за счет уменьшения послеоперационной летальности среди больных с латеральными и смешанными кровоизлияниями, составляющими основной контингент пациентов с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями.

Малотравматичность метода в сочетании с небольшой длительностью операции, возможностью отказа от сложных видов наркоза и продленной ИВЛ позволяет расширить контингент пожилых больных и показания к хирургическому лечению.

Разработанный минимально инвазивный способ удаления внутримозговых гематом позволяет его использовать во всех случаях, когда производится открытое удаление, с минимальным риском нарастания отека и дислокации в послеоперационном периоде.

Список использованной литературы:

1. Галкина Т.Н., Иванова Н.Е., Кондаков Е.Н. Клинико-статистическая характеристика нетравматических внутримозговых гематом (анализ результатов хирургического и консервативного лечения) // III Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. – СПб., 2002. – С. 311.
2. Головкин А.М., Капацевич С.В., Смеянович В.А., Шипай А.П. Нейроэндоскопия в хирургическом лечении инсультных внутримозговых гематом // III Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. – СПб., 2002. – С. 608-609.
3. Кариев М. Хирургическое лечение геморрагических инсультов // IV Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. – М., 2006. – С. 264.
4. Ламаршак Э., Жерар Ж.-Л., Брикар А. Тактика ведения нарушений мозгового кровообращения // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. – 1999. – №1. – С. 121.
5. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 568 с.
6. Летагин Г.В. Эндоскопия в лечении нетравматических внутримозговых гематом: Автореф. дисс...канд. мед. наук. Новосибирск. 2005. – 28 с.
7. Лубнин А.Ю., Коршунов А.Г., Сазонова О.Б., Горячев А.С., Салалыкин В.И., Махмудов У.Б. Ретракционное давление при нейрохирургических операциях на мозге.

- Часть II. Анализ осложнений, связанных с применением ретракторов // Вопросы нейрохирургии. – 1995. – №2. – С. 20-22.
8. Меликян А.Г., Шток А.В., Голанов А.В., Казарновская М.И., Коршунов А.Г., Лобанов С.А. Стереотаксическая резекция внутримозговых опухолей // Вопросы нейрохирургии. – 1995. – №4. – С. 3-10.
 9. Полякова Л.Н. Метод пункционно-аспирационного удаления гипертензивных внутримозговых гематом в сочетании с локальным фибринолизом: Дисс... канд мед. наук. М., 2005. – 114 с.
 10. Чеботарева Н.М. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. – М.: Медицина, 1984. – 174 с.
 11. Gregson B.A., Mendelow A.D. International variations in surgical practice for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2003;34:2593–2598.
 12. Matsumoto K., Hondo H. CT-guided stereotactic evacuation of hypertensive intracerebral hematomas // *J. Neurosurg.*, 1984, N. 61, p. 440-448.
 13. Prasad K, Shrivastava A. Surgery for primary supratentorial intracerebral haemorrhage. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 1998; primary sources Cochrane Stroke Group Trials Register; and hand searches of reference lists of articles identified, three relevant monographs, and issues of *Curr Opin Neurol Neurosurg* and *Neurosurg Clin N Am*.
 14. Qiu Y., Lin Y., Tian X., Luo Q. Hypertensive intracranial hematomas: endoscopic-assisted keyhole evacuation and application of patient viewing dissector // *Chin. Med. J.* – 2003. – Vol. 116, №2. – P. 195-199.
 15. Sloniewski P. Remote effect of brain retraction on regional cerebral emission computed tomography // *P. Sloniewski, P. Zielinski // Surg. Neurol.* – 1997. Vol. 48, №5. – P. 511-513.

Акманова А.А., Даутова З.А., Саматова Р.Р.
ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней»
Академии наук Республики Башкортостан, Уфа

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМЕТРИЯ И КЕРАТОМЕТРИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

В статье представлен анализ данных ультразвуковой биометрии и кератометрии при различных формах миопии у детей. У детей с врожденной стационарной близорукостью высокой степени, в сравнении с приобретенной высокой степени, выявлены отличия в строении переднего отрезка глаза – более крутая роговица, меньшая глубина передней камеры, более толстый хрусталик, большая величина астигматизма; астигматизм встречается чаще. При прогрессирующей и стационарной приобретенной близорукости значения глубины передней камеры, толщины хрусталика и кератометрии достоверно не отличаются, тогда как для стационарной миопии характерна большая величина астигматизма.

Актуальность

Биометрические показатели у детей с приобретенной близорукостью изучены рядом авторов, однако данные разноречивы [1, 2, 4, 5].

Сведений об особенностях биометрических параметров и кератометрии при врожденной миопии в доступной литературе не было найдено.

Цель

Сравнить биометрические параметры и данные кератометрии при врожденной, приобретенной стационарной и приобретенной прогрессирующей миопии.

Материалы и методы

Проанализированы данные 313 пациентов (626 глаз) в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст $12,4 \pm 0,12$ года). Детей с врожденной миопией высокой степени было 125 (250 глаз). С приобретенной миопией проанализировано 188 человек (376 глаз), из них прогрессирующая миопия наблюдалась у 131 пациента (262 глаза), стационарная – у 57 (114 глаз).

Методика обследования включала определение сферического и цилиндрического компонентов рефракции глаза на авторефрактометре PREMIUM NIVITZ NRK-3100, Корея. Кератометрия определялась на ручном рефкератометре Nidek ARK – 30. Ультразвуковая биометрия глазного яблока проводилась при помощи биопахиметра TOMEY AL-3000, Япония.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в таблицах.

При сравнении показателей детей с врожденной и приобретенной стационарной близорукостью высокой степени выявлен более толстый хрусталик, меньшая глубина передней камеры и более крутая роговица у детей с врожденной формой (табл. 1).

Астигматизм при врожденной миопии встречался чаще (80,8% в сравнении с 74,3% при приобретенной миопии), причем величина цилиндрического компонента рефракции оказалась больше при врожденной близорукости (табл. 1), тогда как роговичный астигматизм достоверно не отличался, что говорит о большем хрусталиковом астигматизме.

Мы сравнили данные биометрии и рефракции у детей с аналогичными значениями передне-задней длины глаза – в среднем 26,17 мм (табл. 2), у которых имелась врожденная и приобретенная стационарная близорукость высокой степени. Полученные цифры показали те