



КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ С.В. ВИССАРИОНОВА С СОАВТ. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМАТОМИЕЛИЕЙ»*

Э.В. Ульрих

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

В статье С.В. Виссарионова с соавт. из Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера «Диагностика и лечение детей с диастематомиелией», в разделе «Материал и методы» (с. 42), сообщается: «В клинике прооперировано более 130 пациентов с диастематомиелией, однако в данной работе мы отразили результаты обследования 20 из них». Это досадное недоразумение побудило меня вспомнить старые традиции отечественных научных журналов и обратиться в редакцию с комментариями по поводу данной статьи.

Диастематомиелия впервые описана в 1837 г. [8], но сообщения о возможности ее хирургического лечения появились лишь в начале второй половины прошлого века [7, 9–11, 14, 15]. С разрывом почти в два десятилетия первая успешная операция удаления перегородки при диастематомиелии в России была выполнена профессором Ленинградского педиатрического института Б.М. Никифоровым [1]. В 80-е гг. минувшего столетия в этом институте (ныне Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия) началось активное изучение диастематомиелии. За последние 50 лет через академию прошло около 160 пациентов с данной патологией, из которых 63 больных были оперированы. Опыт академии в диагностике и лечении диастематомиелии неоднократно обобщался в периодических медицинских изданиях [2, 4–6, 12].

Общее количество пациентов с диастематомиелией, оперированных в различных медицинских учреждениях России (включая Педиатрическую медицинскую академию), незначительно превышает 100 наблюдений. Авторы статьи, конечно, могут не учитывать отечественных заслуг, но и заявлять о своем мнимом лидерстве – 130 (!) оперированных больных – не стоит.

Поскольку статья опубликована в научно-практическом, а не в научно-популярном журнале, авторам следовало бы подойти более внимательно и к описанию классификации патологии. В современной классификации

рассматривается два типа диастематомиелии. К 1-му типу относят диастематомиелию с перегородками, пересекающими пространство позвоночного канала и разделяющими оболочку спинного мозга и сам мозг на два рукава. По тканевому строению они могут быть костными, хрящевыми и комбинированными [13]. Ко 2-му типу – диастематомиелию без перегородки, разделяющей позвоночный канал. При этом варианте фиброзная перегородка расщепляет на два рукава только спинной мозг, сохраняя целостным дуральный мешок. У некоторых пациентов с диастематомиелией 2-го типа перегородка может вообще отсутствовать. В этих случаях спинной мозг представлен двумя гемикордами или частично расщеплен [16]. Представление в статье классификации «в зависимости от анатомического типа перегородки»: «Костная перегородка относится к первому варианту, фиброзная – ко второму» (с. 42) – не только неточно, но и не отражает сути разных вариантов мальформации.

Трудно представить, на чем основываются авторы, предлагая выполнять «костно-пластическую ламинотомию» (с. 43) при удалении перегородки 2-го типа. Практически во всех случаях дуги позвонков, участвующих в формировании порока, неразвиты, причудливо деформированы и/или расщеплены и не могут быть использованы для костной пластики. Нередко перегородка в дорсальном отделе напоминает форму шляпки гриба, не имеющей прочной (костной) связи с ножками позвонка или, напротив, имеет такую связь в виде коралловидных костных формирований, без удаления которых невозможно обнажить зону перегородки и расщепленного спинного мозга. Эти особенности порока не позволяют выполнить костно-пластическую ламинэктомию.

У детей старше 16 лет авторы предлагают фиксировать костный лоскут титановыми микрорамками. Непонятно, как можно распространить использование данного метода на детей старше 16 лет, если (судя по табл. на с. 45–46) опыт авторов ограничен всего одним наблюдением. Вместе с тем можно согласиться с такой техникой и, наверное, ее следует применять у детей любого возраста при хирургическом лечении диастематомиелии 2-го типа, при котором у части пациентов дуги позвонков могут быть хорошо развиты.

*Хирургия позвоночника. 2010. № 4. С. 41–47.

Э.В. Ульрих, д-р мед. наук, проф., профессор кафедры хирургических болезней детского возраста; ulrib05@rambler.ru.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что диастематомии относится к сложным и тяжелым порокам позвоночника и спинного мозга. Медицинские проблемы, возникающие на ее фоне, описаны на страницах журнала «Хирургия позвоночника» в статье «Диастематомии как узел вер-

тебрологической, ортопедической, нейрохирургической и соматической проблем» [3]. Надеюсь, что эта интересная тема привлечет внимание вертебрологов и нейрохирургов и появятся новые публикации, открывающие пути к дискуссионным вопросам.

Литература

1. Никифоров Б.М., Смирнов Г.И., Диденко Э.В. Диастематомии позвоночника в сочетании с дермоидной опухолью конского хвоста // Педиатрия. 1972. № 7. С. 81–82.
Nikiforov B.M., Smirnov G.I., Didenko E.V. Diastematomyelia pozvonochnika v sochetanii s dermoidnoy opuhol'yu konskogo hvosta // Pediatriya. 1972. № 7. S. 81–82.
2. Никифоров Б.М., Ульрих Э.В. Хирургическое лечение диастематомии у детей // Вопросы детской нейрохирургии. Л., 1985. С. 142–146.
Nikiforov B.M., Ul'rih E.V. Hirurgicheskoe lechenie diastematomyelii u detey // Voprosy detskoy neyrohirurgii. L., 1985. S. 142–146.
3. Ульрих Э.В. Диастематомии как узел вертебрологической, ортопедической, нейрохирургической и соматической проблем // Хирургия позвоночника. 2008. № 2. С. 18–25.
Ul'rih E.V. Diastematomyeliya kak uzel vertebrologicheskoy, ortopedicheskoy, neyrohirurgicheskoy i somaticheskoy problem // Hirurgiya pozvonochnika. 2008. № 2. S. 18–25.
4. Ульрих Э.В., Елякин Д.В. Хирургическая тактика при диастематомии в зависимости от анатомического варианта порока // Актуальные вопросы детской хирургии. Иркутск, 1996. С. 288–291.
Ul'rih E.V., Elyakin D.V. Hirurgicheskaya taktika pri diastematomyelii v zavisimosti ot anatomicheskogo varianta poroka // Aktual'nye voprosy detskoy hirurgii. Irkutsk, 1996. S. 288–291.
5. Ульрих Э.В., Никифоров Б.М. Тактика ортопеда при сочетании врожденных деформаций позвоночника с диастематомией у детей // Ортопед и травматол. 1985. № 8. С. 43–44.
Ul'rih E.V., Nikiforov B.M. Taktika ortopeda pri sochetanii vrozhdennykh deformatsiy pozvonochnika s diastematomyeliey u detey // Ortoped. i travmatol. 1985. № 8. S. 43–44.
6. Ульрих Э.В. Фиброзные перегородки позвоночного канала у детей с аномалиями опорно-двигательного аппарата // Хирургия. 1987. № 8. С. 105–107.
Ul'rih E.V. Fibroznye peregorodki pozvonochnoho kanala u detey s anomaliyami опорно-dvigatel'nogo apparata // Hirurgiya. 1987. № 8. S. 105–107.
7. Banniza von Bazan U., Rompe G., Krastel A., et al. Diastematomyelie – ihre Behandlung für die Behandlung von Missbildungskoliosen // Zeitschrift f. Orthopadie u. ihre Grenzgebiete. 1976. Vol. 6. P. 881–888.
8. Hilal SK., Marton D., Pollack E. Diastematomyelia in children. Radiographic study of 34 cases // Radiology. 1974. Vol. 112. P. 609–621.
9. Kennedy P. Neu data diastematomyelia // J. Neurosurg. 1979. Vol. 51. P. 355–371.
10. Maroun F.B., Jacob J.C., Heneghan W.D. La diastematomyelia. Les manifestatious cliniques et son trautment chirurgical // Neurochirurgie. 1972. Vol. 18. P. 285–316.
11. Meacham W.F. Surgical Tritment of diastematomyelia // J. Neurosurg. 1967. Vol. 27. P. 78–85.
12. Nikiforoff B.M., Ulrich E.V. Klinikal data and Surgical tritment of diastematomyelia // Journal of Neurological and Orthopaedic Medicine and Surgery. 1988. Vol. 9. C. 49–53.
13. Pang D., Dias MS., Ahab-Barmada V. Split cord malformation. Part I: A unified theory of embryogenesis for double spinal cord malformations // Neurosurgery. 1992. Vol. 31. P. 451–480.
14. Perret G. Diagnosis and treatment of diastematomyelia // Surg. Gynec. Obstet. 1957. Vol. 105. P. 69–83.
15. Ritchie G.W., Franagan M.N. Diastematomyelia // Can. Med. Assoc. J. 1969. Vol. 100. P. 428–433.
16. Tortori-Donati P., Rossi A., Cama A. Spinal dysraphism: a review of neuroradiological features with embryological cjrrelations and proposal for a new classification // Neuroradiology. 2000. Vol. 42. P. 471–491.