

Комментарий к статье
Э.В. Ульриха, А.Ю. Мушкина, Д.Е. Лонштейна, Р.Б. Винтера
«Чистые» врожденные кифозы:
анатомо-лучевая классификация и клинические особенности*

Крайне трудно сохранить объективность при подготовке комментария к статье, во-первых, опубликованной 20 лет назад, а во-вторых, авторами которой мы сами и являлись. Но все же с учетом сегодняшних знаний мы постарались проанализировать плюсы и минусы этой публикации и то, что оказалось либо неучтенным, либо не до конца понятым нами два десятилетия назад.

Актуальность. И тогда, и сейчас врожденные кифозы остаются одной из интереснейших проблем вертебрологии, причем они достаточно редко протекают в виде «чистой» одноплоскостной деформации. Тем интереснее обобщение материала трех клиник, облдавших на тот момент суммарно самым большим по количеству числам наблюдений данной патологии. В соответствии с современными требованиями дизайн работы должен был бы быть обязательно обозначен как многоцентровое когортное исследование.

Структурирование статьи. Несмотря на то что в 2004 г. для научных журналов еще не были жестко оговорены требования структурирования публикаций, в анализируемой статье введение, цель, материал и методы, результаты и заключение, хотя и не обозначены, но достаточно четко выделены по тексту. Более того, редким для публикаций того времени оказалось выделение критериев включения и исключения – то, что стало абсолютно обязательным в эпоху доказательной медицины.

Контентный анализ. В большинстве своем врожденные кифозы диагностируют в раннем возрасте

(а сегодня чаще всего внутриутробно), что позволяет в течение периода детства изучать их естественное течение. Абсолютно современным выглядит анализ величины кифоза в сопоставлении с осложнениями и компенсаторным лордозом. Наряду с анализом деформаций, констатация особенностей неврологических расстройств и болевого синдрома остается теми критериями, по которым и сегодня оценивается подавляющее большинство вертебральной патологии. Вместе с тем при анализе представленных данных напрашивается не только констатация прогрессирующего характера кифозов, но и систематизация их анатомических вариантов в сопоставлении с естественным течением основной деформации, фактически представляющая анатомо-функциональную (прогностическую) классификацию врожденных кифозов. Обращает на себя внимание то, что в работе нет ни слова о качестве жизни таких пациентов просто потому, что в то время понятие HRQoL (Health-Related Quality of Life), которому сегодня уделяется в вертебрологии не меньше внимания, чем лучевой оценке патологии и методам хирургического лечения, еще не было сформулировано.

На наш взгляд, дифференциация миелодисплазии и миелопатии (врожденной и приобретенной патологии спинного мозга), сегодня воспринимаемая как само собой разумеющееся, тогда представляла довольно новый подход к трактовке неврологических осложнений. Столь же новой оказалась дифференциация болей в спине (BP, back pain,) и связанных с компенсаторным

* Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 78–84.

лордозом болей внизу спины (LBP, Low back pain): в первом номере журнала они отдельно рассматриваются только в данной публикации, но сегодня представить себе научную статью без дифференцированной оценки этих признаков в диагностике, течении и лечении заболеваний позвоночника невозможно!

Жаль, что при анализе особенностей кифозирующих аномалий авторами не был сделан один важный шаг – четкое определение вариантов аномалий, связанных с рано и поздно прогрессирующими кифозами. Возможно, это позволило бы уточнить и оптимальные сроки хирургической коррекции разных вариантов патологии.

Наверное, сегодня к несомненным недостаткам работы отнесли бы и то, что все цифровые данные были приведены лишь в формате средних значений. Но биомедицинская статистика стала необходимым компонентом оценки достоверности данных лишь в эпоху доказательной медицины, в которую в те годы мы только начинали вступать.

Заканчивая публикацию тезисом о необходимости анализа вариантов хирургической коррекции кифозов, авторы не предполагали, что через очень короткое время доктор Шваб с соавторами предложат классифици-

ровать любые остеотомии позвоночника, базируясь именно на коррекции этих деформаций.

Сегодня абсолютно невозможно, чтобы в списке литературы 10 из 17 ссылок принадлежали непосредственно авторам статьи (4 – отечественным, 5 – зарубежным и 1 – общая). Но уникальный коллектив авторов объединил представителей трех международных клиник: двух из Санкт-Петербурга и одной из Миннеаполиса (США), имевших суммарно наибольшее число наблюдений «чистых» врожденных кифозов у детей. Скорее всего, тогда сопоставимый материал в мире могли иметь только М.В. Михайловский в Новосибирске, J. Duboussett и G. Bollini во Франции.

Завершая краткий комментарий к написанной в эпоху других требований публикации, с удовлетворением можем отметить, что в статье нет положений, которые со временем оказались бы опровергнуты или стали неактуальными. Думаем, что если нынешнее поколение детских хирургов-вертебрологов непосредственно познакомится с работой, то обнаружит, что накопленные позднее данные лишь детализировали и расширили поднятые 20 лет назад вопросы. Проблема хирургии врожденных кифозов у детей, на наш взгляд, и сегодня не закрыта.

Проф. Э.В. Ульрих и проф. А.Ю. Мушкин

