



ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

В ответ: Э.В. Ульрих. Комментарий к статье С.В. Виссарионова с соавт. Диагностика и лечение детей с диастематомиелией // Хирургия позвоночника. 2011. № 1. С. 75–76

Направляя статью «Диагностика и лечение детей с диастематомиелией» в журнал «Хирургия позвоночника», мы надеялись, что она окажется профессиональной и актуальной. Мы рады, что статья вызвала интерес и нашла отклик. Вопросы, посвященные тактике ведения детей с диастематомиелией, остаются обсуждаемыми до настоящего времени. Актуальность этой проблемы связана с увеличением количества пациентов с данной патологией, со сложностью диагностических мероприятий и тяжестью клинических проявлений. Вопросы, которые подняты в комментариях к нашей статье, лишний раз доказывают остроту момента, касающегося классификации и оперативного лечения больных с диастематомиелией.

В своей статье нам хотелось поделиться имеющимся опытом обследования, ведения и хирургического лечения пациентов детского возраста с диастематомиелией. Исследование мы построили по аналогии с современными зарубежными публикациями, которые подробно отражают все данные о пациентах в табл. (с. 45–46). Размещение в табл. результатов обследования и лечения более 130 детей с диастематомиелией мы посчитали громоздким и нецелесообразным, поэтому отразили данные о 20 больных из большой группы исследуемых. Целью нашей работы не являлось описание исторических моментов лечения детей с диастематомиелией, хотя нам известны работы отечественных авторов, посвященных этой проблеме. Мы, безусловно, признаем приоритет выдающегося нейрохирурга, выполнившего первую операцию по удалению диастематомиелии, проф. Б.М. Никифорову и не претендуем на лидерство в вопросах лечения больных с данной патологией.

Институт им. Г.И. Турнера является единственным в России и в Европе федеральным государственным специализированным учреждением, монопрофильно занимающимся ортопедической патологией у детей. Сотрудники отделения патологии позвоночника и нейрохирургии ежегодно выполняют более 250 операций пациентам детского возраста с деформациями позвоночника различного генеза, травмами и их последствиями, врожденными пороками развития позвоночного канала и спинного мозга, в том числе 20–30 операций детям с диастематомиелией.

Вопросы классификации диастематомиелии остаются актуальными до настоящего времени. Нет единой общепринятой классификации, о чем мы лишний раз подчеркиваем в статье. С современных позиций нейрохирургии диастематомиелия без перегородки, которая расщепляет на два рукава только спинной мозг, сохраняя целостным дуральный мешок, относится к дипломиелии [1–4].

Лишний раз хотелось остановиться на технике хирургического вмешательства у детей раннего возраста, а именно на выполнении костно-пластической ламинотомии. У всех больных с диастематомиелией имеется порок развития задних опорных структур той

или иной степени выраженности. Однако у ряда больных (о чем в комментариях пишет и сам автор: «... у части пациентов дуги позвонков могут быть хорошо развиты», с. 75, № 1/2011) костные элементы задней опорной колонны присутствуют. Именно у такой группы детей нам удалось выполнить костно-пластическую ламинотомию. Такой оперативный подход способствует сохранению опороспособности позвоночника у детей и его дальнейшему росту и развитию. Если быть точным и корректным в цитировании нашей статьи, в выводе № 3 (с. 47) мы лишний раз подчеркиваем, что «**предпочтение** должно отдаваться костно-пластической ламинотомии» при возможности ее осуществления.

Под нашим наблюдением находились 17 пациентов старше 16 лет, но, как отмечалось ранее, из-за большого объема наших данных мы не отражали в таблице результатов исследования всех больных, которым выполняли хирургическое лечение. У пациентов старше 16 лет мы фиксировали костный лоскут титановыми микрорамками. Выполнять такую стабилизацию детям младшей возрастной группы не рекомендуем. Это связано с технической сложностью выполнения данной процедуры, риском повреждения микровинтами костных структур и возможностью развития стеноза позвоночного канала в процессе дальнейшего роста ребенка.

Таким образом, многие вопросы диагностики, тактики ведения и оперативного лечения детей с диастематомиелией на современном этапе остаются актуальными. Отсутствие единой классификации, многочисленные варианты хирургических технологий позволяют продолжить исследование в данной области. Приглашаем всех ортопедов и нейрохирургов к конструктивной дискуссии в рамках круглого стола, посвященного этой проблеме.

С.В. Виссарионов, д-р мед. наук, зам. директора по науч. работе, рук. отделения патологии позвоночника и нейрохирургии НИДОИ им. Г.И. Турнера, профессор кафедры детской травматологии и ортопедии СПбМАПО, Санкт-Петербург; turner01@mail.ru

Литература

1. **Schijman E.** Diastematomyelia diplomielia. I. Diagnostico y tratamiento. Rev Argen Neurocir. 1997;11:1–10.
2. **Schijman E.** Split spinal cord malformations: report of 22 cases and review of the literature. Child's Nerv Syst. 2003;19:96–103.
3. **Ersahin Y.** Composite type of split cord malformations. Child's Nerv. Syst. 2002;18:111.
4. **Venkataramana NK.** Split cord malformations. J. Pediatr. Neurosci. 2006;1:5–9.