

УДК 616.718.19-001-083.98(035)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

(обзор литературы)

М.М. Дятлов

Гомельский государственный медицинский университет

Статья посвящена актуальной проблеме — травмам таза, которые за последнее время участились, стали тяжелей и множественней. Показана закономерность, причины и характер отяжеления травм таза в промышленно развитых странах.

Ключевые слова: травма таза, травмирующие факторы, сопутствующие травмы.

EPIDEMIOLOGY OF PELVIC INJURIES

(literature review)

M.M. Dyatlov

Gomel State Medical University

The article highlights the problem of pelvic injuries which lately became more frequent, acute and numerous. The article reveals regularity of reasons and character of aggravations of pelvic injuries in developed countries.

Key words: pelvic injury, traumatic factors, accompanying injuries.

Повреждения таза происходят относительно нечасто (20–37 на 100 000 населения, т.е. 0,02–0,037% [21, 23, 31]), но среди переломов и вывихов в стационарах они встречаются в 3–6%, а в отдельных клиниках мира при политравмах их частота возрастает до 22–48% [3, 14, 18, 21, 22, 24–26, 29, 37].

С другой стороны, подавляющее большинство пострадавших с травмой таза имеет, кроме того, множественные повреждения тела, включая внутренние органы (в 80–91% при политравме — в странах Запада [27, 34] и, соответственно, в 48,4–70,6% в СНГ [1, 2, 5, 7]). Это объясняется тем, что требуемая для возникновения перелома или разрыва таза значительная внешняя сила оказывает столь неизбежно сильное воздействие, что она распространяется далеко за пределы самого тазового кольца. Следовательно, чем сильнее энергия травмирующего фактора, тем тяжелее и множественнее повреждения внутренних органов, скелета и наружных тканей: до 20–32 повреждений, включая органы трех полостей одновременно [4]. Из одновременно имеющихся сочетанных и сопутствующих травм у таких больных, кроме повреждения таза, чаще встречаются: черепно-мозговые — у 25–55,6% пострадавших [8, 16, 18, 29, 34], повреждения органов

грудной клетки — в 25–44% [13, 17, 19, 29, 34], живота — у 16–55% больных [13, 16, 17], мочевых путей — в 43% [13, 16, 17, 28], позвоночника — до 14,4% [29], конечностей — до 20–69,6% [13, 19, 29, 34], повреждения спинного мозга и магистральных нервов отмечаются у 10–29% пострадавших [13, 16, 28].

С учетом степени тяжести разрушения костей, суставов и связок таза или по степени нарушения стабильности его как базисной опоры повреждения тазового кольца чаще отмечаются в таких сочетаниях: при травме по типу «А» (классификация Tile-AO/ASIF) — в 50–56%, по типу «В» (классификация Tile-AO/ASIF) — в 17–29%, по типу «С» (Tile-AO/ASIF) — в 21–27% [6, 28, 29].

Повреждения таза возникают чаще у мужчин, чем у женщин (соответственно, 55–71% и 29–44,8%) и преимущественно в трудоспособном возрасте: 66,4–81,7% [5–7].

Коль повреждения таза являются результатом воздействия обычно чрезмерной силы, притом преимущественно при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и падениях с большой высоты, составляющих вместе 2/3–4/5 всех случаев причин этого вида травм, то с усложнением цивилизации, увеличением количества транспорта и его скорости, усилением урбанизации сре-

ды возрастает частота и усугубляется тяжесть этих травм. Так, изучение причин частоты травм таза и сочетаний повреждений внутренних органов показало, что количество больных с его переломами от ДТП в 80–90-х годах возросло в 2 раза по сравнению с 60–70-ми годами [3, 25], а в последнее десятилетие в несколько раз участились сообщения о чрезвычайно тяжелых травмах таза — гемипелвэктомии (отрыв от туловища половины таза с ногой), при которой летальность достигает 66% [20, 27, 30, 32, 33, 35], о необычном и сложном для лечения повреждении Мореля-Ловалля (обширная отслойка кожи с клетчаткой от фасции вокруг таза) [27, 28]. В литературу введено новое понятие — комплексная травма таза («komplexe verletzungen des becken») [12], при которой кроме его костей повреждаются мягкие ткани снаружи или/и внутри таза обычно со стороны промежности — кожа, фасции, связки, кишечник, урогенитальные органы, магистральные сосуды и нервы. Одной из форм такой комплексной травмы является открытый перелом таза типа «посаженный на кол» [28]. Появились сообщения о «блуждающем тазе или плавающем тазобедренном суставе» («floating pelvic», «floating hip»), при котором на одной стороне повреждаются половина таза и бедро так, что имеется нестабильный перелом или вывих тазовой кости (или нестабильный перелом вертлужной впадины) и одновременно перелом бедра. В итоге эти части таза и бедра выпадают из стабильной связи с туловищем и остальной частью ноги [11].

Можно заключить: прогнозируется ухудшение ситуации, проблема становится все более значимой [3, 5, 7, 9, 15, 16, 26].

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов И.Н., Анисимов О.Н., Бошно В.Г. К вопросу о лечении переломов костей таза // Материалы юбилейной науч. конф., посвященной 90-летию М.С. Макарова. — Ставрополь, 1998. — С. 400–402.
2. Воронин Н.И., Борозда Н.В., Пискун С.И., Бушманов А.В. Тактика оперативного лечения переломов костей таза // Диагностика и лечение политравм: Материалы Всерос. конф. и IV пленума Рос. ассоциации ортопедов-травматологов (81-10 сентября 1999 г.). — Ленинск-Кузнецкий, 1999. — С. 241–242.
3. Дятлов М.М. Современные проблемы организации лечения больных со сложными повреждениями таза в Беларуси // Медицинские новости. — 2002. — № 5 — С. 36–46.
4. Дятлов М.М., Рогалевиц Г.С., Старжинский В.П. Открытые повреждения таза // Здравоохранение. — 2001. — № 11. — С. 53–58.
5. Дятлов М.М., Рогалевиц Г.С., Старжинский В.П., Косс Ю.К., Тулунов А.В. Консервативное и оперативное лечение больных с повреждениями таза // Здравоохранение. — 2002. — № 4. — С. 20–27.
6. Кутенов С.М. Управляемый чрескостный остеосинтез в лечении переломов костей таза: Дис. в форме науч. докл. на соискание ученой. степ. д-ра мед. наук. — Пермь, 1996. — С. 3–65.
7. Лазарев А.Ф. Оперативное лечение повреждений таза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1992. — 39 с.
8. Милоков А.Ю. Лечение больных с повреждениями тазового кольца при политравме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ленинск-Кузнецкий, 2000. — 24 с.
9. Черкес-Заде Д.И., Челятов В.Н., Лазарев А.Ф. Оперативное лечение костей таза и нижних конечностей при их сочетании // Вестник травматологии и ортопедии Приорова. — 1997. — № 2. — С. 23–27.
10. Цыбуляк Г.У. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. — СПб: Гиппократ, 1995. — С. 344–358.
11. Alonso J. The floating hip: a management protocol and classification. Ist International Symposium on Surgical treatment of acetabular fractures. — Paris, 1993. — P. 10–11.
12. Bosch U., Pohlemann T., Haas N., Tscherne H. Klassifikation und Management des Komplexen Beckentraumas // Unfallchirurg. — 1992. — Vol. 95. № 4. — P. 189–196.
13. Cole I.D., Blum D.A., Ansel L.J. Outcome After Fixation of Unstable Posterior Pelvic Ring Injuries // Clin. Orthop. — 1996. — Aug. 329. — P. 160–179.
14. Euler E., Hast-Kolb D., Schweiberer L. Hüftpfannen und Beckenfrakturen beim Polytrauma // Ortopäde. — 1997. — Vol. 26. — № 4. — P. 354–359.
15. Gänsslen A., Pohlemann T., Paul Ch., Lobenhoffer Ph., Tscherne H. Epidemiology of pelvic ring injuries // Injury. — 1996. — Vol. 27. — № 1. — P. 13–20.
16. Hötter U., Rommens P.M. Blunt abdominal trauma and severe pelvis rupture. What to do? // Acta Chir. Beld. — 1997. — Vol. 97. — № 2. — P. 65–68.
17. Hunter J.C., Brandser E.A., Tran K.A. Pelvic and Acetabular Trauma // Radiol. Clinics of North America. — 1997. — Vol. 35. — № 3. — P. 559–590.
18. Ismail B.N., Bellemare I.F., Mollitt D.L., Discala C., Kolppel B., Tepas J.J. Death From Pelvic Fracture: Children Are Different // J. Ped. Surg. — 1996. — Vol. 31. — № 1. — P. 82–85.
19. Josten Ch., Schildhauer T.A., Muhr G. Therapie instabiler sacrumfracturen bei Beckenringbrüchen // Chirurg. — 1994. — Vol. 65. — P. 970–975.
20. Lawless M.W., Laughlin R.T., Wright D.G., Lemon G.W., Rigano W.C. Massive Pelvis Injuries Treated with Amputation: Cast Reports and Literature Review // J.Trauma. — 1997. — Vol. 42. — № 6. — P. 1169–1175.
21. Luthje P., Nurmi I., Kataja M., Heliovaara V., Santavirta S. Incidence of pelvic fractures in Finland in 1988 // Acta Orthop Scand. — 1995. — Vol. 66. — № 3. — P. 245–248.
22. McMurtry R., Walton D., Dickinson D., Kellam J., Tile M. Pelvic disruption in the polytraumatized patient: A management protocol // Clin. Orthop. — 1980. — Vol. 151. P. 22–30.

23. Melton J., Sampson J., Morrey B., Ilstrup D. Epidemiologic features of pelvic fractures // Clin. Orthop. — 1981. — Vol. 155. — P. 43–47.
24. Mucha P., Farnell M.B. Analysis of Pelvic Fracture Management // J.Trauma. — 1984. — Vol. 24. — № 5. — P. 379–386.
25. Muhr G., Buchholz J., Josten Ch. Visceralurologische Verletzungen beim Beckentrauma // Chirurg. — 1993. — Vol. 64. — P. 874–879.
26. Muir L., Boot D., Gorman D.F., Teandy D.N. The epidemiology of pelvic fractures in the Mersey Region // Injury. — 1996. — Vol. 27. — № 3. — P. 199–204.
27. Pool G.V., Ward E.F. Causes of Mortality in Patients with Pelvic Fractures // Orthopedics. — 1996. — Vol. 17. — № 8. — P. 691–702.
28. Pohlemann T., Bosch V., Gänsslen A., Tschern H. The Hannover Experience in Management of Pelvic Fractures // Clin. Orthop. — 1994. — Aug. 305. — P. 69–80.
29. Pohlemann T., Gänsslen A., Kiessling B., Bosch V., Haas N., Tschern H. Indikationsstellung und Osteosynthesetechniken am Beckenring // Unfallchirurg. — 1992. — Vol. 95. — № 4. — P. 197–209.
30. Pohlemann T., Paul Ch., Gänsslen A., Regel G., Tschern H. Die Traumatische Hemipelvektomie // Unfallchirurg. — 1996. — Vol. 99. — P. 304–313.
31. Ragnarsson B., Jacobsson B. Epidemiology of pelvic fractures in a Swedish // Acta Orthop. Scand, 1992. — Vol. 63. — № 3. — P. 297–300.
32. Rattos J.R., Ethell A.T., Bye W.D., Giles J.S., Cameron-Strange A. Traumatic hemipelvectomy associated with, contralateral hip dislocation: case report // J. Trauma. — 1994. — Vol. 36. — № 4. — P. 583–588.
33. Rieger H., Dietl K.-H., Wetterkamp D., Fingerhut D., Semjonov A., Fiedler R. Ein mitilierendes Komplextrauma des Beckens // Chirurg. — 1998. — Vol. 69. — P. 1275–1279.
34. Rommens P.M., Vanderschot P.M., Boodt P.De., Broos P.L. Surgical manafement of pelvic ring disruptions // Unfacllchirurg. — 1992. — Vol. 95. — P. 455–462.
35. Weiss W., Egan M.C., Amundsen D.E. Traumatik Hemipelvectomy: A Survivable Injury // Military Medic. — 1999. — Vol. 159. — № 2. — P. 164–166.
36. Young I., Resnik K.C. Fracture of the pelvis current concept in classification // A.I.R. — 1990. — Vol. 155. — P. 1169–1175.

Поступила 21.02.2005

УДК 616.31-006

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ

С.А. Иванов

Гомельский областной клинический онкологический диспансер

Систематизация пострезекционных дефектов нижней губы способствует выбору оптимального способа хейлопластики. На основании исследования размеров, локализации изъянов и состояния тканей в группе из 144 больных разработана рабочая клиническая классификация дефектов нижней губы. Градация по величине построена таким образом, что каждый интервал значений (менее 1/3, от 1/3 до 1/2, более 1/2 длины красной каймы) соответствует стадии злокачественной опухоли. Включены также разделы по локализации, проведенному ранее лечению, времени выполнения операции.

Ключевые слова: опухоли нижней губы, хейлопластика.

CLASSIFICATION DEFECTS IN THE LOWER LIP

S.A. Ivanov

Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary

The systematizing of defects of the lower lip following resection helps to choose the optimal choice of the cheiloplasty. We have analyzed the patients group including 144 reconstructions of lower lip. We have worked out the classification of the defects in the lower lip. It is adapted to the modern TNM-staging of malignant tumors. The defects following T1-tumor excision are corresponding to less than 1/3 of lip, the defects following T2-tumor excision are corresponding to 1/3–1/2 of lip, the defects following T1-tumor excision are corresponding to more then 1/2 of lip. There are included the location of defects, tissue conditions, time of reconstruction and defect advance.

Key words: tumors of the lower lip, cheiloplasty.

Введение

Хейлопластика — обязательный компонент хирургического лечения рака губы [1, 2, 4, 5]. Наиболее существенными крите-

риями, влияющими на выбор способа замещения, являются размер и локализация дефекта, проведенное ранее лечение и его результаты, состояние донорских тканей [1, 4,