

## МЕДИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ПОПУЛЯЦІЇ ХАРКОВА І ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Т. С. ГУРБАНОВА

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна*

**Подано регіональну клініко-епідеміологічну характеристику пацієнтів із переломами проксимального відділу стегнової кістки. Визначено рівні розповсюдженості переломів стегна залежно від віко-статевих характеристик, місця проживання, об'єму ураження, направлення до травматологічних відділень, термінів надходження, наявної супровідної патології та коморбідної обтяженості, рівнів функціонального стану, типу перелому та лікувальної тактики.**

*Ключові слова: переломи проксимального відділу стегнової кістки, клініко-епідеміологічна характеристика, супровідна патологія, коморбідна обтяженість, віко-статеві характеристики, функціональний стан.*

Сьогодні переломи проксимального відділу стегнової кістки (ППВСК) є одними з найпоширеніших видів переломів [1–3] і посідають третє місце за розповсюдженістю [4]. ППВСК – вельми серйозні переломи, спричинені (у більшості випадків) остеопоротичними змінами, що найчастіше відбуваються під час падіння з положення стоячи (у деяких випадках можуть виникнути спонтанно) [5].

ППВСК – це травми, що характеризуються ураженням кістково-суглобової системи кульшового суглоба на фоні вікових змін кісткової тканини, супровідної патології (СП) внутрішніх органів, ендокринних і гомеостатичних порушень [6]. Вони вважаються доволі великим медико-соціальним тягарем для усіх країн світу [7, 8], оскільки практично в усіх випадках вимагають тривалої госпіталізації пацієнтів і значних економічних витрат.

У зв'язку з такими невтішними наслідками ППВСК великим питанням залишається вивчення медико-соціальних наслідків ППВСК: відновлення повсякденної функціональної активності й здатності до самообслуговування пацієнтів [9]. Аналіз літератури показує значну питому вагу прикутих до ліжка хворих із ППВСК. Повне відновлення здатності до фізичної активності, за різними літературними джерелами, становить 32,00–97,00% [10]. Інші дослідники констатують, що понад 50,00% хворих після виписки зі стаціонару взагалі не можуть самостійно пересуватися й обслуговувати себе вдома, залишаючись інвалідами на все життя [11]. Навіть при повному одужанні 78,00% таких пацієнтів протягом першого року після лікування та 65,00% хворих упродовж двох років потребують сторонньої допомоги [12, 13]. До лікувального рівня активного та повноцінного колишнього способу життя після травми спостерігається у 20,00–50,00% пацієнтів [14].

Мета цього дослідження – визначити регіональні клініко-епідеміологічні характеристики

хворих із ППВСК у популяції Харкова і Харківської області.

Для досягнення мети дослідження було поставлено такі завдання: установити рівні розповсюдженості ППВСК залежно від вікових та статевих характеристик травмованих, місця проживання, об'єму ураження, механізмів направлення пацієнтів на лікування, особливостей і термінів надходження до клініки, наявної СП та коморбідної обтяженості, функціонального рівня, типу перелому та вибору лікувальної тактики.

Вивчення регіональної медико-епідеміологічної характеристики ППВСК було проведено нами ретроспективно (2011–2016 рр.) на прикладі 5156 жителів м. Харкова та Харківської області за даними семи лікувальних закладів: КНП «Міська багатoproфільна лікарня № 18» ХМР, КНП «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 17» ХМР, КНП «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 25» ХМР, КНП «Обласна клінічна травматологічна лікарня» ХМР, КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», КНП «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова» ХМР, ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України».

Слід відзначити, що за гендерними характеристиками більшість становили жінки (3373 (65,42%) особи) порівняно з чоловіками (1783 (34,58%)), що узгоджується із результатами сучасних світових та вітчизняних досліджень (рис. 1).

За роками надходження травмованих до клініки істотної різниці встановлено не було. Так, у 2011 р. до травматологічних відділень надійшло 526 (62,99±38,30%) жінок та 309 (37,01±29,36) чоловіків; у 2012 р. – відповідно 573 (68,21±38,54) та 267 (31,79±26,31); у 2013 р. – 593 (67,31±38,48) та 288 (32,69±26,81); у 2014 р. – 635 (66,35±38,55) та 322 (33,65±27,45); у 2015 р. – 528 (63,23±38,37)

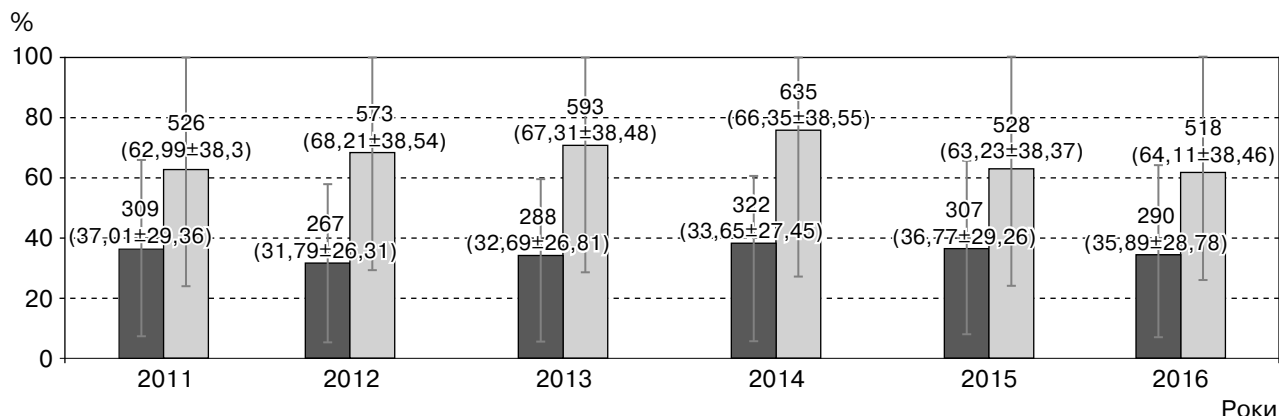


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів за гендерними характеристиками та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – чоловіки; □ – жінки

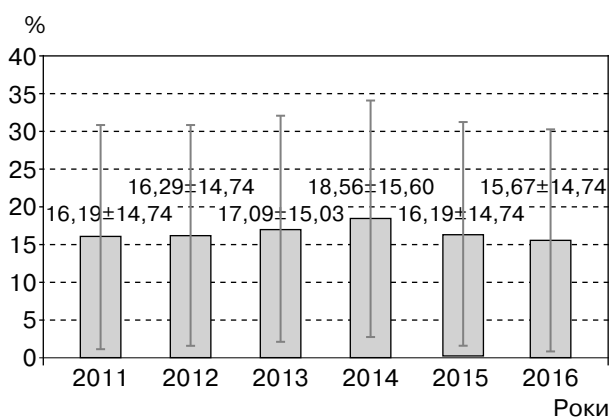


Рис. 2. Кількісний склад обстежених пацієнтів за роками надходження до клініки (%±SD)

та 307 (36,77±29,26) і у 2016 р. – 518 (64,11±38,46) та 290 (35,89±28,78).

Що стосується кількісного складу хворих, то слід зазначити, що протягом 2011–2016 рр. відзначалося рівномірне надходження до травматологічних відділень осіб із ППВСК із незначною перевагою у 2014 р.: 16,19±14,74% (2011 р.); 16,29±14,74% (2012 р.); 17,09±15,03% (2013 р.); 18,56±15,60% (2014 р.); 16,19±14,74% (2015 р.) та 15,67±14,74% (2016 р.) (рис. 2).

За віковими характеристиками усіх травмованих було розподілено на вісім груп: 18–20 років, 21–30 років, 31–40 років, 41–50 років, 51–60 років, 61–70 років, 71–80 років та старші за 80 років. Середній вік пацієнтів – 70,36±0,20 року. Отримані дані цілком збігаються з результатами сучасних досліджень щодо переважання осіб із ППВСК похилого та старечого віку. Так, дані дослідження свідчать про значну перевагу осіб у віці 71–80 років (1653 (32,06%)) та старших за 80 років (1393 (27,02%)) і 61–70 років (944 (18,31%)) порівняно з пацієнтами 18–20 років (14 (0,27%)), 21–30 років (87 (1,69%)) та 31–40 років (136 (2,64%)) і 51–60 років (269 (5,22%)). За роками надходження також істотної різниці не встановлено (рис. 3).

За характеристиками місця проживання обстежених осіб із ППВСК було встановлено значну перевагу городян (4452 (86,35%) осіб) порівняно із сільськими жителями (685 (13,29%)) та особами, що не мають постійного місця проживання (19 (0,37%)) (рис. 4).

Більшість пацієнтів становили харків'яни (4132 (92,81%) особи) порівняно з жителями інших міст Харківської області (197 (4,42%)) та інших областей України (123 (2,76%)). Переважна більшість сільських жителів надходила до лікарень із селищ Харківської області (633 (92,41%) особи) порівняно із селами інших областей України (52 (7,59%)) (рис. 4).

Аналіз закладів, які направляли пацієнтів із ППВСК до травматологічних відділень міста Харкова, свідчить про значну перевагу пацієнтів, які надходили до клінік завдяки бригадам швидкої й невідкладної допомоги (3446 (66,83%) хворих) порівняно із самозверненням (1143 (22,17%)) та при направленні амбулаторно-поліклінічними та стаціонарними закладами (519 (10,07%)) і плановою госпіталізацією (48 (0,93%)) (рис. 5). При цьому за роками надходження було визначено поступове збільшення хворих, що надходили до клінік при самозверненні, за рахунок зменшення кількості пацієнтів, яких доставляли до травматологічних відділень карети швидкої допомоги і за направленнями амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів міста Харкова та Харківської області. Так, у 2011 р. хворих, що надходили до стаціонару при плановій госпіталізації, нараховувалося 4 (0,48±0,48%), а пацієнтів, які надійшли за направленнями амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів, – 96 (11,50±10,78%), при самозверненні – 127 (15,21±13,97%) та із залученням бригад швидкої та невідкладної допомоги – 608 (72,81±37,97%); у 2012 р. їх відповідно було 4 (0,48±0,48%), 85 (10,12±9,59%), 171 (20,36±18,18%) та 580 (69,05±38,53%); у 2013 р. – 3 (0,34±0,35%), 76 (8,63±8,28%), 216 (24,52±21,31%) та 586 (66,52±38,49%); у 2014 р. – 15 (1,57±1,55%), 101 (10,55±9,95%), 246 (25,71±22,11%) і 595 (62,17±38,30%); у 2015 р. –

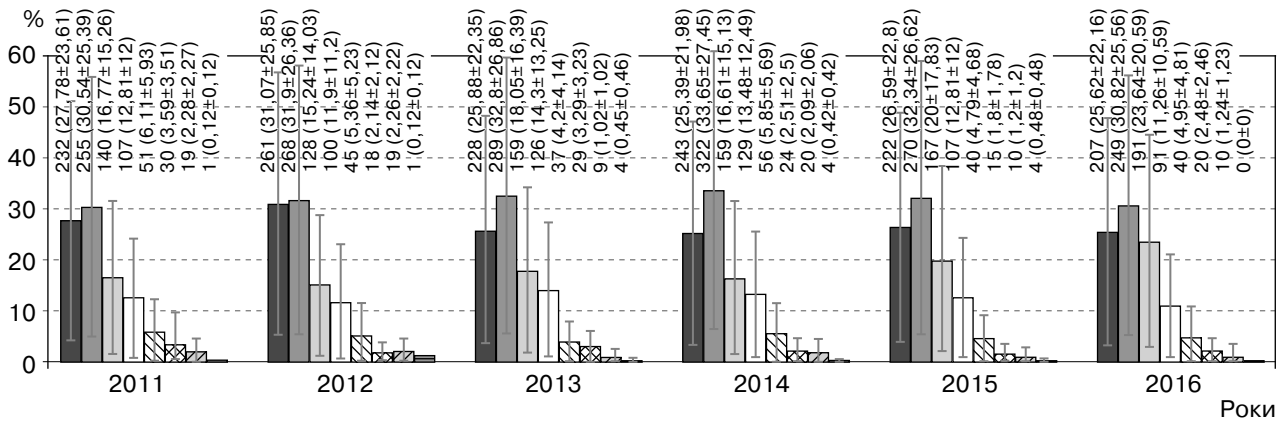


Рис. 3. Вікові характеристики обстежених пацієнтів за роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD):  
 ■ — понад 80 років; ■ — 71–80 років; ■ — 61–70 років; □ — 51–60 років; ▨ — 41–50 років; ▩ — 31–40 років;  
 ▨ — 21–30 років; ▩ — 18–20 років

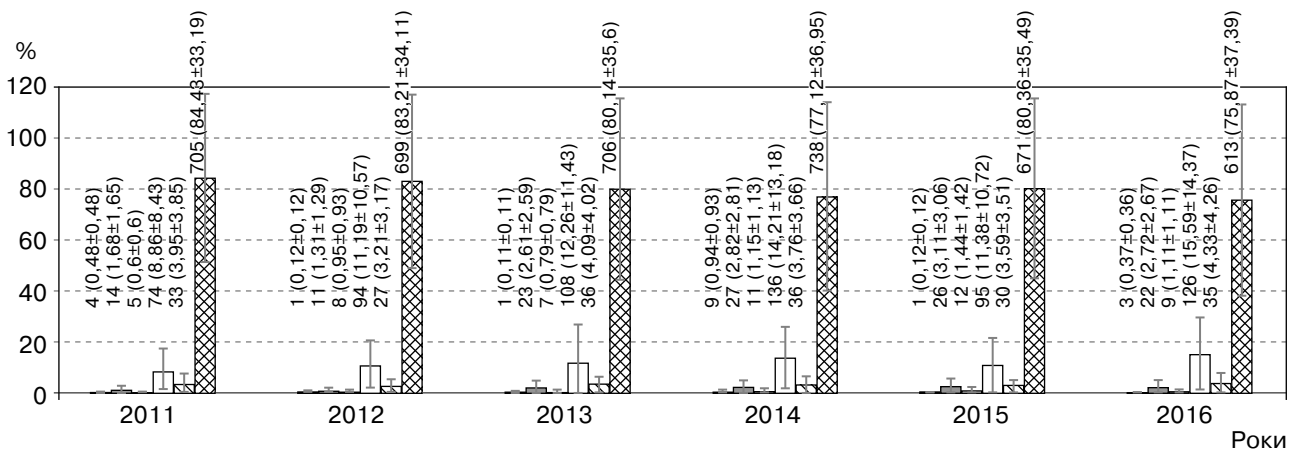


Рис. 4. Розподіл обстежених пацієнтів за місцем проживання і за роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD):  
 ■ — немає встановленого місця проживання; ■ — село не у Харківській області; ■ — інше місто Харківської області; □ — місто не у Харківській області; ▨ — село у Харківській області; ▩ — місто Харків

10 (1,2±1,2%), 68 (8,14±7,83%), 215 (25,75±22,14%) і 542 (64,91±38,41%); у 2016 р. — 12 (1,49±1,49%), 93 (11,51±10,8%), 168 (20,79±18,53%) та 535 (66,21±38,4%) (рис. 5).

Під час вивчення кількісного складу хворих за проміжком часу від отримання травми і до надходження до спеціалізованого травматологічного відділення було констатовано, що переважна більшість обстежених отримувала допомогу у перші шість годин після травми — 4143 (80,35%) особи порівняно із пацієнтами, які отримували допомогу в часовому інтервалі від 6 до 24 год (528 (10,24%) хворих), від 24 год до трьох діб (230 (4,46%) і понад три доби (255 (4,95%)) (рис. 6).

У ході дослідження визначено помітне збільшення кількості осіб за роками, які отримували допомогу у термін до 6 год, порівняно з тими, хто отримував її в інші часові інтервали. Так, було визначено, що у 2011 р. хворих, які отримали медичну допомогу в перші 6 год було 626 (74,97±37,53%), у 2012 р. — 656 (78,10±36,63%), у 2013 р. — 724 (82,18±34,71%), у 2014 р. — 731 (76,38±37,04%), після чого відзначається незначне спадання: у 2015 р. — 691 (82,75±34,44%) хворих

і у 2016 р. — 715 (88,49±29,95%) (рис. 6). Таке збільшення відбулося в основному за рахунок зменшення кількості осіб, які отримали допомогу у термін від 6 до 24 год — відповідно 118 (14,13±13,14%) хворих у 2011 р.; 105 (12,5±11,68%) — у 2012 р.; 80 (9,08±8,68%) — у 2013 р.; 113 (11,81±11,06%) — у 2014 р.; 70 (8,38±8,03%) — у 2015 р. і 42 (5,20±5,05%) — у 2016 р.

Розподіл обстежених хворих за ураженою кінцівкою показав практично однакове травмування як правої (2624 (50,89%) випадків), так і лівої (2523 (48,93%)) кінцівок порівняно з одночасним травмуванням обох кінцівок — лише 9 (0,17%) хворих (рис. 7). Істотної різниці за роками надходження до травматологічних відділень та розподілом уражених кінцівок не встановлено.

Досить важливим питанням з огляду на значну поширеність СП було встановлення коморбідності обстежених пацієнтів та самої структури супровідних захворювань (СЗ). Виявлено значну частку хворих, які були коморбідно обтяжені (2304 (44,69%) особи) (рис. 8).

Простежується стійка тенденція до збільшення кількості пацієнтів із відсутністю СЗ за

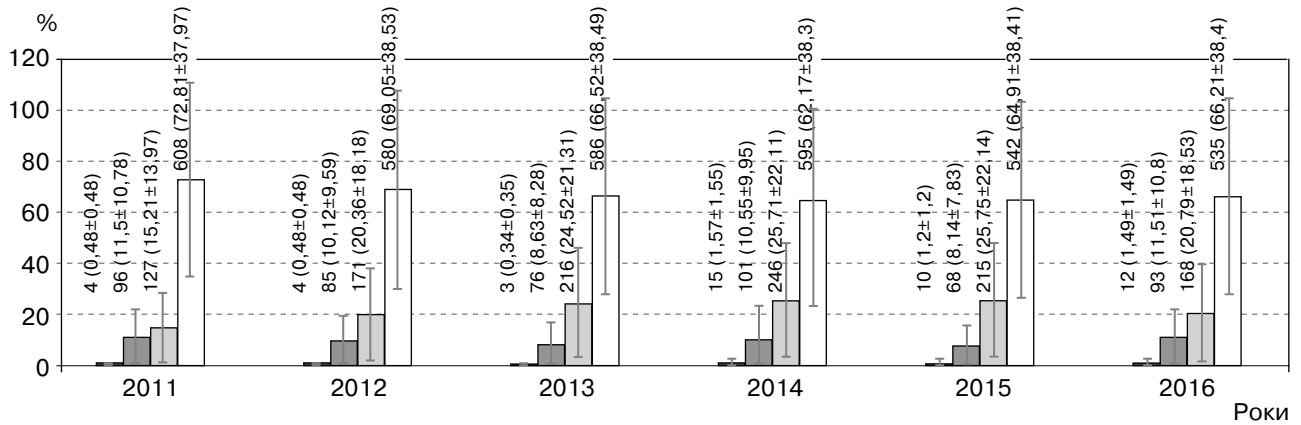


Рис. 5. Розподіл обстежених пацієнтів за напрямленням та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – планова госпіталізація; ■ – амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні заклади міста Харкова та області, включаючи травм пункти; ■ – самозвернення; □ – бригада швидкої медичної допомоги

www.imj.kh.ua

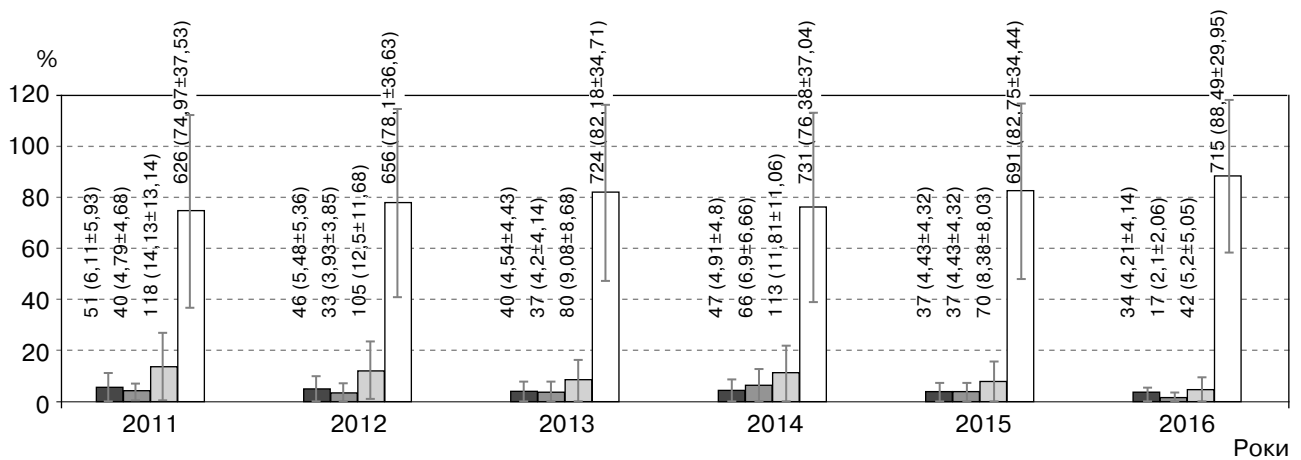


Рис. 6. Розподіл обстежених пацієнтів за роками і терміном надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – понад 72 год; ■ – від 24 до 72 год; ■ – від 6 до 24 год; □ – перші 6 год

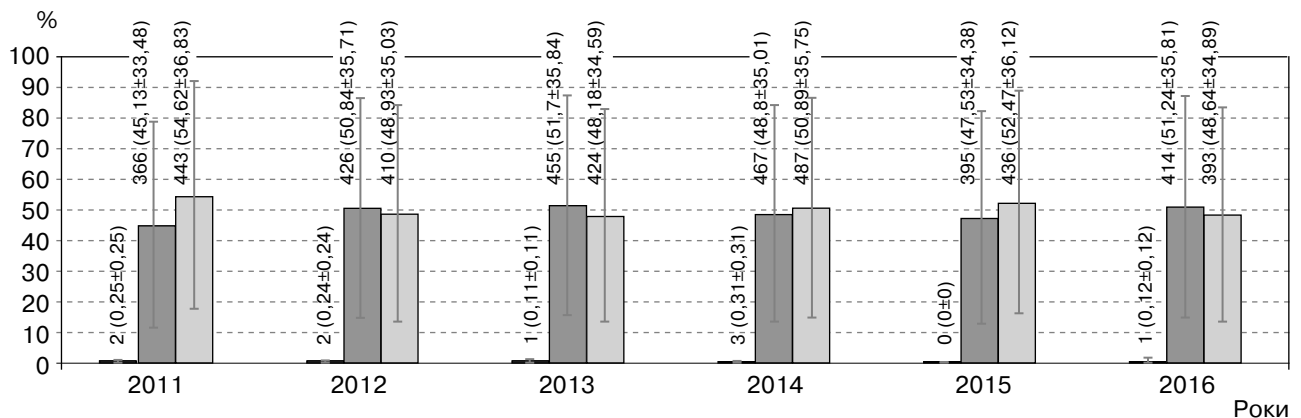


Рис. 7. Розподіл обстежених пацієнтів за ураженою кінцівкою та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – обидві кінцівки; ■ – ліва кінцівка; ■ – права кінцівка

2011–2014 рр. і наступним зменшенням за 2015 р., але знову відбувається зростання до 2016 р. Так, було визначено, що у 2011 р. хворих із наявною СП було 483 (57,84±37,58%), а без неї – 352 (42,16±32,08%), тоді як у 2012 р. – відповідно 435 (51,79±35,87%) і 405 (48,21±34,61%); у 2013 р. – 411 (46,65±34,06%) і 470 (53,35±36,42%); у 2014 р. – 380

(39,71±30,80%) і 577 (60,29±37,95%); у 2015 р. – 322 (38,56±30,15%) та 513 (61,44±38,05%), у 2016 р. – 273 (33,79±27,43%) й 535 (66,21±38,40%) (рис. 8).

Щодо коморбідної обтяженості, то в ході дослідження встановлено, що більшість хворих із СЗ мали від однієї до двох СП (2149 (41,68%) пацієнтів) порівняно із особами, які були значно більш

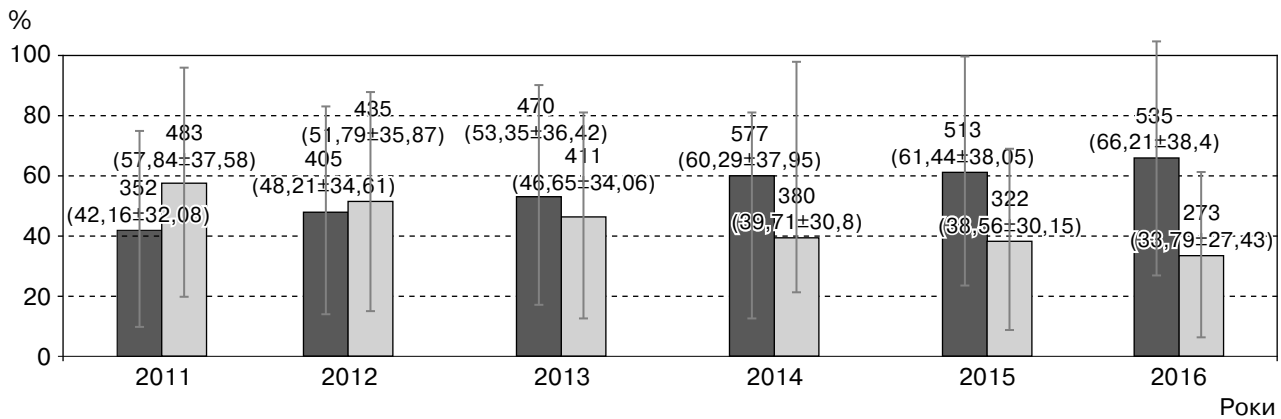


Рис. 8. Розподіл обстежених пацієнтів за наявністю супровідної патології та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – немає; □ – є

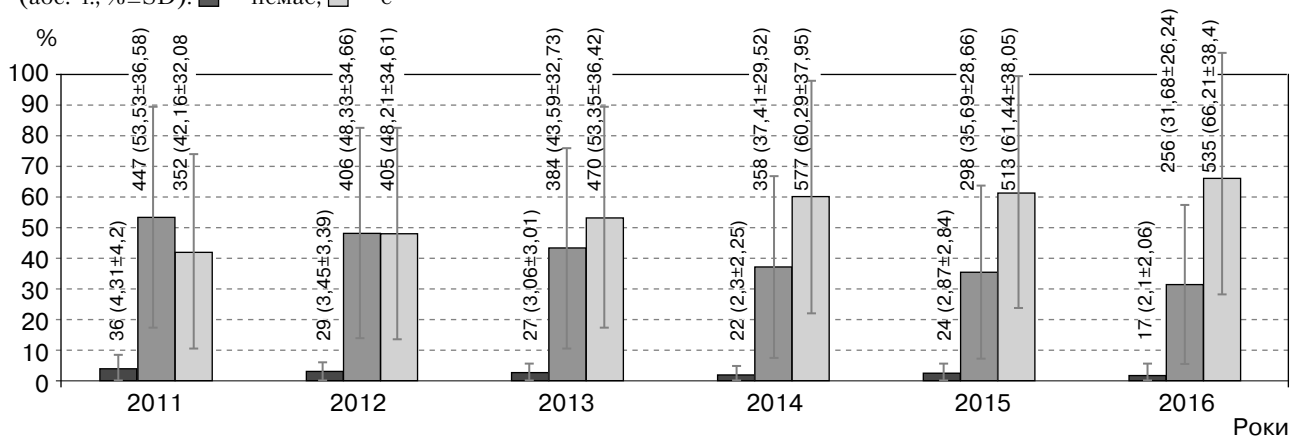


Рис. 9. Розподіл обстежених пацієнтів за коморбідною обтяженістю та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – 3 та більше супровідних захворювань; ■ – 1-2 супровідних захворювання; □ – немає

обтяжені (три й більше СП) – 155 (3,01%) (рис. 9). Зафіксовано постійне збільшення за роками кількості осіб, що мали одну або дві СП, за рахунок зменшення кількісного складу хворих із трьома та більше патологіями та коморбідно не обтяженими.

Так, було констатовано, що у 2011 р. хворих із значною коморбідністю нараховувалося 36 (4,31±4,2%), із обтяженістю 1-2 СП – 447 (53,53±36,58%) і коморбідно не обтяжених – 352 (42,16±32,08%); у 2012 р. – відповідно 29 (3,45±3,39%), 406 (48,33±34,66%) і 405 (48,21±34,61%); у 2013 р. – 27 (3,06±3,01%), 384 (43,59±32,73%) і 470 (53,35±36,42%); у 2014 р. – 22 (2,30±2,25%), 358 (37,41±29,52%) і 577 (60,29±37,95%); у 2015 р. – 24 (2,87±2,84%), 298 (35,69±28,66%) й 513 (61,44±38,05%) та у 2016 р. – 17 (2,10±2,06%), 256 (31,68±26,24%) та 535 (66,21±38,40%) (рис. 9).

Нами було вивчено структурні характеристики типів переломів ретроспективно обстежених осіб за 2011–2016 рр. (таблиця). З'ясовано, що частіше за все траплявся закритий перелом (4872 (94,49% хворих)), далі – зрощений (75 (1,45%)); інші види (повторний, застарілий, незрощений, закритий незрощений, відкритий, неправильно зрощений, переломовивих та ін.) (62 (1,20%)); перелом, що зростається (51 (0,99%)); псевдосу-

глоб (37 (0,72%)); інші види ураження (асептичний некроз, рефрактура, асептична нестабільність ендопротезу, лізис, деформуючий артроз, відрив, протрузія тощо) разом із ППВСК (35 (0,68%)); закритий несвіжий перелом (18 (0,35%)) та ППВСК із вивихом (6 (0,12%)) (таблиця).

За роками надходження пацієнтів до стаціонару відзначалося поступове збільшення кількості переломів (2011–2014 рр.), а потім (2015–2016 рр.) – їх зменшення. Так, за поширенням найбільш частого перелому (закритого) було зафіксовано: у 2011 р. – 757 (90,66±27,79%) випадків; у 2012 р. – 801 (95,36±20,66%); у 2013 р. – 838 (95,12±21,13%); у 2014 р. – 910 (95,09±21,12%); у 2015 р. – 797 (95,45±20,33%) та у 2016 р. – 769 (95,17±20,80%) (таблиця).

Нами було простежено долікувальний функціональний статус хворих за класифікацією American Society of Anesthesiologists (ASA) [15] (рис. 10).

Було визначено, що доволі значна кількість ретроспективно обстежених пацієнтів мала знижений функціональний стан (ASA-III – 2083 (40,40%) осіб) порівняно із хворими, що мали функціональний статус ASA-I (2852 (55,31%)), ASA-II (185 (3,59%)) і ASA-IV (36 (0,70%)) (рис. 10). Хоча за різними роками позначено деяке поступове зменшення осіб із певними долікувальними

**Структурна характеристика типів переломів обстежених пацієнтів  
за роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD)**

Тип перелому	Роки					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Закритий	757; 90,66±27,79	801; 95,36±20,66	838; 95,12±21,13	910; 95,09±21,12	797; 95,45±20,33	769; 95,17±20,80
Зрощений	12; 1,44±1,42	12; 1,43±1,42	13; 1,48±1,48	15; 1,57±1,55	13; 1,56±1,55	10; 1,24±1,23
Закритий несвіжий	3; 0,36±0,36	2; 0,24±0,24	4; 0,45±0,46	4; 0,42±0,42	5; 0,60±0,60	0; 0,00±0,00
Псевдосуглоб	10; 1,20±1,20	3; 0,36±0,36	1; 0,11±0,11	5; 0,52±0,51	9; 1,08±1,08	9; 1,11±1,11
Перелом, що зростається	32; 3,83±3,73	4; 0,48±0,48	6; 0,68±0,69	3; 0,31±0,31	3; 0,36±0,36	3; 0,37±0,36
ППВСК та вивих	1; 0,12±0,12	1; 0,12±0,12	1; 0,11±0,11	2; 0,21±0,21	0; 0,00±0,00	1; 0,12±0,12
Інші види ураження разом із ППВСК	7; 0,84±0,85	5; 0,60±0,60	6; 0,68±0,69	7; 0,73±0,74	1; 0,12±0,12	9; 1,11±1,11
Інші види	13; 1,56±1,55	12; 1,43±1,42	12; 1,36±1,35	11; 1,15±1,13	7; 0,84±0,85	7; 0,87±0,87

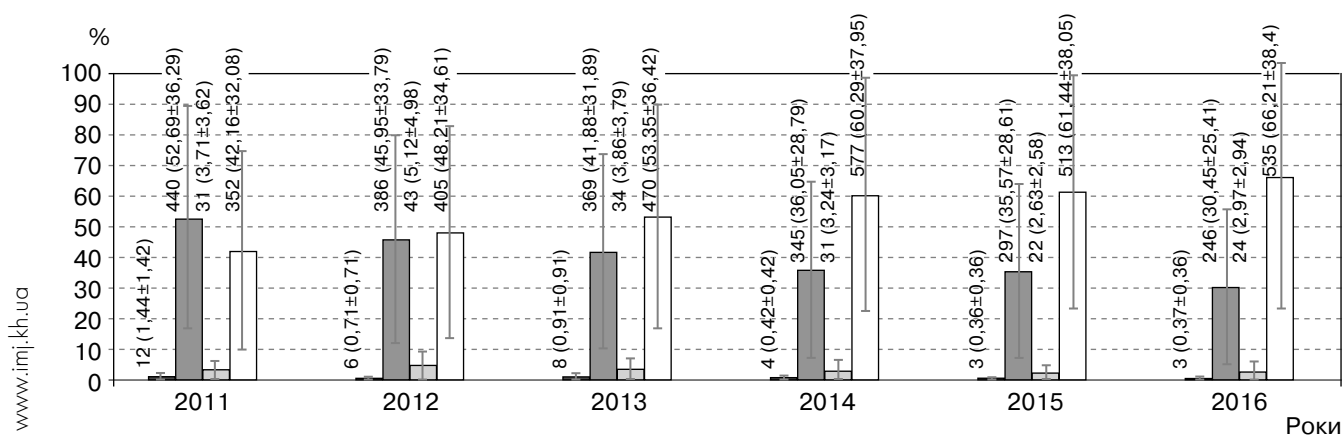


Рис. 10. Розподіл обстежених пацієнтів за класифікацією American Society of Anesthesiologists та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – ASA4; ■ – ASA3; ■ – ASA2; □ – ASA1

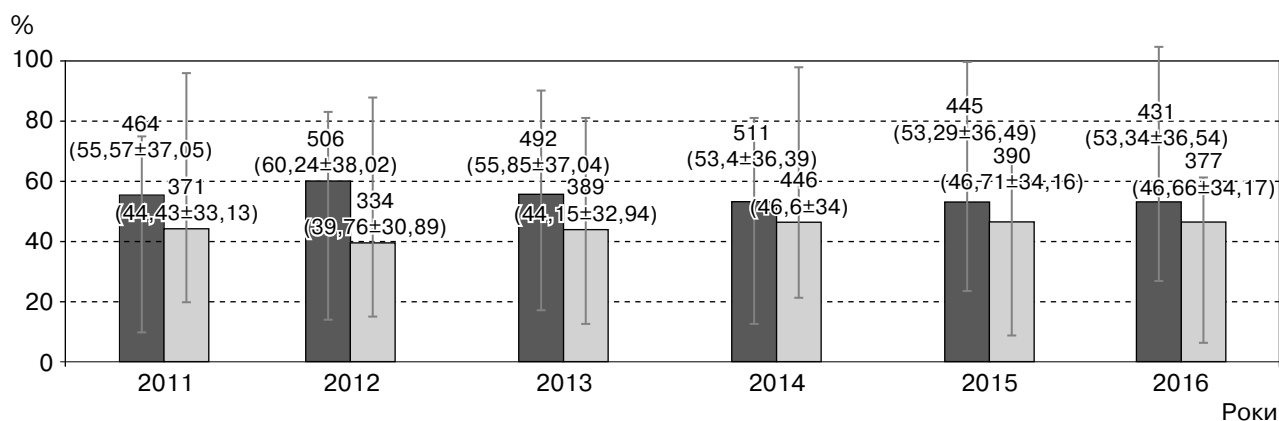


Рис. 11. Розподіл обстежених пацієнтів за типом проведеного лікування та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – функціональне; □ – оперативне

функціональними обмеженнями (ASA-III). Так, хворих із ASA-III у 2011 р. було зафіксовано 440 (52,69±36,29%); у 2012 р. – 386 (45,95±33,79%); у 2013 р. – 369 (41,88±31,89%); у 2014 р. – 345 (36,05±28,79%); у 2015 р. – 297 (35,57±28,61%) та у 2016 р. – 246 (30,45±25,41%) (рис. 10).

Окрім цього, ми розподілили хворих із ППВСК за типом проведеного лікування (рис. 11).

Було констатовано, що у більшості випадків таким хворим призначалося консервативне лікування (2849 (55,26%)) порівняно із оперативним (2307 (44,74%)) (рис. 11). За різними роками надходження до клініки також істотної різниці виявлено не було.

Серед методів консервативного лікування відзначалися: фіксація деротатійною шиною; система

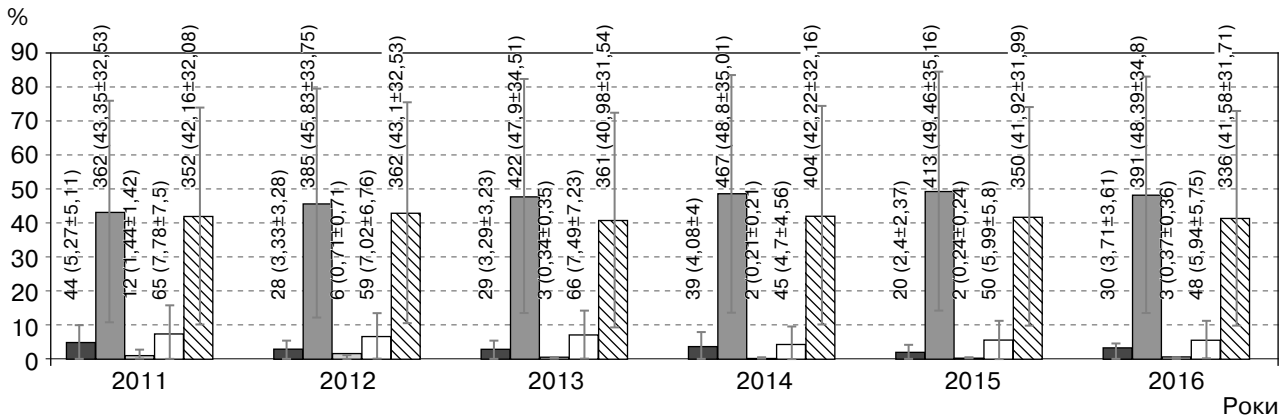


Рис. 12. Розподіл обстежених пацієнтів за класифікацією Товариства з вивчення питань остеосинтезу та роками надходження до клініки (абс. ч., %±SD): ■ – 31B2; ■ – 31B1; □ – 31A3; □ – 31A2; ▨ – 31A1

постійного скелетного витягнення; функціональне лікування.

Серед методів *оперативного лікування* використовувалися:

1) металоостеосинтез: відкрита репозиція, внутрішня фіксація гвинтами, стрижнем, пластиною, по Битчуку – Пастуху;

2) закрыта репозиція: інтрамедулярний блокуючий остеосинтез, фіксація стрижневим апаратом, фіксація апаратом Ілізарова;

3) ендопротезування: тотальне тазостегнового суглоба, однополюсне тазостегнового суглоба.

При визначенні класифікаційних характеристик типу перелому у хворих за класифікацією Товариства з вивчення питань остеосинтезу [16] констатовано переважання двох типів переломів: 31A1 – 2165 (41,99%) випадків та 31B1 – 2440 (47,32%) порівняно з переломами типів 31A2 – 333 (6,46%), 31B2 – 190 (3,69%) та 31A3 – 28 (0,54%) (рис. 12). За різними роками надходження обстежених хворих із ППВСК до травматологічних відділень міста Харкова достовірної істотної різниці встановлено не було. Лише відзначалися хвилювотні коливання кількості обстежених пацієнтів із різними типами перелому з фіксацією поступового збільшення та зменшення за різними роками та типами переломів (рис. 12).

#### Список літератури

1. Медико-соціальні наслідки переломів проксимального відділу стегнової кістки в осіб похилого та старечого віку (огляд літератури) / В. О. Бабалян та ін. // Ортопедия, травматология и протезирование. 2017. № 2. С. 130–134. doi: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720172130-134>
2. Epidemiology of hip fractures in two regions of Ukraine / V. V. Povoroznyuk et al. // J. of Osteoporosis. 2018. Vol. 2018. Article ID: 7182873. doi: [10.1155/2018/7182873](https://doi.org/10.1155/2018/7182873)
3. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедренной кости в Республике Беларусь / Г. Н. Ро-

Таким чином, при вивченні регіональних клініко-епідеміологічних характеристик хворих із ППВСК ми дійшли таких висновків.

Установлено кількісну перевагу хворих жіночої статі порівняно з чоловіками із загальним середнім віком  $70,36 \pm 0,20$  року і значною перевагою осіб у віці 71–80 років і старше.

Визначено значну перевагу містян порівняно із сільськими жителями та особами, що не мають постійного місця проживання. З'ясовано, що більшість пацієнтів надходили до травматологічних відділень за направленням бригад швидкої та невідкладної допомоги порівняно із самозверненням і при направленні амбулаторно-поліклінічними та стаціонарними закладами міста Харкова та Харківської області й плановою госпіталізацією. Констатовано, що переважна більшість обстежених отримувала медичну допомогу у перші 6 год після травми.

У ході дослідження виявлено значну частку обстежених, які були коморбідно обтяжені із переважанням хворих, що мали 1–2 СЗ.

Зафіксовано практично однакове травмування як правої, так і лівої кінцівки із значним переважанням закритого перелому та переломів типу 31A1 та 31B1 за класифікацією Товариства з вивчення питань остеосинтезу. Визначено зниження функціонального стану (ASA-III). Показано переважання консервативного лікування порівняно з оперативним.

манов и др. // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2017. № 3. С. 32–38.

4. Hardware removal rates after surgical treatment of proximal femur fractures Nationwide trends in Finland in 1997–2016 / V. T. Ponkilainen, T. T. Huttunen, P. Kannus, V. M. Mattila // Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2020. № P. 1–8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00402-020-03356-z>
5. Кривова А. В., Тимаев Р. В., Родионова С. С. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедра в популяции города Твери // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2006. № 2. С. 17–20.

6. Герцен Г. И., Остапчук М. П., Остапчук Р. М. Травматология літнього віку. Кн. 2: Металоостеосинтез при переломах довгих кісток у людей літнього і старечого віку. 3-тє, допов. і перероб. К.: Асканія, 2014. 118 с.
7. Структура контингента больных с переломами проксимального отдела бедренной кости и расчет среднегодовой потребности в экстренном хирургическом лечении / Т. Н. Воронцова, А. С. Богопольская, А. Ж. Черный, С. Б. Шевченко // Травматология и ортопедия России. 2016. № 1 (79). С. 7–20.
8. Первинне ендопротезування при переломах вертлюжної ділянки в осіб похилого та старечого віку / А. І. Канзюба, В. Г. Климовицький, П. А. Хайло, М. А. Канзюба // Травма. 2017. Т. 18, № 2. С. 41–45. doi: 10.22141/1608-1706.2.18.2017.102557
9. Parikh S., Brookhart M. A., Stedman M. Correlations of nursing home characteristics with prescription of osteoporosis medications // Bone. 2011. Vol. 48 (5). P. 1164–1168. doi: 10.1016/j.bone.2011.02.006
10. Лесняк О. М., Беневоленская Л. И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение: клин. рек. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 272 с.
11. Prevention and management of osteoporosis. Report of a WHO Scientific Group. Geneva, April 7–10, 2000. URL: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EVB114/B114\\_13-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EVB114/B114_13-ru.pdf)
12. Бабалян В. О. Механізми корекції когнітивних (ментальних) порушень у хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегна // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. № 10. С. 62–71. doi: 10.26565/2312-5675-2018-10-09
13. Лядова М. В., Лядова А. В. Влияние выбора тактики лечения переломов проксимального отдела бедра на качество жизни возрастной группы населения в медико-социальном аспекте // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. № 20 (1). С. 15–18. doi: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-15-18>
14. Кузьмин А. М., Куртчиев И. В. Качество жизни больных с последствиями перелома шейки бедренной кости // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6. С. 1–8. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5008>
15. Hip fracture surgery: is the pre-operative American Society of Anesthesiologists (ASA) score a predictor of functional outcome? / J.-P. Michel et al. // Aging Clin. and Exp. Res. 2002. Vol. 14. P. 389–394.
16. Анкин Н. Л., Анкин Л. Н. Травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. К.: Книга-плюс, 2012. 464 с.

## МЕДИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ ХАРЬКОВА И ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. С. ГУРБАНОВА

**Представлена региональная клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. Определены уровни распространенности переломов бедра в зависимости от возрастно-половых характеристик, места проживания, объема поражения, направления в травматологические отделения, сроков поступления, имеющейся сопутствующей патологии и коморбидной отягощенности, уровней функционального состояния, типа перелома и лечебной тактики.**

*Ключевые слова: переломы проксимального отдела бедренной кости, клинико-эпидемиологическая характеристика, сопутствующая патология, коморбидная отягощенность, возрастно-половые характеристики, функциональное состояние.*

## MEDICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PROXIMAL FEMUR FRACTURES IN CITY OF KHARKIV AND KHARKIV REGION POPULATION

T. S. HURBANOVA

**The regional clinical and epidemiological characteristics of the patients with fractures of the proximal femur have been presented. The prevalence of femoral fractures depending on age and sex characteristics, place of residence, extent of lesion, referrals to trauma departments, time of admission, existing concomitant pathology and comorbid burden, levels of functional status, type of fracture and treatment tactics was determined.**

*Key words: proximal femur fractures, clinical and epidemiological characteristics, concomitant pathology, comorbid burden, age-sexual characteristics, functional status.*

Надійшла 17.04.2020