

УДК 616.718.4-001.5-053.9:364.69](048.8)

## АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Доц. В. О. Бабалян

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведено аналіз госпітальної та постгоспітальної летальності пацієнтів з переломами проксимального відділу стегна залежно від типу лікування. Проаналізовано 570 історій хвороб потерпілих з переломами проксимального відділу стегнової кістки. Проведено аналіз життя хворих у перші 6 міс. після травми й протягом 3 років після травми. До I групи ввійшли 420 хворих зі статичним варіантом лікування (деротаційна гіпсова пов'язка, системою постійного кістякового витягнення (СПСВ)), до II групи — 150 хворих, лікування яких давало змогу пересуватися (динамічний варіант) (стрижневі системи, ендопротезування тазостегнового суглоба, функціональні пов'язки). Протягом 6 міс. спостереження померло 188 хворих, що склало 33 % від усіх хворих, із них 18 (3 %) хворих померли в лікарні. Загальна летальність через 3 роки склала 65 % (370 хворих), у I групі — 309 (74 %), в II — 61 (41 %). Аналіз летальності хворих при статичному та динамічному лікуванні показав значущу доцільність активної хірургічної тактики при лікуванні переломів проксимального відділу стегна. Збереження можливості пересуватися (навіть на незначній відстані або в межах квартири) помітно збільшує тривалість життя.

**Ключові слова:** переломи проксимального відділу стегна, летальність, доживання, тактика лікування.

Переломи стегнової кістки є найбільш тяжкими та зумовленими високим показником летальності та інвалідності [1]. Частота переломів стегнової кістки збільшується з віком, але після 65–74 років зростання кількості переломів спостерігають експоненціальне зростання [4, 6].

Летальність після переломів стегнової кістки в стаціонарі складає незначний відсоток і залежить від характеру лікувальних заходів, ускладнень, коморбідних станів, тривалості перебування в лікувальному закладі. За даними деяких авторів, лікарняна летальність коливається в межах від 3 до 14 % [4, 6].

Найбільший ризик смертності після переломів стегнової кістки у перші 3–6 міс. складає від 12 до 24 %. Летальність упродовж 1 року після перелому, за різними даними, коливається у межах від 30,8 до 35,1 % [2].

**Мета роботи** — проаналізувати показники летальності в перші 3 роки після травми у хворих старше 50 років після переломів стегнової кістки при різних типах лікування.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 570 історій хвороб постраждалих з переломами проксимального відділу стегнової кістки, які знаходилися на лікуванні у травматологічному відділенні КНЗ «Харківської міської клінічної багатопрофільної лікарні № 17» міської ради у період з 2011 по 2016 рр.

Було проведено аналіз дожиття після травми двох груп хворих. До I групи надійшло 420 хворих, лікування яких можна розцінювати як статичне (деротаційна гіпсова пов'язка, системою постійного скелетного витягування (СПСВ)), до II групи — 150 хворих, лікування яких передбачало можливість хворих пересуватися (динамічне) (стрижневі системи, ендопротезування кульшового суглоба, функціональні пов'язки).

У середині кожної групи хворі були поділені на 5 вікових підгруп по 10 років (рис. 1): 50–59 років; 60–69 років, 70–79 років, 80–89 років, більше 90 років.

Аналіз проводили за допомогою таблиць тривалості життя (таблиця дожиття). Аналіз застосовують у дослідженнях для перевірки

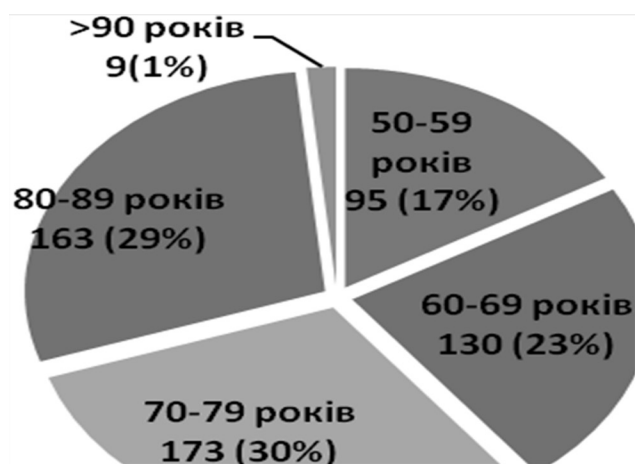


Рис. 1. Розподіл хворих за віком

розподілу показників смертності (захворювання) в когортних дослідженнях пацієнтів у часі [5]. Для кожного конкретного майбутнього розраховують кількість на початок періоду, число померлих через захворювання. Передбачається, що конкретний пацієнт, який не завершив наступний період, підпадає впливу в середині цього періоду.

Статистичний аналіз проводили в програмі IBM Statistics SPSS 20.0.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено аналіз дожиття хворих у перші 6 міс. після травми та дожиття хворих упродовж 3 років після травми. Переважна кількість хворих була похилого віку (старше 70 років), у хворих спостерігали значну коморбідну патологію, серед якої переважали серцево-судинна та легенева патологія, практично всі хворі страждали на гіпертонічну хворобу різного ступеня та ішемічну хворобу серця. Наявність коморбідних станів у хворих становить певний ризик летальності, особливо при розвитку легеневої недостатності (запалення легень, легеневої емболії), серцево-судинних розладів (інфарктів, інсультів, тромбозів), які переважно розвиваються у хворих при вимушеному ліжковому режимі. Визначено результати аналізу дожиття пацієнтів з переломами стегнової кістки та шийки стегна у перші 6 міс. після травми (табл. 1).

Аналіз показав, що через 6 міс. спостереження померло 188 хворих, що становило 33 % від усіх хворих. Із них 18 (3 %) померли в лікарні.

У віковій підгрупі 50–59 років (всього 95 хворих) з переломами проксимального відділу стегна загальна кількість летальних випадків становила 2 % (2 хворих). Обидва випадки спостерігали у хворих, яким було запропоновано лікування деротаційною гіпсовою пов'язкою (всього 66 хворих). На другий місяць після травми смерть пацієнта була викликана гнійною пневмонією, на четвертий місяць помер ще один пацієнт унаслідок онкологічного захворювання (онкологія крові), через що йому не пропонували оперативне втручання зі встановлення конструкції.

У віковій підгрупі 60–69 років (130 хворих) загальна летальність становила 17 % (22 пацієнти). У цій підгрупі до I групи увійшло 83 хворих, до II — 47 хворих. У перший місяць спостерігали 3 летальних випадки — всі госпітальні. Причина смерті — гостра легенева недостатність, гостра серцева недостатність та тромбоемболія. У хворих II групи летальні випадки спостерігали на 6 міс. — 3 (7 %), причина — гостра серцева недостатність у 2 хворих та один випадок інсульту. У хворих I групи цієї вікової підгрупи на шостий місяць діагностували 18 (22 %) летальних випадків (табл. 1), із них 4 — рецидив онкологічного захворювання, один випадок унаслідок туберкульозу легень, цукровий діабет I типу інсулінозалежний, інші випадки — серцеві напади, гостра легенева недостатність та пневмонії, два випадки інсульту.

У віковій підгрупі 70–79 років (173 хворих) загальна летальність становила 31 % (54 хворих). До I групи потрапило 128 хворих, до II — 45. У перший місяць спостерігали 4 (2 %) летальних випадки, 3 з яких госпітальні, основна причина смерті — гостра судинна недостатність та пневмонія (по 2 пацієнти в кожній групі). На другий місяць померло 5 хворих — 3 (2 %) у I групі та 2 (5 %) — у II групі, з них 2 госпітальних випадки, причина смерті — онкологічне захворювання та серцева недостатність. На третій місяць зі спостереження вийшло 8 пацієнтів — 7 (6 %) I групі та 1 (2 %) II групі. На четвертий місяць спостерігали значне збільшення летальних випадків — 15 (10 %), здебільшого це були хворі I групи —

Таблиця 1

Аналіз дожиття у перші 3 міс. після травми у хворих різних вікових груп при різних видах лікування

Вікова підгрупа	Місяць контролю	Статичне лікування		Динамічне лікування		Всього	
		к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)	к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)	к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)
50–59	1	66	–	29	–	95	–
	2	66	1 (0,02)	–	–	95	1 (0,01)
	3	65	–	–	–	94	–
	4	65	1 (0,02)	–	–	94	1 (0,01)
	5	64	–	–	–	93	–
	6	64	–	–	–	93	–
	<b>Всього вибуло</b>		<b>2 (0,03)</b>				
60–69	1	83	2 (0,02)	47	1 (0,02)	130	3 (0,02)
	2	81	–	46	–	127	–
	3	81	4 (0,05)	46	–	127	4 (0,03)
	4	77	1 (0,01)	46	–	123	1 (0,01)
	5	76	6 (0,08)	46	–	122	6 (0,05)
	6	70	5 (0,07)	46	3 (0,07)	116	8 (0,07)
	<b>Всього вибуло</b>		<b>18 (0,22)</b>			<b>4 (0,09)</b>	
70–79	1	128	2 (0,02)	45	2 (0,04)	173	4 (0,02)
	2	126	3 (0,02)	43	2 (0,05)	169	5 (0,03)
	3	123	7 (0,06)	41	1 (0,02)	164	8 (0,05)
	4	116	12 (0,10)	40	3 (0,08)	156	15 (0,10)
	5	104	10 (0,10)	37	1 (0,03)	141	11 (0,08)
	6	94	10 (0,11)	36	1 (0,03)	130	11 (0,08)
	<b>Всього вибуло</b>		<b>44 (0,34)</b>			<b>10 (0,22)</b>	
80–89	1	134	7 (0,05)	29	4 (0,14)	163	11 (0,07)
	2	127	18 (0,14)	25	4 (0,16)	152	22 (0,14)
	3	109	25 (0,23)	21	5 (0,24)	130	30 (0,23)
	4	84	21 (0,25)	16	2 (0,13)	100	23 (0,23)
	5	63	9 (0,14)	14	–	77	9 (0,12)
	6	54	8 (0,15)	14	–	68	8 (0,12)
	<b>Всього вибуло</b>		<b>88 (0,66)</b>			<b>15 (0,52)</b>	
> 90	1	9	1 (0,11)	–	–	–	–
	2	8	3 (0,38)				
	3	5	1 (0,20)				
	4	4	2 (0,50)				
	<b>Всього вибуло</b>		<b>7 (0,78)</b>				
<b>Всього за 6 міс. після травми</b>		<b>420</b>	<b>159 (0,38)</b>	<b>150</b>	<b>29 (0,19)</b>	<b>570</b>	<b>188 (0,33)</b>

12 (10 %) та 3 (8 %) II групи. Серед причин смерті — онкологія, цукровий діабет, гостра серцева та судинна недостатність. На п'ятий та шостий місяць після травми спостерігали по 11 (8 %) летальних випадків — 10 у хворих I групи та 1 у хворих II групи. Ця вікова підгрупа була найбільшою. Через 6 міс. після травми в I групі спостерігали 44 (34 %) летальних випадків, у хворих II групи — 10 (22 %).

У віковій підгрупі 80–89 років (163 хворих) загальна летальність на 6 міс. після травми становила 63 %. Серед пацієнтів цієї вікової підгрупи застосовували переважно статичне лікування (I група) — 134 хворих, із яких через 6 міс. померло 88 (66 %) хворих. Найбільша летальність серед цієї групи спостерігали упродовж перших 4 міс., де летальність сягала 23–25 %. Основними причинами були серцево-судинна

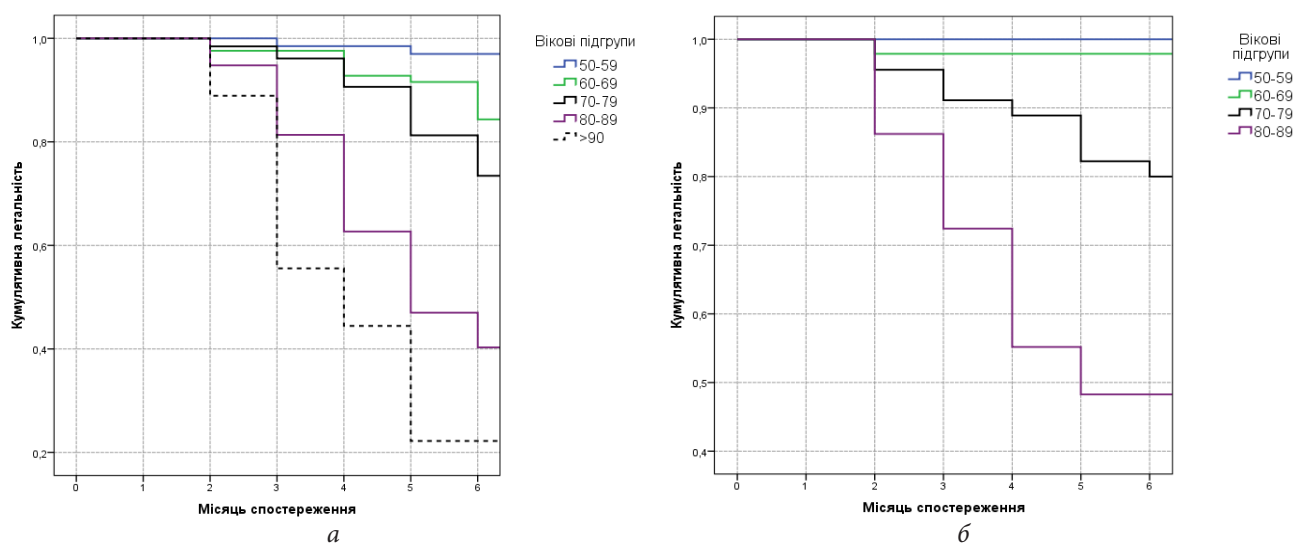


Рис. 2. Діаграма кумулятивної летальності хворих у перші 6 міс. спостереження:  
а) I група (статичне лікування); б) II група (динамічне лікування)

недостатність та легеневі хвороби — емболії та пневмонії. У хворих, яким були встановлені стабілізуючі конструкції (29 хворих), летальність на шостий місяць спостереження була 52%. Основними причинами смертності мали онкологічні захворювання, гостра органна недостатність (хронічні ниркові патології, загострення хронічних хвороб ХКТ), цукровий діабет та хвороби серця різного генезу, гостра мозкова недостатність.

Найбільша смертність була у віковій групі старше 90 років — 7 (78%) хворих. Усім хворим пропонували деротаційну гіпсову пов'язку. Треба зазначити, що деякі пацієнти в цій віковій групі не мали можливості пересу-

ватися чи вели вкрай обмежену активність, мали низку коморбідних захворювань, що несли загрозу життю. Серед хворих були пацієнти, які ще до травми не мали можливості пересуватися.

Одержана діаграма кумулятивної летальності (рис. 2).

Порівняння рівня летальності у вікових підгрупах залежно від способу лікування проводили за тестом Wilcoxon (Gehan) (табл. 2).

Аналіз показав, що у хворих I групи ймовірність летальності знижується з віком, тобто чим менший вік хворого, тим більша ймовірність 6 міс. дожиття. Винятком є вікові підгрупи 80–89 років та старше 90 років, коли

Таблиця 2

#### Аналіз дожиття через 6 міс. після травми в різних вікових підгрупах хворих при різних видах лікування

Вікові групи		I група (статичне лікування)		II група (динамічне лікування)	
		статистика Wilcoxon (Gehan)	стат. значущість	статистика Wilcoxon (Gehan)	стат. значущість
50–59	60–69	10,466	0,001	2,570	0,109
	70–79	22,217	0,001	7,302	0,007
	80–89	61,939	0,001	19,347	0,001
	> 90	41,707	0,001	–	–
60–69	70–79	4,048	0,044	3,730	0,053
	80–89	43,270	0,001	19,214	0,001
	> 90	17,397	0,001	–	–
70–79	80–89	34,955	0,001	8,081	0,004
	> 90	12,180	0,001	–	–
80–89	> 90	2,131	0,144	–	–

Таблиця 3

**Результати аналізу летальності за 6 міс. спостереження в різних вікових підгрупах хворих залежно від виду лікування**

Група хворих		Вікові підгрупи										Всього	
		50-59		60-69		70-79		80-89		> 90			
		> 6 міс.	< 6 міс.	> 6 міс.	< 6 міс.	> 6 міс.	< 6 міс.	> 6 міс.	< 6 міс.	> 6 міс.	< 6 міс.	> 6 міс.	< 6 міс.
I	Абс.	64	2	65	18	84	44	46	88	2	7	261	159
	% по групі	97,0	3,0	78,3	21,7	65,6	34,4	34,3	65,7	22,2	77,8	62,1	37,9
II	Абс.	29	0	43	4	35	10	14	15	-	-	121	29
	% по групі	100,0	0,0	91,5	8,5	77,8	22,2	48,3	51,7	-	-	80,7	19,3
Всього	Абс.	93	2	108	22	119	54	60	103	2	7	382	188
	% в групі	97,9	2,1	83,1	16,9	68,8	31,2	36,8	63,2	22,2	77,8	67,0	33,0
Стат. значущість між групами		$\chi^2 = 0,898$ $p = 0,343$		$\chi^2 = 3,706$ $p = 0,048$		$\chi^2 = 2,290$ $p = 0,130$		$\chi^2 = 1,994$ $p = 0,158$		-		$\chi^2 = 17,158$ $p = 0,001$	

ймовірність дожиття майже не відрізняється ( $p = 0,144$ ). У хворих II групи найбільший ризик летального наслідку впродовж 6 міс. також настає у віковій підгрупі старіше 80-89 років. До цього віку динамічне лікування у хворих до 80 років несе незначний ризик летального наслідку.

Якщо порівнювати летальність між видами лікування, то в загальній кількості хворих динамічне лікування статистично значущо

( $p = 0,001$ ) несе менший ризик летальності, ніж статичне лікування (табл. 3).

Вікова група 50-59 років мала тільки 2 летальних випадки, тому результат аналізу не можна вважати за значущий. У вікових групах хворих старше 70 років від лікування значущо не впливав на дожиття. Тільки у групі 60-69 років доведена значуще менша ймовірність летальності при динамічному лікуванні ( $p = 0,049$ ).

Таблиця 4

**Аналіз дожиття впродовж 3 років спостереження після травми у хворих різних вікових груп при різних видах лікування**

Вікова підгрупа	Місяць контролю	Статичне лікування		Динамічне лікування		Всього	
		к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)	к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)	к-сть хворих	летальних випадків (абс., частка)
1	2	3	4	5	6	7	8
50-59	0	66	2 (0,03)	29	-	95	2 (0,02)
	6	64	2 (0,03)	29	-	93	2 (0,02)
	12	62	1 (0,02)	29	1 (0,03)	91	2 (0,02)
	18	61	1 (0,02)	28	-	89	1 (0,01)
	24	60	3 (0,05)	28	-	88	3 (0,03)
	30	57	-	28	-	85	-
	36	57	2 (0,04)	28	-	85	2 (0,02)
	<b>Всього на 3 рік</b>			<b>11 (0,17)</b>		<b>1 (0,03)</b>	
60-69	0	83	13 (0,16)	47	1 (0,02)	130	14 (0,11)
	6	70	13 (0,19)	46	7 (0,15)	116	20 (0,17)
	12	55	8 (0,15)	39	2 (0,05)	94	10 (0,11)
	18	45	3 (0,07)	37	2 (0,05)	82	5 (0,06)
	24	42	2 (0,05)	35	1 (0,03)	77	3 (0,04)
	30	39	-	34	-	73	-
	36	39	1 (0,03)	34	1 (0,03)	73	2 (0,03)
	<b>Всього на 3 рік</b>			<b>40 (0,48)</b>		<b>14 (0,30)</b>	

Продовження табл. 4

1	2	3	4	5	6	7	8
70–79	0	128	34 (0,27)	45	9 (0,20)	173	43 (0,25)
	6	94	26 (0,28)	36	3 (0,08)	130	29 (0,22)
	12	68	22 (0,32)	33	1 (0,03)	101	23 (0,23)
	18	46	19 (0,41)	32	1 (0,03)	78	20 (0,26)
	24	27	12 (0,44)	31	4 (0,13)	58	16 (0,28)
	30	15	2 (0,13)	27	1 (0,04)	42	3 (0,07)
	36	13	5 (0,38)	26	2 (0,08)	39	7 (0,18)
	<b>Всього на 3 рік</b>		<b>120 (0,94)</b>			<b>21 (0,47)</b>	
80–89	0	134	80 (0,60)	29	15 (0,52)	163	95 (0,58)
	6	54	15 (0,28)	14	0 (0,00)	68	15 (0,22)
	12	39	2 (0,05)	14	3 (0,21)	53	5 (0,09)
	18	37	7 (0,19)	11	1 (0,09)	48	8 (0,17)
	24	30	16 (0,53)	10	5 (0,50)	40	21 (0,53)
	30	14	5 (0,36)	5	0 (0,00)	19	5 (0,26)
	36	9	4 (0,44)	5	1 (0,20)	14	5 (0,36)
	<b>Всього на 3 рік</b>		<b>129 (0,96)</b>			<b>25 (0,86)</b>	
> 90	0	9	7 (0,78)	–	–	9	7 (0,78)
	6	2	1 (0,50)	–	–	2	1 (0,50)
	12	1		–	–	1	–
	18	1	1 (1,00)	–	–	1	1 (1,00)
	<b>Всього на 3 рік</b>		<b>9 (1,00)</b>				
<b>Всього</b>			<b>309 (0,74)</b>	–		<b>61 (0,41)</b>	<b>370 (0,65)</b>

За даними літератури, значна кількість хворих з переломами стегна та шийки стегна гинуть у перші 2–3 роки, особливо це стосується хворих похилого та старечого віку, які прикуті до ліжка. Було проведено аналіз дожиття хворих (табл. 4) упродовж 3 років (період спостереження 6 міс.).

Загальна летальність через 3 роки становила 65 % (370 хворих), у I групі — 309 (74 %), у II — 61 (41 %). Усі хворі I групи старше 90 років померли на 18 міс. спостереження. У цій підгрупі спостерігалася найбільша летальність. Дуже висока летальність була і в інших вікових групах, а саме у віковій

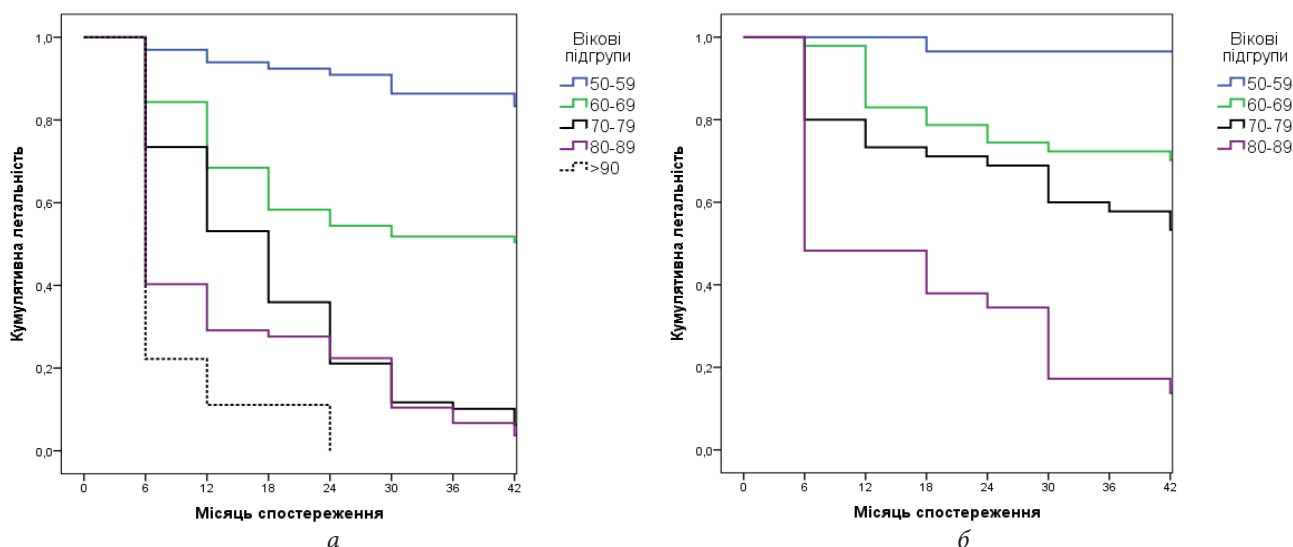


Рис. 3. Діаграма кумулятивної летальності впродовж 3 років після травми у хворих з різними типами лікування: а) I група; б) II група

групі 80–89 років — 94 % складала загальна летальність, причому вона мало залежала від виду лікування: I група — 129 (96 %) хворих, II група — 25 (86 %). Трохи менше летальність була у віковій підгрупі 70–79 років — 141 (82 %), причому для II групи летальність склала всього 47 % (21 хворий), а I групи — 94 % (120 хворих).

Найменша летальність визначена у віковій підгрупі 50–59 років. Для I групи трирічна летальність становила 11 (17 %) хворих, а для II — 1 (2 %) хворих на 1 рік після травми, причому випадок смерті не пов'язаний із захворюванням (ДТП).

На діаграмі (рис. 3) показана динаміка летальності за 3 роки після травми. За розвитком кривих дожиття видно, що у хворих I групи спостерігається стрімке наростання летальності, на відміну від динаміки летальності хворих II групи. Тільки крива у віковій групі 80–89 років на обох діаграмах подібна. Аналіз парних порівнянь кривих летальності показав, що для хворих до 80 років динамічне лікування більш сприятливе для якості життя, ніж статичне (табл. 5).

Для хворих вікової підгрупи 50–59 років аналіз не можна вважати дійсним через незначну кількість летальних випадків у II групі.

Для хворих віком від 60 до 79 років виявлена значуща різниця між величиною летальності при різних видах лікування ( $p < 0.05$ ). Для хво-

Таблиця 5

**Порівняльний аналіз трирічного дожиття після травми в різних вікових підгрупах хворих при різних видах лікування**

Вікові підгрупи	Статистика Уїлкоксона (Гехана)	Статистична значущість різниці
50–59 років	3,088	0,079
60–69 років	4,733	0,030
70–79 років	18,201	0,001
80–89 років	0,033	0,856

рих 80–89 років від лікування мало впливає на тривалість життя.

### ВИСНОВКИ

Застосування динамічного лікування у хворих віком до 60 років взагалі дає змогу уникнути летальних випадків.

Лікування хворих старше 80 років має свої особливості, часто супроводжені неможливістю проведення оперативного втручання через стан хворого. Тому кількість способів лікування обмежена.

Аналіз летальності хворих при статичному та динамічному лікуванні показав значущу доцільність і перспективність застосування металокопункцій при лікуванні переломів стегнової кістки та шийки, особливо у хворих до 80 років. Збереження можливості пересуватися (навіть на незначні відстані, або в межах квартири) помітно збільшує тривалість життя.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Беневоленская Л. И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / Л. И. Беневоленская, О. М. Лесняк — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 176 с.
2. Меньшикова Л. В. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) / Л. В. Меньшикова, Н. А. Храмова, О. Б. Ершова // Остеопороз и остеопатии. — 2002. — № 1. — С. 8–11.
3. Binkley N. Osteoporosis in men // *Arq Bras Endocrinol Metab.* — 2006. — V. 50 (4). — P. 764–774.
4. Black D. M. An assessment tool for predicting fracture risk in postmenopausal woman / D. M. Black, M. Steinbuch, I. Palermo // *Osteoporosis Int.* — 2001. — Vol. 12. — P. 519–528.
5. Muennig P. Designing and Conducting Cost-Effectiveness Analysis in Medicine and Health Care. Jossey-Bass. — San Francisco, 2002. — 356 p.
6. Osteoporosis and male age-related hypogonadism: role of sex steroids on bone (patho) physiology / V. Rochira, A. Balestrieri, B. Madeo [et al.] // *Eur. J. Endocrinol.* — 2006. — Vol. 154 (2). — P. 175–185.

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Доц. В. А. Бабалян

Проведен анализ госпитальной и постгоспитальной летальности пациентов с переломами проксимального отдела бедра в зависимости от типа лечения. Проанализировано 570 историй болезней пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости. Проведен анализ жизни больных в первые 6 мес. после травмы и в течение 3 лет после травмы. В I группу вошли 420 больных со статическим вариантом лечения (деротационная гипсовая повязка, система постоянного скелетного вытяжения (СПСВ)), во II группу — 150 больных, лечение которых позволяло передвигаться (динамический вариант) (стержневые системы, эндопротезирование тазобедренного сустава, функциональные повязки). В течение 6 мес. наблюдения умерло 188 больных, что составило 33 % от всех больных, из них 18 (3 %) больных умерли в больнице. Общая летальность через 3 года составила 65 % (370 больных), в I группе — 309 (74 %), во II — 61 (41 %). Анализ летальности больных при статическом и динамическом лечении показал значимую целесообразность активной хирургической тактики при лечении переломов проксимального отдела бедра. Сохранение возможности передвигаться (даже на незначительные расстояния или в пределах квартиры) заметно увеличивает продолжительность жизни.

**Ключевые слова:** переломы проксимального отдела бедра, летальность, доживание, тактика лечения.

## ANALYSING LETHALITY OF PATIENTS WITH FRACTURE IN A PROXIMAL PART OF THIGH BONE

V. O. Babaljan

The analysis of hospital and post-hospital mortality of patients with fractures of the proximal femur, depending on the type of treatment. There were analyzed 570 case histories of victims with proximal femur fractures. The analysis of survival of patients in the first 6 months after injury and survival of patients was carried out for 3 years after injury. Group I included 420 patients with a static (derotational gypsum dressing, permanent skeletal traction system (SPSV)), group II (150 patients), whose treatment allowed to move (dynamic) (pivotal systems, hip arthroplasty, treatment). Within 6 months of observation, 188 patients died, which accounted for 33 % of all patients. Of these, 18 (3 %) patients died in the hospital. The total mortality after 3 years was 65 % (370 patients), in group I — 309 (74 %), in II — 61 (41 %). Analysis of mortality of patients with static and dynamic treatment showed a significant feasibility of active surgical tactics in the treatment of fractures of the proximal femur. Preserving the ability to move (even for insignificant distances, or within an apartment) significantly increases the life expectancy.

**Keywords:** fractures of the proximal femur, mortality, survival rate, treatment tactics.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО

#### ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2018 РІК

##### КАФЕДРА ТЕРАПІЇ

Зав. кафедри проф. Березняков І. Г. \_\_\_\_\_ тел. 725-09-47; 725-09-40

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) ..... 1.1–1.03 ПАЦ

Терапія (для лікарів, які підтверджують звання лікар-спеціаліст) ..... 1.1–1.06 СТАЖ

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) ..... 1.1–1.10 ПАЦ

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) ..... 1.1–1.11 ПАЦ

##### КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ 2

Зав. кафедри проф. Козуб М. І. \_\_\_\_\_ тел. 732-19-34; 732-68-94

Акушерство і гінекологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 11.02–13.03 ПАЦ

Акушерство і гінекологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 22.04–24.05 ПАЦ

Акушерство і гінекологія перехідний ..... 04.06–29.06, 18.03.09.18–14.05.19 СПЕЦ

Акушерство і гінекологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 15.10–13.11 ПАЦ