

Нами виявлені особливості клінічних змін у обстежених дітей. Так, у дітей раннього віку з герпесвірусною інфекцією преобладали ураження носоглотки, більш виражені прояви інтоксикаційного, гепатолієнального синдромів і метаболічних порушень, в той час як у підлітків відзначалося більш значуще і стійке збільшення лімфатичних вузлів при менш вираженому залученні в процес паренхіматозних органів. Загальний аналіз крові при герпесвірусній інфекції у дітей має деякі особливості в залежності від фази захворювання - в початку лейкоцитоз з нейтрофілією і прискореною СОЗ, досить швидко змінюється нормалізацією лейкоцитів, лімфоцитозом, прискореною СОЗ.

**Ключові слова:** герпесвірусна інфекція, клінічні прояви, діти, вікові особливості.

Gyluk O.G., Bulat L.M.

#### CHILDREN AGE CLINICAL PECULIARITIES OF HERPES INFECTIONS

**Summary.** Herpes virus infections today are among the most common in the world. In the literature, the properties of herpesviruses, epidemiology, features of immune processes, the traditional on syndromic clinical picture of the acute period of the disease are described in sufficient detail, while the final solution of the problem of the duration of the infectious process is absent, which emphasizes the urgency of monitoring issues. We have revealed the features of clinical changes in the examined children. Thus, in children of early age with herpesvirus infection, nasopharyngeal lesions predominated, more pronounced manifestations of intoxication, hepatolienal syndromes and metabolic disturbances, while in adolescents there was a more significant and stable increase in lymph nodes with less pronounced involvement in the parenchymal organs. The general blood test for herpes virus infection in children has some peculiarities depending on the phase of the disease - at the beginning of leukocytosis with neutrophilia and accelerated ESR, it changes rather quickly the normalization of leukocytes, lymphocytosis, accelerated ESR.

**Key words:** herpesvirus infection, clinical manifestations, children, age features.

Рецензент - д.мед.н., проф. Коржинський Ю.С.

Стаття надійшла до редакції 23.12.2016

Гилук Олександра Геннадіївна - аспірант кафедри пропедевтики дитячих захворювань ВНМУ ім. М.І. Пирогова; d.tryfiak@gmail.com; +38(096)5332324

Булат Леонід Мойсейович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою пропедевтики дитячих захворювань ВНМУ ім. М.І. Пирогова; bulatlm@mail.ru; +38(067)7472454

© Гур'єв С.О., Нацевич Р.О., Палагнюк К.В.

УДК: 617.5-001.1/.3-06:616.9

Гур'єв С.О., Нацевич Р.О., Палагнюк К.В.

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська 3, м Київ, 02166, Україна)

## СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ТЯЖКОСТІ ПОШКОДЖЕННЯ ТА СТАНУ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИТРАСОВИХ ЛІКАРНЯХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

**Резюме.** В роботі проведений аналіз 316 випадків постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП) в умовах притрасової лікарні на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі. Встановлено, що тяжкість пошкодження внаслідок ДТП від терміну надання медичної допомоги в притрасових лікарнях на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах за шкалою ISS становила: до 10 хв. отримали допомоги - 0,6% постраждалих, до 20 хв. - 11,39%, до 30 хв. - 21,2%, до 40 хв. - 19,3%, до 50 хв. - 17,09%, до 60 хв. - 10,44%, та більше 60 хв. - 19,94%. Застосування сучасних технологій лікування, уніфікованих протоколів схем лікування та протоколів прийняття клініко-організаційних рішень необхідне для покращення лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП в умовах притрасової лікарні на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

**Ключові слова:** дорожньо-транспортна пригода, притрасова лікарня, постраждалі, шкала ISS, шкала TS.

### Вступ

Особливістю сучасного травматизму є висока питома вага полісистемних пошкоджень внаслідок ДТП. Серед основних причин постраждалих внаслідок ДТП є травми пов'язані з транспортом [1, 5]. У великому різновиді травм особливу небезпеку для життя людини становлять тяжкі поєднані пошкодження, що одночасно уражують різні анатомо-функціональні області організму постраждалого. Слід зауважити, що поряд з збільшенням абсолютних та відносних показників трав-

матизму в його структурі спостерігається й збільшення політравми. За даними різних авторів на її частку припадає від 5,0 до 81,5% від усіх травм [3, 6]. Значні зміни технічних характеристик транспортних засобів на протязі останніх десятиріч збільшили їх травмонебезпечність, зокрема внаслідок підвищення швидкості руху. Водночас різко збільшилась кількість транспортних засобів. Дорожньо-транспортний травматизм став, на жаль, однією з основних медико-санітарних проблем су-

часного суспільства [2]. За прогнозами ВООЗ до 2020 року травматизм внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП) може стати третьою основною причиною загибелі або каліцтв [7]. Використання застарілих технологій діагностики і лікування та повільне впровадження нових технологій призводить до зниження позитивних показників лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП в умовах притрасової лікарні на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах [4].

Метою дослідження було визначення можливостей шкал тяжкості пошкодження та стану постраждалого у пацієнтів з політравмою в результаті ДТП, яким була надана допомога в умовах притрасової лікарні.

### Матеріали та методи

Нами було досліджено 316 випадків постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні. Притому було застосовано метод натурного моделювання та створено умовно змішану модель притрасової лікарні у період з 2012 по 2015 роки. Було включено та піддано вивченню аналіз розподілу масиву постраждалих за ознакою розподілу терміну тяжкості пошкодження за шкалою ISS та стану постраждалого за шкалою TS в умовах притрасової лікарні, на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах. Усі розрахунки було проведено за допомогою комп'ютерних технологій відповідно до критеріїв і вимог доказової медицини.

### Результати. Обговорення

Зважаючи на багатокомпонентність пошкоджень, поліваріабільність клінічних проявів стандартизована оцінка є основними принципом клінічного опису полісистемних та поліорганних пошкоджень. Для забезпечення клінічного опису основних клінічних характеристик пошкоджень нами було застосовано дві стандартизовані системи: система ISS - для оцінки тяжкості пошкоджень та система TS - стану постраждалого.

Дані інтегрального аналізу розподілу наведено у табл. № 1, 2, 3.

Аналіз даних, що наведено в таблиці №1, свідчить, що тяжкість пошкоджень у постраждалих на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах внаслідок ДТП до 24-х балів за шкалою ISS:

- I рангове місце(до 10 хвилин) - 0,7%
- II рангове місце (до 20 хвилин) - 9,6%
- III рангове місце (до 30 хвилин) - 20,0%
- IV рангове місце(до 40 хвилин) - 17,8%
- V рангове місце (до 50 хвилин) - 14,8%
- VI рангове місце (до 60 хвилин) - 9,6%
- VII рангове місце (60 і більше хвилин) - 27,4%

З тяжкістю пошкодження до 35 балів найбільш часто отримували допомогу:

- I рангове місце(до 10 хвилин) - 1,1%
- II рангове місце (до 20 хвилин) - 10,9%
- III рангове місце (до 30 хвилин) - 20,4%
- IV рангове місце(до 40 хвилин) - 19,4%
- V рангове місце (до 50 хвилин) - 15,3%
- VI рангове місце (до 60 хвилин) - 17,9%
- VII рангове місце (60 і більше хвилин) - 15,3%

З тяжкістю пошкодження до 44 балів найбільш часто отримували допомогу:

- I рангове місце(до 10 хвилин) - 0%
- II рангове місце (до 20 хвилин) - 15,1%
- III рангове місце (до 30 хвилин) - 23,8%

**Таблиця 1.** Інтегральний аналіз розподілу масиву постраждалих (загальний масив) за ознакою розподілу терміну тяжкості пошкоджень за шкалою ISS.

ISS	До 10 хв.				До 20 хв.				До 30 хв.			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	1	50	0,7	1	13	36,1	9,6	1	27	40,2	20	1
25-34	1	50	1,1	1	11	30,6	11,9	2	20	29,9	21,7	2
35-44	0	0	0		9	25	14,6	3	16	23,9	23,8	3
45-75	0	0	0		3	8,3	11,1	4	4	6,0	14,8	4
Всього	2	100			36	100			67	100		

Продовження таблиці 1.

ISS	До 40 хв.				До 50 хв.				До 60 хв.				60 хв. і більше			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	24	39,3	17,8	1	20	37,1	14,8	4	13	39,4	9,6	3	37	58,7	27,4	1
25-34	19	31,2	20,7	2	15	27,8	16,3	3	11	33,3	19,9	1	15	23,8	16,3	2
35-44	12	19,7	19,4	3	11	20,3	17,7	2	5	15,2	8,1	4	9	14,3	14,6	3
45-75	6	9,8	22,2	4	8	14,8	29,6	1	4	12,1	14,8	2	2	3,2	7,4	4
Всього	61	100			54	100			33	100			63	100		

**Примітки:** \* - питома вага до даної групи, %; \*\* - питома вага до групи тяжкості пошкодження, %.

**Таблиця 2.** Інтегральний аналіз розподілу масиву постраждалих за ознакою розподілу терміну тяжкості пошкоджень за шкалою ISS з негативним результатом перебігу.

ISS	До 10 хв.				До 20 хв.				До 30 хв.			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	0	0	0		1	12,5	8,3	2	3	15,8	25	3
25-34	1	100	2,8	1	2	25	5,5	2	6	31,6	16,7	2
35-44	0	0	0		4	50	9,8	1	9	47,4	22	1
45-75	0	0	0		1	12,5	5,3	2	1	5,3	5,3	4
Всього	1	100			8	100			19	100		

**Продовження таблиці 2.**

ISS	До 40 хв.				До 50 хв.				До 60 хв.				60 хв. і більше			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	3	14,3	25	3	1	3,8	8,3	4	2	16,9	17,7	2	2	9,5	16,7	3
25-34	7	33,3	19,4	2	8	31	22,2	2	3	25	8,3	3	9	42,9	25	1
35-44	8	38,1	19,6	1	9	34,2	22	3	3	25	7,3	4	8	38,1	19,6	2
45-75	3	14,3	15,8	3	8	31	42,1	1	4	33,1	21,1	1	2	9,5	10,6	3
Всього	21	100			26	100			12	100			21	100		

**Примітки:** \* - питома вага до даної групи, %; \*\* - питома вага до групи тяжкості пошкодження, %.**Таблиця 3.** Інтегральний аналіз розподілу масиву постраждалих за ознакою розподілу терміну тяжкості пошкоджень за шкалою ISS позитивним результатом перебігу у клініко-нозологічних групах.

ISS	До 10 хв.				До 20 хв.				До 30 хв.			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	1	100	0,8	1	12	42,9	9,8	1	24	50	19,6	4
25-34	0	0	0		9	32,1	16	2	14	29,1	25	3
35-44	0	0	0		5	17,9	24	3	7	14,6	33,3	2
45-75	0	0	0		2	7,1	25	4	3	6,3	37,5	1
Всього	1	100			28	100			48	100		

**Продовження таблиці 3.**

ISS	До 40 хв.				До 50 хв.				До 60 хв.				60 хв. і більше			
	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R	n	*	**	R
16-24	21	52,5	17	1	19	67,9	15,4	1	11	52,4	8,9	1	35	83,3	28,5	1
25-34	12	30	21,4	2	7	25	12,5	2	8	38	14,3	2	6	14,3	10,7	2
35-44	4	10	19,1	3	2	7,1	9,6	3	2	9,6	9,6	3	1	2,4	4,8	3
45-75	3	7,5	37,5	4	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Всього	40	100			28	100			21	100			42	100		

**Примітки:** \* - питома вага до даної групи, %; \*\* - питома вага до групи тяжкості пошкодження, %.

IV рангове місце (до 40 хвилин) - 19,9%  
 V рангове місце (до 50 хвилин) - 17,7%  
 VI рангове місце (до 60 хвилин) - 8,9%  
 VII рангове місце (60 і більше хвилин) - 14,6%  
 З тяжкістю пошкодження до 74 балів найбільш часто отримували допомогу:

I рангове місце (до 10 хвилин) - 0%  
 II рангове місце (до 20 хвилин) - 11,1%  
 III рангове місце (до 30 хвилин) - 14,8%  
 IV рангове місце (до 40 хвилин) - 22,2%  
 V рангове місце (до 50 хвилин) - 29,6%  
 VI рангове місце (до 60 хвилин) - 14,8%

VII рангове місце (60 і більше хвилин) - 7,4%

В цілому до 10 хвилин отримали допомогу 0,7%, до 20 хвилин - 11,4%, до 30 хвилин - 21,2%, до 40 хвилин - 19,3%, до 50 хвилин 17,1%, до 60 хвилин - 10,4%, більше 60 хвилин - 19,9%.

Таким чином, найбільше всіх постраждалих до 30 хвилин, на другому - до 40 хвилин, але це залежить від тяжкості пошкодження. В цілому спостерігалась тенденція прискорення надання медичної допомоги із збільшенням показника тяжкості пошкодження, але однак залишається більш значним у всіх групах пошкоджень постраждалих понад 1 годину.

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. Тяжкість пошкодження постраждалих внаслідок ДТП є одним із найбільш інформативних показників, що впливають на перебіг травматичного процесу при наданні медичної допомоги в догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

2. Пошкодження реально визначається при прибутті бригади екстреної медичної допомоги, тому залежить насамперед від терміну прибуття бригад та можливості початку надання медичної допомоги, при тому даний термін коливається від 10 хв. до 60 і більше.

3. Має місце залежність тяжкості пошкодження і

терміну надання медичної допомоги при чому найбільш швидко надається допомога постраждалим з "менш тяжкою" травмою (27,4%) і "більш тяжкою" травмою (29,6%) та з найбільш меншою травмою (0,7%).

4. Існує група постраждалих з "тяжкою" і "вкрай тяжкою" травмою, яким (за шкалою ISS - 14,6% і 7,4%) допомога надається на догоспітальному етапі в термін більше 60 хв., що пов'язано з неможливістю доступу медичних працівників до постраждалих.

У перспективі планується вивчити клініко-епідеміологічну характеристику пошкоджень у постраждалих з політравмою в результаті ДТП.

## Список літератури

1. Гайко Г.В. Аналіз причин і факторів, що зумовлюють смертність постраждалих із травмами опорно-рухового апарату, отриманих під час ДТП / Г.В. Гайко, Р.В. Деркач // Міжвідомчий медичний журнал "Наука і практика". - 2014. - №1(2). - С.82-86.
2. Клинико-организационные принципы, основы и критерии системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическими повреждениями / С.Е. Гурьев, Н.Н. Березка, В.Д. Шишук, А.С. Соловьёв // Травма. - 2010. - Т.11, №2. - С.133-140.
3. Принципи надання невідкладної медичної допомоги постраждалим дитячого віку з політравмою на догоспітальному етапі [Електронний ресурс] / С.О. Гур'єв, Ю.В. Шкатула // Травма. - 2012. - Т.13, №4. - С.161-165. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trauma\\_2012\\_13\\_4\\_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trauma_2012_13_4_35)
4. Лечебно-диагностическая тактика при политравме на догоспитальном этапе / И.З. Яковцов, Б.В. Гунько, С.В. Рынденко [та ін.] // Проблемы військової охорони здоров'я: зб. наук. пр. Укр. військово-мед. акад. - К., 2006. - Вип.17. - С.180-185.
5. Dutton RP Trauma mortality in mature trauma systems: are we doing better? An analysis of trauma mortality patterns, 1997-2008. / RP Dutton, LG Stansbury, S. Leone // The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care. 2010; 69(3): P.620-626.
6. Epidemiology of major trauma / K. Soreide // Br. J. Surg. - 2009. - Vol.96(7). - P.697-698.
7. Frink M. Polytrauma management - a single centre experience / M. Frink, C. Zeckey, P. Mommsen et al. // Injury. 2009 Nov; 40 Suppl 4: P.5-11.

*Гур'єв С.Е., Нацевич Р.О., Палагнюк К.В.*

## СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПОКАЗАТЕЛІВ ТЯЖКОСТІ ПОВРЕЖДЕННЯ І СОСТОЯННЯ ПОСТРАДАВШИХ В ЗАВИСИМОСТІ ВІД СРОКА ОКАЗАННЯ МЕДИЦИНСЬКОЇ ПОМОЦІ В ПРИТРАССОВИХ БОЛЬНИЦАХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ І РАННЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

**Резюме.** В роботі проведено аналіз 316 випадків постраждалих з полісистемними повреждениями в результаті дорожно-транспортних происшествий (ДТП) в умовах притрасової лікарні на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі. Установлено, що тяжкість повреждения в результаті ДТП від строка оказания медицинской помощи в притрасовых больницах на догоспитальном і ранньому госпитальном етапах по шкалі ISS складала: до 10 мин. получили помощь - 0,6% пострадавших, в 20 мин. - 11,39%, до 30 мин. - 21,2%, до 40 мин. - 19,3%, до 50 мин. - 17,09%, до 60 мин. - 10,44%, и более 60 мин. - 19,94%. Применение современных технологий лечения, унифицированных протокольных схем лечения и протоколов принятия клинико-организационных решений необходимо для улучшения лечения пострадавших с полисистемными повреждениями в результате ДТП в условиях притрасовой больницы на догоспитальном і ранньому госпитальном етапах.

**Ключевые слова:** дорожно-транспортное происшествие, притрасовая больница, пострадавшие, шкала ISS, шкала TS.

*Guriev S.E., Natsevykh R.O., Palahniuk K.V.*

## STANDARDIZATION OF INDICATORS OF SEVERITY OF DAMAGE AND THE STATUS OF VICTIMS DEPENDING ON THE DURATION OF CARE ROAD HOSPITALS IN THE PREHOSPITAL AND EARLY HOSPITAL STAGES

**Summary.** The article provides data analyzing 316 cases affected with multiple trauma owing to traffic accidents at the pre-hospital and early hospital stages treated in conditions of a roadside hospital. It is found that injury severity owing to traffic accidents since the medical care treated at pre-hospital and early hospital stages in conditions of a roadside hospital in accordance with Injury Severity Score (ISS) amounted to the following rates: 0,6% of casualties received medical treatment over the period of 10 min, up to 20 min - 11,39%, up to 30 min - 21,2%, up to 40 min - 19,3%, up to 50 min - 17,09%, up to 60 min - 10,44%, and more than 60 min - 19,94%. To improve the results of treatment the patients with polysystem injuries owing to traffic accidents at the pre-hospital and early hospital stages in conditions of a roadside hospital it is necessary to use up-to-date treatment technologies as well as the unified treatment protocol schemes and clinical decision-making records.

**Key words:** traffic accident, roadside hospital, casualties, Injury Severity Score (ISS), Trauma Score (TS).

*Рецензент - д.мед.н. Танасієнко П.В.*

*Стаття надійшла до редакції 10.01.2017*

*Гур'єв Сергій Омелянович* - д. мед. н., професор, Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, заступник директора ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(044)5185708

Нацевич Руслан Олександрович - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України"; +38(044)5185708  
Палагнюк Костянтин Валентинович - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України"; +38(044)5185708

© Фіщенко В.О., Кириченко В.І., Леськів Б.Б., Кирищук І.Г.

УДК: 616.718.4-001.5-036.22

**Фіщенко В.О., Кириченко В.І., Леськів Б.Б., Кирищук І.Г.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра травматології та ортопедії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕРТЛЮГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНА У ПАЦІЄНТІВ СТАРЕЧОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

**Резюме.** Стаття присвячена актуальній проблемі в травматології та ортопедії - лікуванні вертлюгових переломів стегнової кістки. Авторами був проведений аналіз матеріалів закордонних (з використанням бази даних PubMed) та вітчизняних видань, в котрих описуються сучасні методи лікування даної патології, позитивні та негативні результати хірургічних тактик лікування, переваги та недоліки фіксаторів для остеометалосинтезу, оцінка віддалених результатів лікування та якості життя, проведена оцінка результатів лікування вертлюгових переломів стегна з використанням різних методів остеосинтезу.

**Ключові слова:** *черезвертлюгові та міжвертлюгові переломи стегнової кістки, класифікація, остеометалосинтез.*

### Вступ

Зростання в популяції людей старшої вікової групи та збільшення тривалості життя, характерні для розвинутих країн та країн, що розвиваються. Так, за оцінками ВООЗ, число людей віком 65 років і старше збільшиться на 88% через старіння населення світу протягом наступних 25 років, що пов'язано з покращенням соціального рівня життя, розвитком та доступністю медичної допомоги [8, 9].

Сучасна демографічна ситуація в Україні та в більшості країн світу характеризується поглибленням демографічної кризи. Це стосується всіх демографічних процесів - народжуваності, смертності, старіння тощо. Демографічна крива в світових популяціях має тенденцію до зміщення, із зростанням числа людей старшої вікової групи [1-4, 8, 17].

Населення України зменшується і водночас старіє. За період 1989-2014 рр. середній вік населення України зріс на 4 роки, з 36,5 до 40,5 років відповідно. Особливо швидкий цей процес серед міського населення, де середній вік збільшився на 5,6 років (з 34,8 до 40,4), тоді як серед сільського населення даний показник зріс лише на 0,9 років (з 39,8 до 40,7). Середній вік жінок у 2013 році становив 42,9 р., що на 5,2 р. більше, ніж у чоловіків - 37,7. Дані зміни пов'язані з вищою смертністю та нижчою тривалістю життя чоловічого населення. На даний час, 13,7 млн. населення України складають люди старше 55 років, 6,9 млн. у віці 65 і старше, з яких 3,1 млн. осіб віком за 70 років [2, 3, 5].

Зі збільшенням тривалості життя зростає число осіб похилого та старечого віку. За даними різних авторів, частка переломів стегнової кістки становить від 15 до 45% в структурі всіх переломів, а переломи вертлюгової ділянки - від 2 до 17% ушкоджень опорно-рухового апарату та від 17 до 43% переломів стегнової кістки. Навколосуглобові переломи проксимального відділу

стегнової кістки становлять від 20 до 36% всіх переломів стегна і виникають частіше в старечому віці (60%), ніж у похилому (40%) [1, 12, 17].

Щорічно в усьому світі збільшується число випадків переломів проксимального відділу стегна, причому постраждалими в основному є особи похилого та старечого віку, серед яких переважають жінки [2, 3, 7].

У лікуванні таких пацієнтів визначальну роль відіграє рання активізація, що дозволяє мінімізувати ризик розвитку ускладнень і в кінцевому підсумку врятувати життя. Разом з тим, при вертлюгових переломах стегна в значній мірі виражені больовий синдром і нестабільність, що ускладнює активізацію пацієнта [12, 13].

Часто при лікуванні пацієнтів з вертлюговими переломами вибір раціональної тактики лікування є досить важким завданням. Це пов'язано з тим, що у переважній більшості хворих з вертлюговими переломами виявляється супутня соматична патологія, перебіг травматичної хвороби часто ускладнюється розвитком пролежнів, пневмонії, виникненням посттравматичної деменції та тромбоемболічних ускладнень [12, 13]. Крім того, досить часто переломи проксимального відділу стегна виникають на фоні супутніх захворювань та змін біомеханічних характеристик кульшового суглобу які прямо не впливають на перебіг захворювання та результат лікування але значною мірою погіршують віддалені наслідки [11, 16]. Тому вибір тактики лікування має включати передопераційне планування (визначення способу фіксації перелому), підбору оптимальних для кожного випадку металоконструкцій, складання плану післяопераційної реабілітації [6]. Так за наявності остеоартрозу кульшового суглоба що супроводжується різким зменшенням рухів ураженого суглоба, безсумнівно найкращим рішенням буде ендопротезування, яке не тільки замінить пошкоджену ділянку але і відновить