

## НАДАННЯ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В НИЖНІЙ ТРЕТИНІ

*Піддубний С.І., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шищук В.Д.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів, курс ортопедії та травматології*

Одним з найбільш частих переломів кісток верхньої кінцівки є перелом дистального метаепіфіза променевої кістки – перелом в типовому місці, який складає близько 15-20 % всіх переломів. Перелом променевої кістки в типовому місці зустрічається в 2-3 рази частіше в жінок похилого віку, ніж у чоловіків.

В залежності від механізму травми та виду зміщення відломків розрізняють 2 типи переломів променевої кістки:

**1 тип** (екстензійний, розгинальний, перелом Колеса). Виникає при падінні на розігнуту в променевозап'ястковому суглобі кисть. При цьому дистальний відломок зміщується в тильну та променеву сторону з незначною супінацією.

**2 тип** (флексійний, згинальний, перелом Сміта). Зустрічається значно рідше, ніж I тип. Виникає при падінні на зігнуту в променевозап'ястковому суглобі кисть. При цьому дистальний відломок зміщується в долонну сторону з незначною пронацією.

Основним методом лікування є одномоментне вправлення перелому з послідуною фіксацією гіпсовою шиною. Рівень гіпсової пов'язки: від ліктьового суглобу до п'ястковофалангових суглобів строком на 3-4 тижні.

У дітей іммобілізація гіпсовою пов'язкою продовжується 10-15 діб.