

плечевой кости устанавливают соответственно положению головки плеча и, таким образом, выравнивается ось плеча. Правильное положение отломков контролируется рентгеновскими снимками. Плечо фиксируют к шине мягкими повязками. Лечебную гимнастику начинают с первых дней. Сначала разрешают движения пальцами и в лучезапястном суставе, через неделю – в локтевом суставе. Спустя месяц освобождают плечо от бинтов и разрешают движения в плечевом суставе. Больного освобождают от шины через 5-6 недель. К этому времени полностью восстанавливаются движения в плечевом суставе. Иногда изложенными выше способами не удается сопоставить отломки, и тогда возникает необходимость оперативного лечения. Операция преследует цель сопоставления отломков и удержания их в приданном им положении до образования хорошей костной мозоли. Для этого возможно применение погружных фиксаторов (пластин АО, Лена и пр., остеосинтез пучком спиц) или внешний остеосинтез спицевыми аппаратами.

**Диафизарные переломы.** Переломы диафиза плечевой кости встречаются довольно часто. В зависимости от места перелома различают переломы верхней, средней и нижней трети диафиза плеча. В связи с тем, что к плечевой кости прикрепляется большое количество мышц, при диафизарном переломе всегда наблюдается значительное смещение отломков, которое типично для перелома на любом уровне. Диагностировать перелом диафиза плечевой кости трудно. Боль – неизменный спутник перелома, припухлость и кровоизлияние, деформация, патологическая подвижность и костная крепитация – вот признаки, на основании которых безошибочно ставится диагноз. При переломах диафиза плечевой кости в средней и нижней трети возможны повреждения лучевого нерва, так как, в средней трети лучевой нерв лежит непосредственно на кости и во время перелома может травмироваться или ущемляться между отломками. Свисание кисти и невозможность произвести ее разгибание в лучезапястном суставе, а также отсутствие активного разгибания пальцев в пястно-фаланговых суставах, отведения и разгибания первого пальца указывают на повреждение лучевого нерва.

В условиях хирургического стационара после уточнения смещения отломков на рентгенограммах в место перелома вводят 20 мл 2% раствора новокаина для получения хорошей анестезии. Ссадины и другие мелкие повреждения кожи смазывают настойкой йода. Репозиция отломков в неосложненных случаях при поперечных переломах не представляет трудностей. Стояние отломков кости после вправления контролируют рентгеновскими снимками. Удержание отломков до наступления сращения осуществляют гипсовой повязкой по Турнеру, Охотскому или на отводящей шине. Во избежание неравномерной тяги мышц и последующих вторичных смещений отломков руке необходимо придать среднее физиологическое положение, при котором тяга мышц уравновешена: рука отведена от туловища под углом  $90^\circ$ , отстоит впереди от фронтальной плоскости на  $30-40^\circ$ , ротирована наружу так, что кисть находится на уровне рта. Это положение может быть зафиксировано на отводящей шине ЦИТО или торакобрахеальной гипсовой повязкой.