

При наложении отводящей шины туловище и надплечье больного покрывают ватно-марлевой прокладкой, обе металлические части шины и ремни не должны соприкасаться с кожей. Особенно хорошо должен быть защищен гребень подвздошной кости. Закрепив шину ремнями на туловище, укладывают на нее руку. Фиксацию отломков на шине осуществляют скелетным вытяжением. Стояние отломков после наложения шины контролируют рентгенологически. При лечении на отводящей шине или в гипсовой повязке через 2-3 дня, когда успокоится боль, больному разрешают активные движения пальцами и в лучезапястном суставе. Спустя 12-14 дней начинают движения в локтевом суставе. Вытяжение снимают только после наступления сращения отломков, подтвержденного рентгенологически. После снятия вытяжения рука остается на шине еще несколько дней, пока больной не сможет производить движения в плечевом суставе. После этого шину снимают. Средняя продолжительность сращения неосложненных переломов диафиза плечевой кости 6-8 недель. Больные нетрудоспособны в течение 2-3 месяцев.

Иногда при переломах диафиза плечевой кости между отломками попадают мягкие ткани (мышцы, надкостница, лучевой нерв), что препятствует их сопоставлению. Добиться сращения в таких случаях консервативными методами трудно. С трудом поддаются консервативному лечению также оскольчатые переломы, при которых один из отломков проникает в мышцы и приблизить его к кости не представляется возможным, а также косые и винтообразные переломы. Эти обстоятельства обычно выявляют в первые дни после травмы, и лечение подобных больных должно быть оперативным.

Переломы в нижней трети плеча. Переломы в нижней трети плеча чаще всего возникают при чрезмерном сгибании или разгибании. Линия перелома происходит немного выше мыщелков и такие переломы называются *надмыщелковыми*. В области локтевого сустава определяется выраженная припухлость, сустав резко деформирован. При пальпации удается прощупать конец одного из отломков. Движения в локтевом суставе усиливают боль. На рентгенограмме отмечается смещение короткого периферического отломка либо кпереди, кверху и несколько внутрь (сгибательный перелом), либо кзади, внутрь и кверху (разгибательный перелом).

В область перелома инъецируют 20 мл 2% раствора новокаина, после чего производят репозицию. Техника репозиции зависит от вида перелома. При сгибательном переломе в момент репозиции нужно производить разгибание в локтевом суставе и, надавливая на периферический отломок со стороны внутренней поверхности локтевого сустава, ставить его на место. При разгибательном переломе, наоборот, при репозиции следует сгибать предплечье в локтевом суставе и оказывать давление на отломок с задней поверхности. Стояние отломков контролируют рентгенологически. Следует помнить, что ось диафиза плеча образует с осью эпифиза угол 150° , открытый кпереди. Изменение величины этого угла указывает на неправильное стояние отломков. Так, например, если после репозиции отломки на рентгенограмме расположены по прямой линии, то на самом деле это означает смещение периферического отломка под углом 30° , открытым кзади. После вправления отломки фиксируют гипсовой по-