

Для осмотра следует раздеть пострадавшего ниже пояса. Для переломов шейки бедра характерно типичное положение конечности: она повернута кнаружи, прикасается наружной стороной стопы к постели. Больной не может самостоятельно приподнять ногу или поставить стопу в вертикальное положение. При поколачивании в области большого вертела или пятки появляется боль. Переломы шейки бедренной кости, так же как переломы вертелов, могут быть вколоченными. В этих случаях многие признаки перелома отсутствуют, отмечается только небольшая боль в области тазобедренного сустава. Некоторые больные могут даже передвигаться. При рентгенологическом исследовании (обязательны снимки в двух взаимно перпендикулярных проекциях) при переломах со смещением хорошо видны отломки кости, разошедшиеся на определенное расстояние и смещенные по оси. При вколоченных переломах рентгенологические данные более скудны: щель перелома не видна, но отмечается деформация и укорочение шейки бедра, нарушена целостность костной структуры, прервана линия кортикального слоя.

Лечение больного с переломом шейки бедренной кости проводится в больнице. В задачу семейного врача входит только оказание первой медицинской помощи и транспортировка пострадавшего в больницу. Имobilизируют конечность шинами Дитерихса, Крамера или с помощью подручных средств, так же как при переломах таза. Затем пострадавшего укладывают на носилки и доставляют в травматологическое отделение больницы.

**Диафизарные переломы.** Различают переломы диафиза в верхней, средней и нижней трети. Такое разграничение имеет определенное клиническое значение в связи с характерным смещением отломков на каждом уровне. При переломе бедра в верхнем отделе определяется варусное искривление оси бедра типа «галифе». Такая деформация обусловлена смещением короткого центрального отломка кнаружи и кпереди группой ягодичных пояснично-подвздошных мышц. Периферический отломок подтягивается вверх и внутрь тракцией приводящих мышц. При переломе в средней трети проксимальный отломок, находясь под влиянием не только наружной группы мышц, но и приводящих, смещается внутрь и кпереди, дистальный – уходит кзади и вверх вследствие сокращения мышц передней и задней группы. При переломе в нижней трети центральный отломок отходит кпереди и кнутри, а короткий дистальный – смещается кзади и вверх под действием икроножных мышц и группы мышц бедра. Такое смещение периферического отломка в ряде случаев приводит к повреждению сосудисто-нервного пучка бедра, который в этом месте находится в непосредственной близости к кости. Чрезвычайно важно своевременно выявить это поражение. Отсутствие пульса на периферических артериях и расстройство движений в голеностопном суставе и пальцах подтверждает диагноз. Рентгенограммы позволяют обнаружить костные осколки, что в определенной мере сказывается на выборе метода лечения.

Переломы бедренной кости относятся к тяжелым видам травм, подлежащим лечению в условиях хирургического стационара. Больные, как правило, находятся в состоянии шока. При оказании первой помощи необходимо прежде