

всего ввести под кожу 1 мл 1 % раствора промедола или 1 % раствора омнопона. Затем следует наложить шину с помощью одного или двух помощников.

Существуют специальные шины *Дитерихса* для фиксации сломанного бедра. Шина состоит из двух деревянных складных планок, одна из которых длинная, другая – короткая. Длинную планку накладывают на наружную поверхность туловища и ноги, короткую – по внутренней поверхности ноги. На верхних концах планок имеются поперечные перекладины для упора в подмышечную впадину и промежность. Нижние концы планок соединяются поперечной дощечкой, через два отверстия которой проходит шнур для вытяжения конечности. Другим концом шнур привязывают к специальной дощечке-столе, которую прибинтовывают к стопе больного. Путем скручивания шнура производят вытяжение ноги. Чаще всего шину накладывают поверх одежды. Перед наложением обе планки шины раздвигают с таким расчетом, чтобы поперечная перекладина наружной планки упиралась в подмышечную область, а внутренняя – в промежность. Нижние концы планок должны выступать за стопу на 15 – 20 см. Обе перекладины, упирающиеся в подмышечную область и промежность, обкладывают ватой. Кроме того, между планками и телом также делают мягкие прокладки. Наружную шину привязывают к туловищу специальными матерчатыми поясами и после этого плотно прибинтовывают обе планки к ноге. Когда планки шины прибинтованы к туловищу и ноге, приступают к вытяжению конечности. Шнур, прикрепленный к дощечке-столе, пропускают через отверстия в поперечной планке и концы связывают. Закручивая шнур, вставленной в его петлю палочкой, осуществляют вытяжение. Вытяжение продолжается до тех пор, пока верхние перекладины не упрутся в подмышечную область и в промежность. В дальнейшем дополнительно шину плотно прибинтовывают к ноге круговыми турами бинта.

К сожалению, не всегда под руками оказываются специальные шины для иммобилизации переломов бедра, поэтому нужно уметь шинировать такие переломы шинами Крамера или подручными средствами. Следует взять две лестничные шины Крамера длина одной из них должна соответствовать расстоянию от подмышечной области до пятки, другой – от промежности до пятки. При наложении шин один помощник должен все время вытягивать ногу, держа за стопу, а другой, поддерживая больного за подмышки, осуществлять противотягу. Длинную шину укладывают по наружной поверхности туловища и ноги, короткую – по внутренней поверхности ноги, укрепляя их так же, как шину Дитерихса.

В стационаре лечение переломов бедра длительно и зависит как от тяжести повреждения, так и метода лечения (скелстное вытяжение, гипсовая иммобилизация, операция остеосинтеза).

Вывихи бедра. Травматические вывихи бедра встречаются сравнительно редко и составляют от 3 до 7,5 % всех вывихов. По форме тазобедренный сустав – шаровидный, имеет широкий размах движений и отличается большой прочностью. Стабильность его обусловлена анатомо-физиологическими особенностями тазобедренного сустава, а именно:

1. Глубоким положением головки бедра в вертлужной впадине;