

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Тема: ДЕСМУРГІЯ

1. Актуальність теми:

Десмургія, як розділ загальної хірургії вивчає пов'язки, призначені для різної мети, головним чином де закріплення або утримання на необхідний термін перев'язувального матеріалу на рані або ділянці пошкодження. Знання десмургії необхідні лікарю будь-якого фаху для надання першої медичної допомоги потерпілим.

2. Мета.

Навчитися накладати основні типи пов'язок, шини, гіпсові пов'язки.

3. Базовий рівень знань:

- знати структуру кістково-суглобового та зв'язувального апарату людини;
- знати і визначати кровопостачання різних частин тіла людини.
-

4. Перелік контрольних знань та умінь які набуватиме студент:

Знати:

- види перев'язувального матеріалу в залежності від призначення;
- функціональне положення кінцівки;
- класифікацію пов'язок.

Вміти:

- накладати різні м'які пов'язки;
- накладати шини та гіпсові пов'язки.

5. Основні теоретичні положення теми:

Пов'язки розрізняють: м'які та тверді нерухомі (фіксуючі) пов'язки

Нерухомі пов'язки - іммобілізуючі та коригуючі - пов'язки з витягінням, використовуються в основному для лікування хворих з пошкодженнями і захворюваннями опорно-рухової системи. До них відносяться гіпсові пов'язки, шини та апарати.

М'які пов'язки складаються з перев'язувального матеріалу, який накладається безпосередньо на рану та із засобу його фіксації.

Розрізняють просту м'яку (захисну і лікарську), давлючу (гемостатичну) пов'язку та окклюзійну пов'язку, що накладається при пораненнях грудної клітини.

Накладання пов'язок звичайно проводиться в перев'язочній.

Під перев'язкою. Розуміють лікувально-діагностичну процедуру, яка складається із зняття старої пов'язки, виконання профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів в рані та накладання нової пов'язки.

Для фіксації перев'язочного матеріалу використовують марлевий, трикотажний трубчатий бинт, сітчато-трубчатий медичний бинт "Ретеласт", косинки з бавовнянопаперової тканини, клеол, колодій, лейкопластир.

Накладання м'яких і твердих пов'язок:

а) Накладання клейових, клейово-пластирних, клеолових пов'язок

Клейові пов'язки.

Для пов'язок – наклейок застосовується колодій, клеол, клей БФ-6, пластубол, ліфузол, та ін.

Колодій є розчином колоксиліна в ефірі і в спирті. При випаруванні розчинників колодій зсихається в тверду плівку, яка міцно прилипає до шкіри.

Досить широко колодійні пов'язки застосовуються для закриття операційних ран, коли використовуються колодійні наклейки, які економлять перев'язочний матеріал і не обмежують рухів хворого.

На рану накладають кілька шарів стерильної марлі, поверх якої вкладають розвернуту марлеву серветку, яка виходить за її краї. Вільні краї марлевої серветки змочують колодієм. До недоліків колодійної пов'язки відносяться неприємні відчуття в результаті стягування шкіри на місці змазування колодієм, особливо при повторному його застосуванні, тому після кожного знімання наклейки місця, які змазані колодієм, необхідно протерти спиртом чи ефіром, а потім насухо витерти серветкою.

Клеол – складається з 45 частин подрібненої каніфолі, 1 частини рослинної олії, 37 частин етилового 95% спирту і 17 частин ефіру. Він не стягує і не подразнює шкіру.

Шкіру навколо накладеної пов'язки змазують ватним тампоном, змоченим клеолом і чекають 1-2 хвилини, поки клеол трохи підсохне, після чого всю змазану ділянку прикривають натягнутою марлевою серветкою, яку міцно притискають до покритої клеолом поверхні шкіри. Вільні краї серветки, які не прилипили до шкіри, підрізають ножицями чи загинають зверху пов'язки, якщо потрібно доповнити клеолову наклейку бинтуванням.

Клей-БФ-6 – запропонований Шкільніковим, використовують для змазування дрібних ушкоджень, переважно пальців рук, краще після попередньої обробки рани настояюю йоду для попередження розвитку ранової інфекції. Після висихання клею утворюється еластична плівка, яка не потребує додаткової перев'язки, що особливо важливо на промислових підприємствах, де мають місце дрібні виробничі травми.

Для прикривання лінії швів після операцій і захисту шкірних покривів використовується плівкоутворюючий розчин акрилату – **пластубол**, який наносять шляхом розбризкування. Після висихання утворюється захисна плівка.

Ліфузол - аерозольний плівкоутворюючий препарат. Наносять розпилюванням з балону протягом 2-3 сек. Через 30 секунд на шкірі утворюється міцна прозора еластична плівка. Розпилювання повторюють 2-3 рази з паузами по 15-30 секунд для підсихання кожного шару. Плівка залишається на шкірі протягом 6-8 днів і може бути видалена ацетоном, ефіром, хлороформом чи спиртом. Перевагою ліфузолу є простота нанесення, швидкість накладання, можливість спостереження за станом рани без зміни пов'язки, водонепроникненість плівки, яка дозволяє мити хворих.

Лейкопластирні пов'язки

Перев'язочний матеріал на рані утримується за допомогою липкого пластиру, причому ці смужки переходять на непокриту шкіру з обох сторін пов'язок і міцно

приклеюються до неї, утримуючи пов'язку на рані.. Звичайно накладають кілька смужок липкого пластиру паралельно один одному на тій чи іншій відстані в залежності від величини пов'язки. Малі лейкопластирні пов'язки можна робити з хресто-подібно чи зірко-подібно накладеного пластиру.

Лейкопластирну пов'язку можна також застосовувати для зближення країв гранулюючої рани, для лікування переломів кістки методом постійного витягіння, особливо у дітей..

б) Накладання бинтових пов'язок:

Пов'язки з бинта найбільш розповсюджені, оскільки вони є простими та надійними, тому бинти є обов'язковим атрибутом медичних закладів будь-якого рівня.

Бинт може бути скатаний з одного кінця (одноголовий бинт), при цьому скатана частина носить назву ГОЛОВКИ, а та що не скатана – початку бинта. Бинт, скатаний з двох кінців до середини називається двухголовим бинтом. Тильна сторона бинта, яка повернута до бинтованої частини тіла називається СПИНКОЮ, а протилежна - черевком, причому під час бинтування черевко повинно бути повернуте назовні, щоб бинт легко та вільно міг розкатуватися по поверхні бинтованої ділянки тіла. Бинт при перев'язці тримають в правій руці під кутом і повертають у напрямку до того, хто бинтує (рис.2). Бинт намотується під легким натисненням, але пов'язка не повинна бути дуже тугою, щоб не викликати здавлення тканин і порушення кровообігу у забинтованій кінцівці.

Основою будь-якої пов'язки є виток або тур, який виникає коли обмотують будь-яку частину тіла. Перший виток накладається дещо навкоси, щоб можна було притримати кінець бинта, а наступні витки його накрили.

Правила накладання пов'язок:

1.Під час перев'язки потрібно стояти обличчям до хворого, наскільки це можливо.

2.З самого початку перев'язки необхідно стежити за тим, щоб перев'язувана частина тіла знаходилась у правильному положенні.

3.Напрямок витків повинен буди однаковим у всіх шарах пов'язки.

4.Ширину бинта слід підбирати так, щоб вона дорівнювала або була більше діаметра перев'язуваної частини тіла.

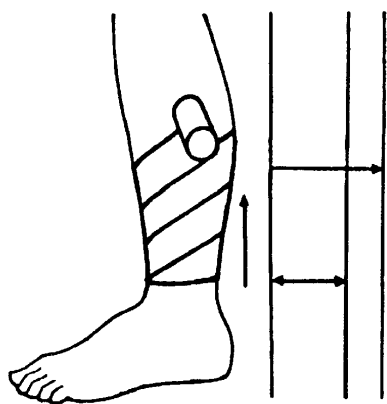


Рис. 1. Правильно вибрана ширина бинта

5.Бинт необхідно тримати в руці так, щоб вільний кінець складав прямий кут з рукою, в якій знаходиться рулон бинта.

6.Перев'язку потрібно починати з накладання простого кільця таким чином, щоб один кінчик бинта дещо виступав з-під наступного витка, який накладається у тому ж напрямку. Підігнувши, і накривши кінчик бинта наступним витком, його можна зафіксувати, що суттєво полегшує подальші маніпуляції (див.рис. 3).

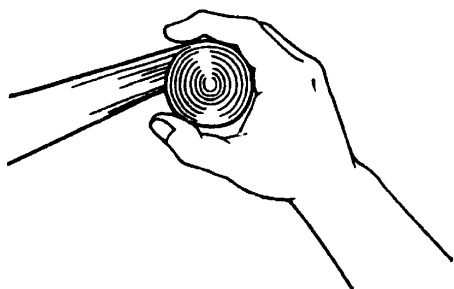
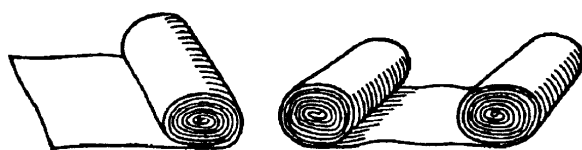
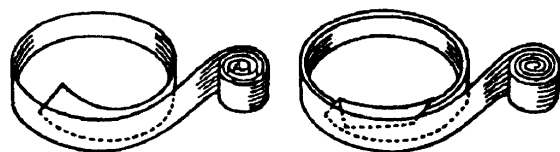


Рис. 2. Правильне співвідношення бинта та руки того, хто перев'язує.

7.Перев'язку слід починати з найбільш вузького місця, поступово переходячи до більш широкого. (див. Рис.1.)



2)



8.Перев'язку закінчують круговим витком і закріплюють її таким чином: 1)кінець бинта надрізають ножицями в повздовжньому напрямку, обидва кінця перехрещують і зав'язують, причому ні перехрест, ні вузол не повинні лягати на ранову поверхню, кінець бинта приколюють до попередніх турів англійською шпилькою, 3) кінець бинта підгинають за останній круговий

хід. **Рис. 3** Початковий виток пов'язки.

Пов'язка “чепець” (рис .4)

Відрізок бинта біля 1 м довжиною симетрично накладається на тім'я з вільно звисаючими по бокам голови кінцями. На рівні надбрівних дуг і потиличного бугра іншим бинтом накладається перший циркулярний виток під вільними кінцями відрізка. При кожному наступному витку робиться петля навкруги вільного

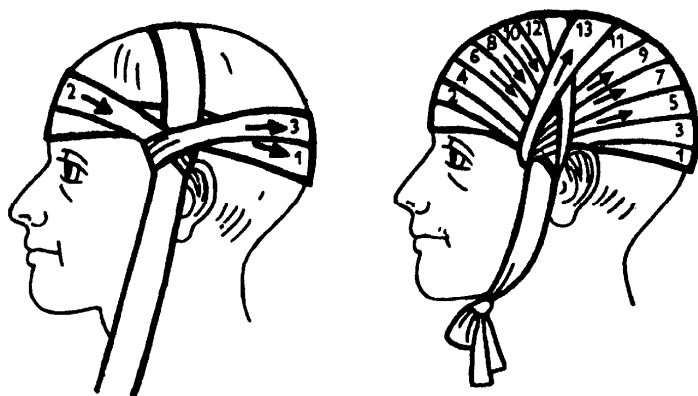


Рис. 4. Пов'язка “чепець”

кінця, потім бинт направляється на потилицю, переходить на іншу сторону голови, де знову виконується петля навкруги вільного кінця, і бинт по лобно-тім'яній

частині голови переходить до вільного кінця. Зміщуючи бинт при кожному наступному витку, формують пов'язку, яка повністю закриває поверхню голови. На закінчення вільні кінці зав'язуються під підборіддям.

Пов'язки на одне і обидва ока

Пов'язка на одне око. (Рис.5) При накладанні пов'язки на праве око бинт, як правило, тримають у правій руці і накладають зліва направо. При пов'язці на ліве око зручніше бинт перекласти в ліву руку і пов'язку робити справа наліво. Першим накладається фіксуєючий циркулярний виток навколо голови. Наступні витки проходять над вухом зі здорової сторони і під вухом на стороні ураження, поступово закриваючи пошкоджене око. Пов'язка закінчується циркулярним фіксуєючим витком.

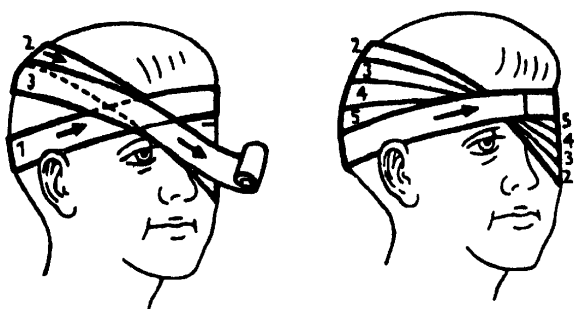


Рис. 5. Пов'язка на одне око

Пов'язка на обидва ока. (рис.6) Після першого циркулярного витка навколо голови бинт проводиться через тім'я і косо спускається через лоб, закриває ліве вухо, огинає голову під потиличним бугром і правим вухом, косо піднімається вгору, закриваючи праве око. Витки перехрещуються в ділянці перенісся. Наступні витки поступово прикривають обидва ока. Пов'язка закінчується циркулярним витком на рівні очей. Вушні раковини залишаються відкритими.

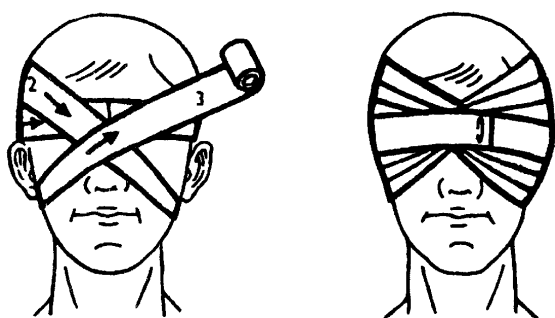


Рис.6. Пов'язка на обидва ока.

Пов'язка "Вуздечка"

Використовується для прикриття бокових поверхонь обличчя, скроневої ділянки, лобу чи тім'я, а також для фіксації нижньої щелепи і прикривання підборіддя. (рис.7) Перший циркулярний, фіксуєючий виток накладається в напрямку від здорового до пошкодженого боку. Далі бинт проводиться до вуха на пошкодженому боці, косо спускається за ним вниз, проводиться під потиличним бугром, під вухом на здоровому боці, через підборіддя виводиться на пошкоджений бік, направляється вгору на тім'я. Потім бинт проводиться вниз, прикриваючи вушну раковину на здо-

ровому боці, проходить під підборіддям, закриває інше вухо і повертається на тім'я. З наступним витком бинт спускається вниз на здоровий бік, проходить по задньому краю вушної раковини до потилиці, виводиться на пошкоджений бік, проводиться по нижньому краю нижньої щелепи, проходить під вухом на здоровій стороні до потилиці. Далі бинт знову проводиться під підборіддям і перед вухом на здоровому боці повертає на тім'я, потім над вухом на пошкоджену боці повертає на потилицю, від нього на підборіддя і назад через пошкоджений бік на тім'я. Хоча пов'язка одностороння, вона практично симетрична. Складності, пов'язані з її накладанням, компенсуються її високою надійністю.

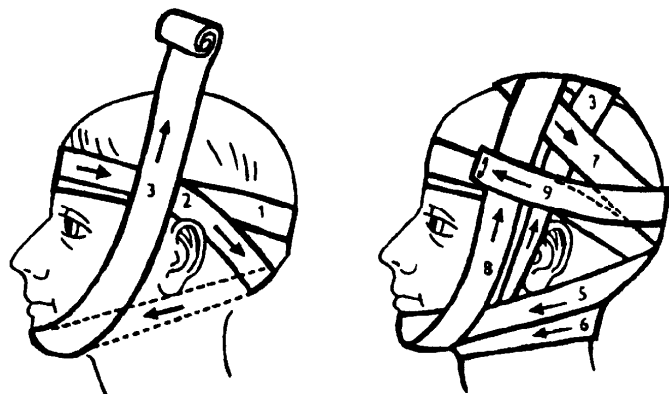


Рис.7. Пов'язка
“вудечка”

Двобічна пов'язка “Вудечка” (рис.8) більш проста, чим описана вище, і повністю закриває голову, включаючи підборіддя. Вільними від бинта залишається передня поверхня обличчя, а також обидві вушні раковини. Однотипні витки пов'язки починаються над одним вухом, потім бинт проходить по тімені і спускається перед іншим вухом, проходить під підборіддям і піднімається вгору на тім'я. Потім бинт проводиться на інший бік, над вухом повертає на потилицю, звідти на підборіддя, далі бинт косо піднімається по верхній щелепі на тім'я, переходить на потилицю і знову під вухом проходить під підборіддям і піднімається уверх на тім'я. Аналогічними витками формується вся пов'язка. Щоб вона не зісковзувала, рекомендується використовувати вузький бинт (4-5 см) і переплітати витки.

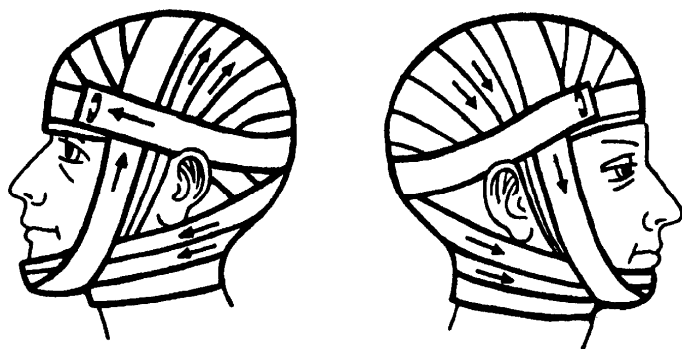


Рис.8. Двобічна пов'язка
“вудечка”

Хрестоподібна пов'язка на потилицю з переходом на спину (рис.9)

Вона добре закриває потилицю і задню частину шиї, причому ходи бинта перехрещуються над ділянкою пошкодження. Пов'язку починають 1-2 циркулярними ходами бинта шириною 6-8 см навколо голови. Далі бинт ведуть над лівою вушною

раковиною і спускають послідовно на задній, правий, передній і лівий бік шиї на ділянку лоба, перехресшуючи попередній хід і т.д. Недоліком пов'язки є можливість здавлення шиї, так як ходи бинта лягають поперек її передньої поверхні. Перед бинтуванням обов'язково накласти на передню поверхню шиї шар вати. При бинтуванні нижньої частини шиї кругові тури бинта доцільно доповнювати ходами за типом хрестоподібної пов'язки на ділянку спини, які йдуть через пахвові ділянки. Таким чином, ділянка пошкодження прикривається повністю і пов'язка не зміщується при рухах голови і тулуба.

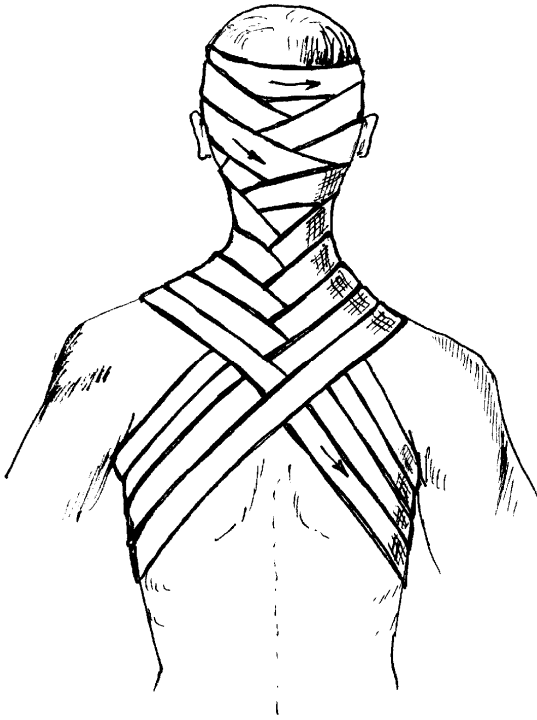


Рис.9. Хрестоподібна пов'язка на потилицю

Колосоподібна пов'язка на плечовий суглоб (рис.10)

Використовується для прикриття плечового суглобу і пахової впадини. Висхідна колосоподібна пов'язка починається з першого фіксуючого витка на плечі біля пахової ділянки. Далі бинт проводиться під пахвою на зовнішній бік плечового суглобу, огинає його і йде на спину, проводиться через підкрильцьову впадину з іншої сторони на передню поверхню грудної клітини, потім по передній поверхні грудної клітини на передню поверхню перев'язуваного плеча, біля нього під пахву. Далі формується 8-подібний виток з перехрестом на передню поверхню плеча. Низхідна колосоподібна пов'язка починається з першого фіксуючого витка навколо грудної клітини на рівні пахових ділянок, потім бинт проводиться з підкрильцьової впадини здорового плеча навскоси по передній поверхні грудної клітини на передню поверхню перев'язуваного плечового суглобу, огинає його, проходить під пахвою вперед і вгору на спину і протягується через підкрильцьову впадину протилежного плеча. Таким чином формуються 8-подібні низхідні витки з перехрестом на передній поверхні перев'язуваного плечового суглобу. Пов'язка закінчується фіксуючим витком у верхній третині плеча.

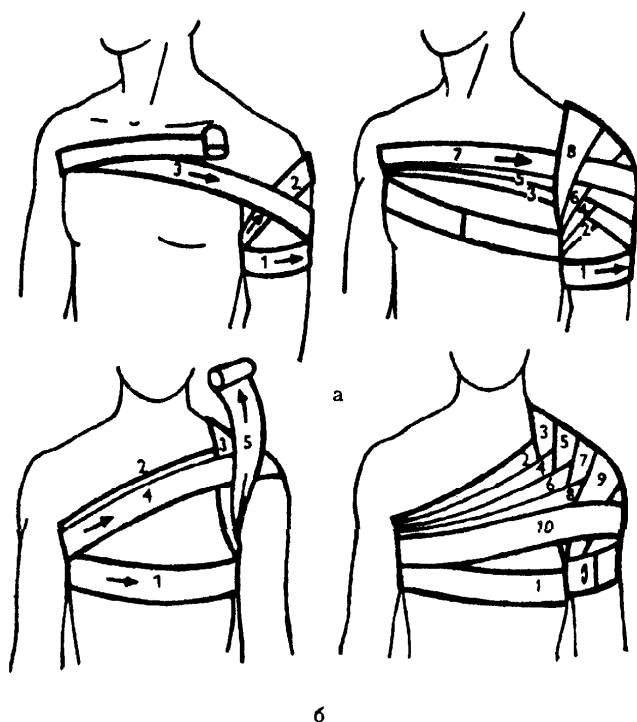


Рис.10. Колосоподібна пов'язка на плечовий суглоб

Спіральна пов'язка на грудну клітку (рис.11)

Середину відрізка бинта довжиною 1,5 м накладають через надпліччя. Поверх звисаючого бинта на грудну клітку накладають широким бинтом спіральну пов'язку знизу вгору до пахвових впадин. Звисаючі кінці бинта-зав'язки дещо натягують, зміщують до середньої лінії і, перекинувши через інше надпліччя, зв'язують між собою спереду над пов'язкою. Бинт-зав'язка міцно фіксує спіральну пов'язку, робить її нерухомою. Можливо застосування двох бинтів-зав'язок.

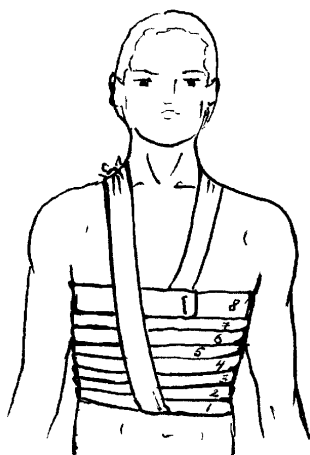


Рис.11. Спіральна пов'язка на грудну клітку

Пов'язки на молочну залозу (рис.12)

Пов'язка, яка підтримує одну молочну залозу. Перший виток проводиться навколо грудної клітки під обома молочними залозами в напрямку від здорової до

пошкодженої, потім бинт проводиться через спину на надпліччя здорової сторони, огинає його і навскоси спускається вниз, прикриваючи пошкоджену молочну залозу, починаючи з її нижніх відділів. Наступні витки накривають її повністю.

Пов'язка, яка підтримує обидві молочні залози. Перші витки цієї пов'язки аналогічні описаним вище, але після витка, який прикриває молочну залозу, бинт не проводиться на протилежне надпліччя, а проходить поперек спини, огинає тулуб, прикриває другу молочну залозу і піднімається на протилежне надпліччя спереду. Поступово такі витки прикривають обидві молочні залози. Якщо пов'язка повинна бути ще й давлячою, то восьмиподібні витки перемежуються циркулярними, які охоплюють обидві молочні залози.

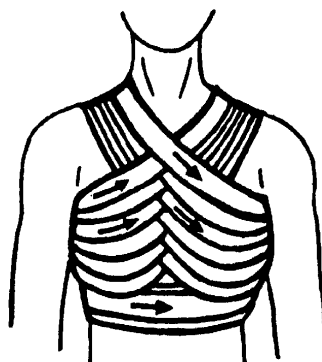
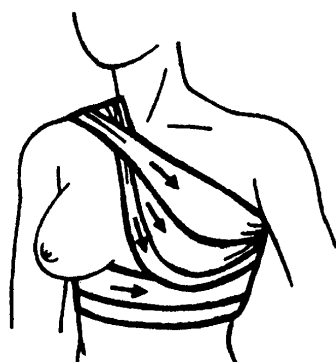


Рис.12. Пов'язки на одну і дві молочні залози

Пов'язка Дезо (рис.13)

Є дуже складною пов'язкою і застосовується

при необхідності іммобілізації верхньої кінцівки шляхом притиснення її до грудної клітини. Перед накладанням пов'язки рекомендується оглянути ділянку підкрильцевої впадини, припудрити її тальком і вкласти ватну подушку для попередження мацерації і для адсорбції поту. Подушка фіксується витком бинта чи просто вкладається без спеціальної фіксації. Характер початкових витків визначається тим, що пов'язка повинна як іммобілізувати, так і підтримувати кінцівку. Перший циркулярний виток проводиться зі спини через підкрильцеву впадину здорової руки по грудній клітині, огинаючи пошкоджену руку і притискуючи її до грудної клітини, потім бинт проходить по спині, через пахову ділянку, виводиться навскоси по передній поверхні грудної клітини до плеча пошкодженої руки. Такі складні витки поступово формують пов'язку. Здорова рука залишається вільною. Для придання жорсткості такій пов'язці можна на останніх етапах її формування використовувати крохмальні бинти, які не повинні безпосередньо стикатися з поверхнею тіла.

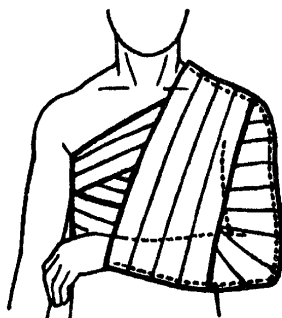
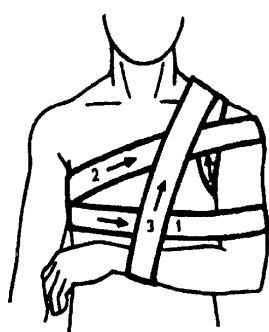


Рис. 13. Пов'язка Дезо.

Пов'язки на пахову ділянку

Можуть використовуватися для прикривання як пахвинних ділянок, так і промежини. Накладання пов'язки завжди починається з циркулярних витків навколо

живота на рівні талії. Потім бинт ведеться по передній поверхні живота косо вниз в пахвинну ділянку, огинаючи стегно іншої ноги позаду, і по передній поверхні живота вертається у вихідну точку. Далі бинт обводиться навколо тулуба позаду, і по передній поверхні таза, косо спускаючись у пахвинну ділянку, симетрично повторюючи попередній виток. Пов'язка закінчується циркулярним витком на талії (рис.14).

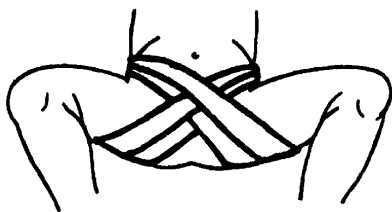


Рис.14. Колосоподібна пов'язка на промежину

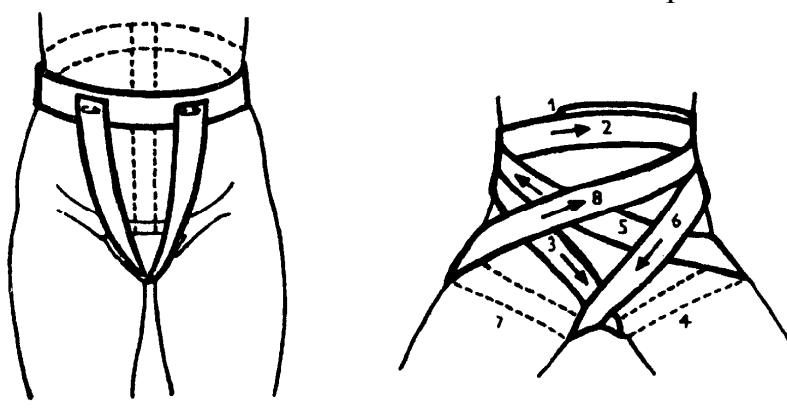


Рис. 15. У-подібна пов'язка на промежину та пов'язка на пахвинну ділянку

Черепащача (черепицеподібна) пов'язка на ліктьовий та на колінний суглоби (рис.16)

Пов'язка накладається при фізіологічному положенні ліктьового суглобу як та, що сходиться і та, що розходиться. У першому випадку вона починається з фіксуєчого витка під ліктем, потім бинт косо проводиться по ліктьовій ямці на плече, яке обвиває позаду. Потім 8-подібними витками, які сходяться до відростка ліктьової кістки і закривають весь суглоб, посередині якого накладається останній фіксуєчий виток.

При пов'язці, яка розходиться перший фіксуєчий виток накладається поверх відростка ліктьової кістки і потім 8-подібними витками розходяться від середини, поступово закриваючи ліктьовий суглоб. Перехрест бинта виконується по передній поверхні бинтованої кінцівки.

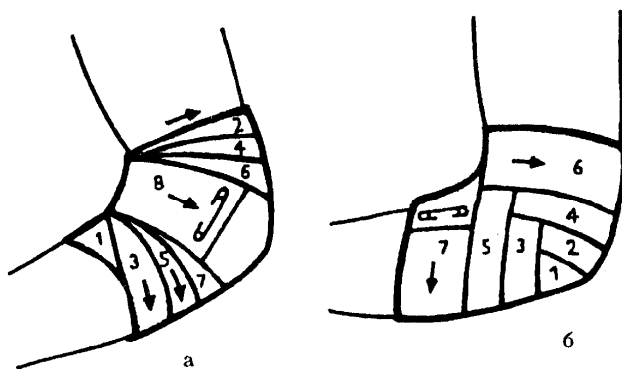


Рис. 16. Черпицеподібна пов'язка ліктьового суглобу: а – що сходиться; б – що розходиться.

Пов'язка “лицарська рукавичка” (рис.17)

Необхідність в таких пов'язках виникає тоді, коли необхідно перев'язувати кисть, залишаючи вільними пальці, коли необхідно почергове бинтування всіх пальців (при шкірних захворюваннях, при опіках). Пов'язка починається з першого фіксуємого витка на зап'ясті, далі бинт проводиться по тильній стороні кисті, проводиться через основу пальців і знову вертається на зап'ястя. На лівій руці таку пов'язку починають з 5-го пальця, а на правій – з першого нешироким бинтом (2-3 см) в стані пронації кисті (долонею вниз). Бинт розкатують по тилу кисті до п'ятого пальця, спіральними ходами прикривають п'ятий палець, починаючи від його кінчика. Далі бинт направляють по тилу кисті на зап'ястя, перехрещують попередній, і, зробивши круговий виток, зі долонної сторони зап'ястя переводять по тильній поверхні на четвертий палець. Пов'язку закінчують циркулярними ходами навколо зап'ястя. Для закріплення пов'язки необхідно при переводі бинта з пальця на палець також виконувати кругові ходи навколо зап'ястя.

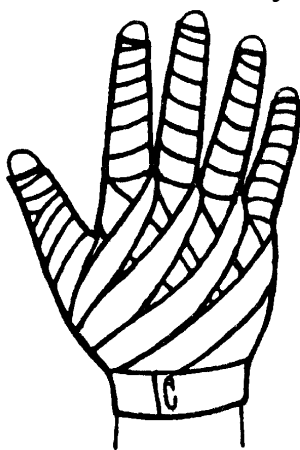


Рис. 17. Пов'язка “лицарська рукавичка”.

Пов'язки на палець (спіральна, колосоподібна)

Пов'язка на палець (рис.18) починається з кільцевого витка у основи пальця, потім бинт проводиться на тильну поверхню кисті до зап'ястя, навколо якого виконують фіксуючий виток, і вертається назад до основи пальця. У міру бинтування пальця від кінчика (остання фаланга) вниз використовується техніка спіральної пов'язки, а при підході до основи пальця і переході на тильну частину кисті вона замінюється на колосоподібну, формуючи неповну "рукавичку".

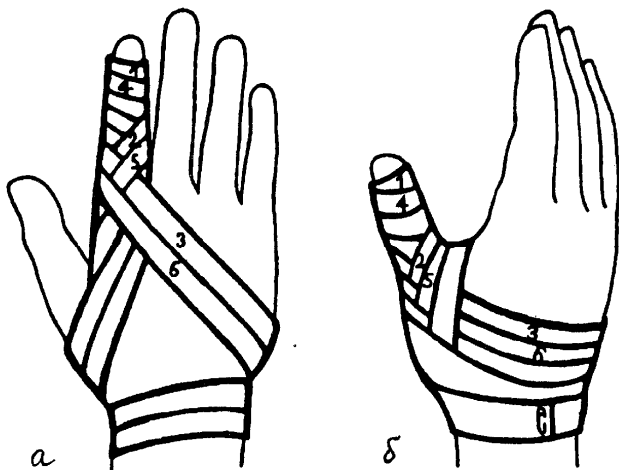


Рис.18. а) Колосоподібна пов'язка на палець, б) Пов'язка на великий палець

Косинкові пов'язки на верхню кінцівку

Косинкова пов'язка на кисть (рис.19)– косинка розстиляється на столі, її основа підвертається один чи два рази так, щоб утворився міцний поясок шириною 1-2 см. Потім на косинку поміщають перев'язувану руку долонею уверх чи вниз, в залежності від локалізації ушкодження так, щоб пальці були направлені до вершини косинки. А потім верхній кут косинки відкидається, накриваючи кисть. При правильному положенні руки він повинен знаходитися за променево-зап'ястковим суглобом. Після цього кінці косинки завертаються і перехрещуються вище променево-зап'ясткового суглобу, закриваючи руку з обох сторін, обмотуються навколо руки і зав'язуються вузлом. Для закріплення пов'язки можна дещо витягнути з-під вузла вершину косинки і зв'язати її з одним із вільних кінців. При такій пов'язці можна залишити вільним великий палець, розширюючи тим самим функціональні можливості руки.

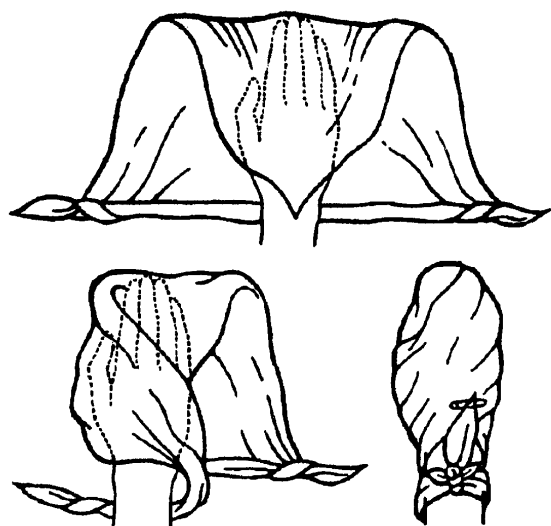


Рис.19. Косинкова пов'язка на кисть

Косинкова пов'язка на передпліччя (рис.20) – косинка накладається на передпліччя і туго намотується навкруги нього. Вільні кінці закріплюються шпильками чи лейкопластирем.

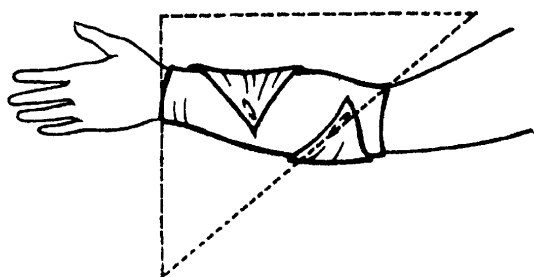


Рис.20. Косинкова пов'язка на передпліччя

Косинкова пов'язка на лікоть (рис.21) – рука розташовується на розстеленій на столі косинці так, щоб передпліччя знаходилося на основі косинки, а верхівка на задній поверхні плеча. Вільні кінці косинки завертаються на долонну поверхню передпліччя і перехресшуються на рівні ліктьового згину. Далі вони обертаються навколо плеча, придавлюючи верхівку косинки, і зав'язуються вузлом над ліктьовим згином. Вузли на самому ліктьовому згині можуть викликати набряк.

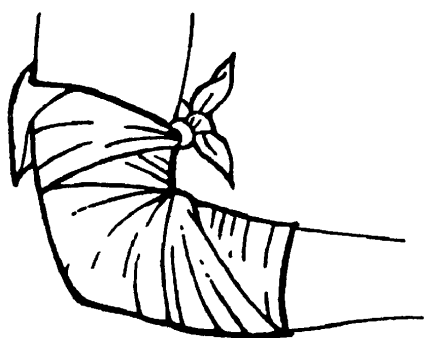


Рис.21. Косинкова пов'язка на лікоть

Косинкова пов'язка на плече (рис.22) формується з однієї чи двох косинок. При використанні однієї косинки вона накладається на зовнішню поверхню плеча так, щоб верхівка косинки була направлена до шиї. Обидва її кінця заводяться під пахвинну ділянку, де вони перехрещуються і виводяться уверх. Над плечовим суглобом кінці зав'язуються вузлом, і для укріплення пов'язки один з них може зав'язуватися ще й з верхівкою косинки. Але така пов'язка, навіть якщо вона правильно і щільно пов'язана, може зісковзнути, тому її часто закріплюють з допомогою петлі із шнурка чи бинта, перекинутого навколо шиї і прив'язаного до верхівки косинки.

При використанні двох косинок одна з них слугує для пов'язки, як це описано вище, інша звертається у стрічку і застосовується для її закріплення. При цьому це можна зробити двома способами. Середина цієї косинки розташовується під пахвою іншої руки, а кінці перекидаються через тулуб і зв'язуються з вільною верхівкою першої косинки, або, навпаки, середина другої косинки прикриває пов'язку на плечі, вільні кінці зав'язуються під пахвою, а верхівка першої закріплюється до другої з допомогою шпильки.

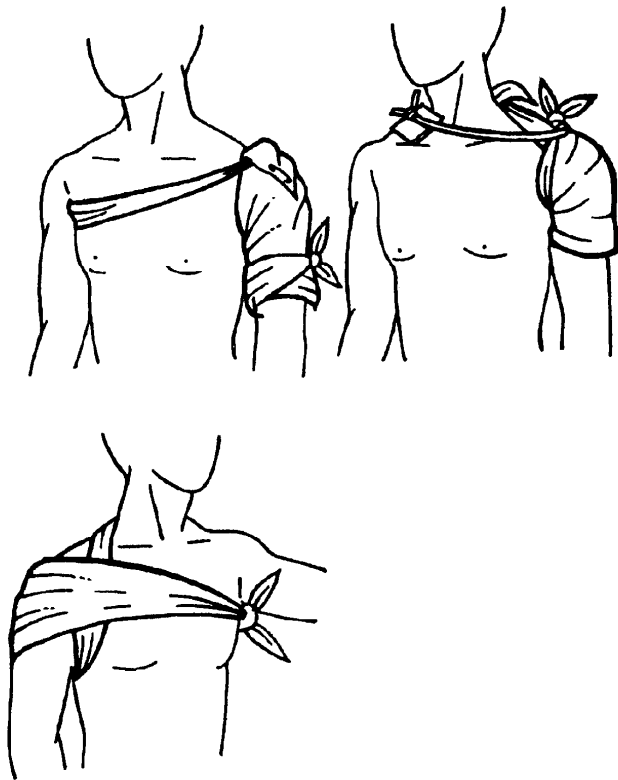


Рис.22. Косинкова пов'язка на плече.

Косинкова пов'язка, яка підтримує верхню кінцівку. Пошкоджена рука згинається у лікті під прямим кутом і поміщується нижче середини косинки, верхівка якої направлена в бік ліктя, а основа розташовується на поверхні грудної клітини по вісі тіла. Нижній кут косинки огинає передпліччя і піднімається навкоси уверх до однойменного плеча. Верхній кут піднімається до протилежного плеча. Перевіряється положення руки, і обидва кінці зав'язуються вузлом позаду на шиї. Верхівка косинки огинає лікоть і фіксується спереду з допомогою шпильки (рис.23).

Дещо модифікуючи цей прийом, можна підвісити пошкоджену руку більш ви-

соко. При цьому основа косинки розташовується косо по відношенню до вісі тіла, а верхівка направлена вниз. Кінці косинки аналогічно зав'язуються позаду на шиї, а верхівка огинає передпліччя і фіксується навколо однойменного плеча шпилькою.

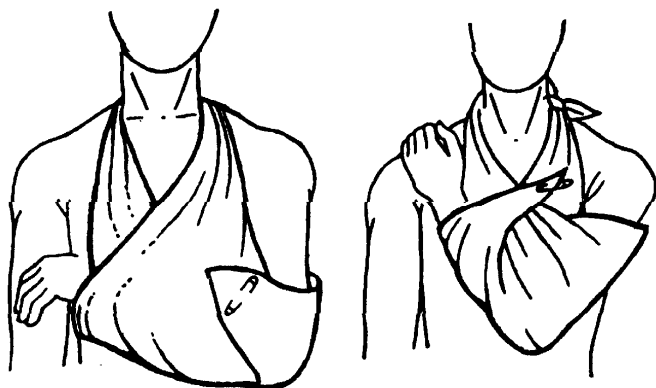


Рис. 23. Косинкова пов'язка, яка підтримує верхню кінцівку та пов'язка, яка фіксує верхню кінцівку у піднятому стані.

Підтримуюча пов'язка з допомогою квадратної косинки (рис.24). Квадратна косинка накладається спереду на грудну клітину під пошкодженою рукою. Верхні кути зав'язуються вузлом над протилежним плечем, ближче до шиї. Задній нижній кінець огинає плече пошкодженої руки і протягується спереду назад під протилежною пахвою. Передній кінець обвиває передпліччя і піднімається вгору на плече здорової руки, де обидва кінця зав'язуються вузлом.

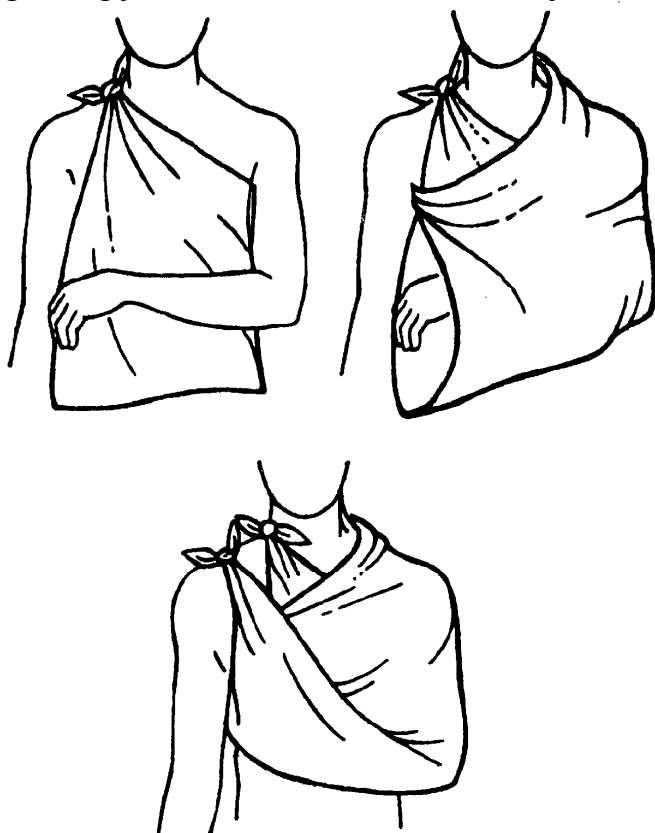


Рис.24. Підтримуюча пов'язка з допомогою квадратної косинки

Восьмиподібна пов'язка на гомілково-стопний суглоб (рис.25)

Пов'язка починається з першого фіксуючого витка над щиколотками. Наступні витки є класичною "вісімкою". Пальці та п'ятка залишаються вільними.

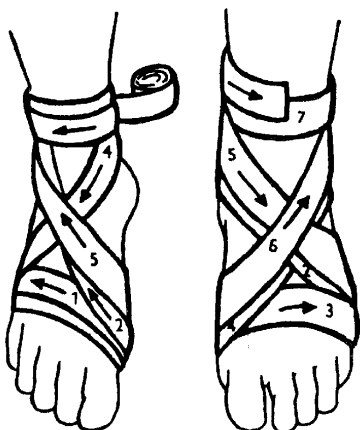


Рис. 25. 8-подібна пов'язка на гомілково-стопний суглоб

Поворотна (зворотна) пов'язка на стопу

Зворотна пов'язка на всю стопу (рис.26 а). Бинт круговими турами закріплюють на гомілці, після чого вкривають бокові поверхні стопи циркулярними турами (без натягу) через п'ятку і пальці. Ці тури фіксують висхідною спіральною пов'язкою від пальців до гомілки.

Зворотна пов'язка на дистальні відділи стопи (рис.26 б). Бинт закріплюють круговими турами на гомілці і виводять на тильну поверхню стопи, перекидають через пальці і закривають підшвенну поверхню стопи, де бинт перегинають і вертають на тильну поверхню. Декількома зворотними турами закривають весь дистальний відділ стопи, після чого закріплюють ці тури, висхідною спіральною пов'язкою.

Бинт закріплюють круговим туром на гомілці.

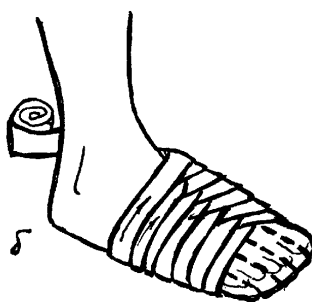
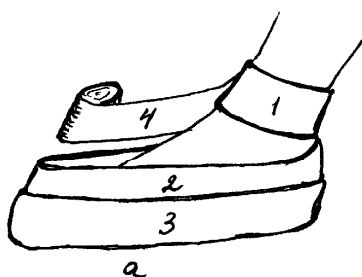


Рис. 26.

а) Зворотна пов'язка на всю стопу; б) Зворотна пов'язка на дистальний відділ стопи.

Накладання еластичних бинтів на кінцівки

Для утримання стерильного матеріалу на рані застосовують трубчаті трикотажні бинти та еластичні сітчато-трубчаті бинти, які мають велику розтягненість, щільно прилягають до будь-якої частини тіла, не розпускаються під час надрізання і в той же час не обмежують рухи в суглобах.

Маючи сітчасту структуру еластичні сітчато-трубчасті бинти забезпечують можливість аерації і спостереження за станом місця ушкодження. Вони можуть використовуватися для накладання не тільки фіксуючої, але й давлячої пов'язки, на-

приклад, після зняття гіпсу, при загоєнні опіків, для попередження набряку кінцівок, гематом після операції і утримання трансплантатів після шкірної пластики. Еластичні сітчасто-трубчаті бинти у відповідності з розмірами застосовуються для фіксації перев'язочного матеріалу на різних частинах тіла.

| Ділянка застосування | № бинта |
|--|----------------|
| Пальці, кисті у дорослих, стопа у дітей | 1 |
| Кисть, передпліччя, стопа, ліктьовий, променево-зап'ястковий і гомілково-стопний суглоби у дорослих і плече та колінний суглоб у дітей | 2 |
| Передпліччя, плече, гомілка, колінний суглоб у дорослих, голова та стегно у дітей | 3-4 |
| Голова та стегно у дорослих, і промежина у дітей | 5-6 |
| Грудна клітина, живіт, таз і промежина у дорослих | 7 |

При невідповідності бинта величині бинтованої ділянки тіла використовують інший, більш зручний по розміру бинт. Випускаються еластичні сітчасто-трубчаті бинти в рулонах по 5-20 м, які запаковані в поліетиленові пакети.

Стерилізацію еластичних бинтів (при необхідності) виконують в автоклаві протягом 30 хвилин під тиском 120 кПа (1,2 атм.).

Накладення тісно-тугої пов'язки

Тісно-туга або давляча чи гемостатична пов'язка. Використовується для тимчасової зупинки кровотечі з поверхневих вен і дрібних артерій. На рану накладають суху, по можливості стерильну кульку, зверху нього щільний шар марлі чи бинта, який міцно прибинтовують. При цьому механічно здавлюють навколишні тканини і кровоносні судини, що сприяє утворенню тромба.

в) Накладання твердих пов'язок

Накладання шини Крамера

В клінічній практиці користуються стандартними універсальними металічними шинами, які виготовлені із заліза, сталі чи алюмінію у формі решіткових конструкцій і називаються **шинам Крамера**. Вони легкі, мають велику міцність і гнучкість, що дозволяє надавати їм будь-яку форму (рис.27).

Шини Крамера бувають двох розмірів (110х10 см і 60х10 см). Внаслідок простоти і легкості накладання вони незамінні для тимчасової іммобілізації при переломах, а іноді й для лікувальної іммобілізації.

Для транспортної іммобілізації при пошкодженнях плеча доцільно користу-

ватися шиною Крамера розміром 60x10 см. Іноді доводиться замість однієї шини застосовувати 2 і більше, зростивши їх відповідно до пошкодженої кінцівки.

При наданні першої допомоги потерпілим з переломом плечової кістки необхідно враховувати, що правильне положення уламків буде досягнуто при відведенні плеча від тулуба з витяганням його по вісі центрального уламка. Це необхідно взяти до уваги при вкладанні кінцівки на драбинчасту шину, яку попередньо моделюють на собі чи на здоровій кінцівці потерпілого, якщо дозволяє його стан. Шину обкладають ватою, яку фіксують бинтом. До верхнього кінця шини прив'язують в марлеві стрічки довжиною по 75 см. Шиною необхідно укріпити і плечовий і ліктьовий суглоби.

Шину моделюють таким чином: на відстані, яка дорівнює довжині передпліччя потерпілого, її згинають під прямим кутом, потім іншою рукою беруть за другий кінець шини, пригинають її до спини і, обпершись на стіл, надають шині необхідну форму. Після цього шину притуляють до пошкодженої кінцівки такими чином, щоб рука була зігнута в ліктьовому суглобі під прямим кутом, в плечовому суглобі вперед приблизно на 30 ° від фронтальної площини, кисть знаходилась у стані тильного згинання в променево-зап'ястковому суглобі. В пахвинну впадину рекомендується покласти ватно-марлевий валик, який необхідно укріпити бинтом через здорове надпліччя. В долоню потерпілої руки необхідно вкласти ватну кульку, щоб надати пальцям напівзігнутого положення.

Кінці марлевої стрічки, прив'язаної до верхнього кінця шини, прив'язують до протилежного кінця шини на передпліччя. Закінчують шинування додатковими ходами бинта навколо тулуба і кінцівки чи вкладанням руки на косинку.

При відкритих переломах кінцівок з пораненням м'яких тканин спочатку необхідно накласти на рану асептичну пов'язку, а потім – шину.

При переломах нижньої третини плеча чи кісток, які утворюють ліктьовий суглоб, шина повинна захватувати плече, передпліччя і кисть до п'ястно-фалангових суглобів. Руку підвішують на косинку.

При локалізації пошкодження в ділянці верхньої чи середньої третини передпліччя шину Крамера накладають по зовнішній (розгинальній) поверхні від середини плеча до п'ястно-фалангових суглобів. Внутрішню поверхню шини попередньо вистилають ватою. Верхня кінцівка повинна бути зігнута в ліктьовому суглобі під прямим кутом, а передпліччя знаходитися в стані, середньому між пронацією і супінацією; кисть повинна бути повернута долонею до живота в положенні легкого розгинання. Шину прибинтовують до кінцівки бинтами, і руку підвішують на косинку.

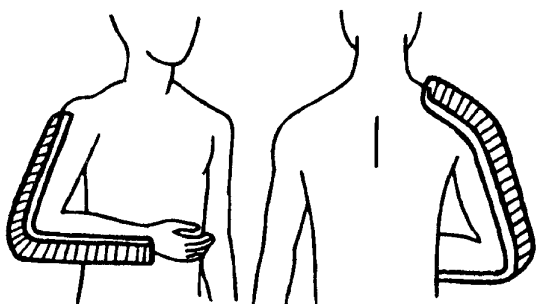


Рис.27. Шина Крамера для транспортної іммобілізації верхньої кінцівки.

При пошкодженні черепа і шийного відділу хребта голову і шию можна фіксувати також з допомогою шини Крамера. Необхідної іммобілізації досягають з допомогою двох крамеровських шин. Одна шина покриває обидва плеча, вушні раковини і тім'я. Інша шина проходить по спині між лопатками по потилиці, перехрещується з першою на тімені і закінчується на лобі. Обидві шини зв'язуються між собою бинтовими пов'язками.

Для транспортної іммобілізації при пошкодженні нижніх кінцівок при відсутності шини Дітерікса можна використовувати добре відмодельовані шини Крамера.

При переломах стегна беруть 3 драбинчаті шини, розміром 110x10 см, 2 з яких зв'язують так, щоб утворилась одна шина, яка дорівнює по довжині відстані від пахвової впадини до внутрішнього краю ступні пошкодженої кінцівки (довга шина). Цю шину вигинають від зовнішнього краю ступні через підощву. Другу шину (коротку) накладають від сідничної складки до кінчиків пальців на задню поверхню пошкодженої кінцівки до п'ятки, де загинають під підощву під прямим кутом і підхвачують згином довгої шини, як скобою. Для більшої міцності можна накласти ще третю шину Крамера по внутрішній поверхні кінцівки від промежини до внутрішнього краю ступні. Перед накладанням шини ділянки суглобів і кісткові виступи необхідно покрити товстим шаром вати, яка закріплюється бинтом. У такому стані шини фіксують бинтами чи косинками до тулуба та стегна і стопу прибинтовують під прямим кутом до вісі кінцівки 8-подібними ходами бинта.

При переломах кісток гомілки шину Крамера з м'якою ватною прокладкою, добре модельовану по згинам кінцівки, накладають на задню поверхню стегна і гомілки від сідничної складки до п'яти; потім її перегинають під прямим кутом на підощву (вона доходить до кінчиків пальців). По бокам можна додати дві фанерні шини, і весь пристрій потім фіксувати спіральною марлевою пов'язкою. Сітчасті шини краще накладати по зовнішній та внутрішній поверхні кінцівки у вигляді стремен, а щоб стопа не відвисала донизу, до підощви прикладають дощечку, яку шина охоплює у вигляді скоби.

При переломі однієї з кісток гомілки іммобілізація також необхідна, щоб зменшити біль, але тут можна обійтись однією драбинчастою шиною, яка накладається по задній поверхні кінцівки.

При переломах кісток стопи шина Крамера накладається на гомілку та стопу.

Накладання шини Дітерікса (рис.28)

Стандартна шина Дітерікса складається з двох дерев'яних рійок, які містять упори, дві надставки до них, які об'єднані торцевою планкою, підстопник з дротяною скобою і палички-закрутки. На закруглених кінцях пластин насаджені дерев'яні штирі для з'єднання і закріплення пластин з надставками на задньому рівні в залежності від росту хворого. Надставки мають на верхніх кінцях металеві скоби, з допомогою яких вони з'єднуються з пластинами. На обох надставках є отвори під штирі до рійок. Надставки на нижньому кінці з'єднуються між собою поперечною планкою, яка закріплена шарніром до внутрішньої надставки. В центрі поперечної планки є отвір діаметром 2,5 см, а збоку – виріз. Підстопник, до якого прибинтовують стопу потерпілого, на задній поверхні ближче до п'яти має дротяну рамку-скобу, яка

виступає по обидва боки у вигляді “вушок”, в які вдягають надставки з обох сторін. Від підstopника, який прибинтований до підшви, в отвір поперечної планки протягують подвійний шнур, який закручують з допомогою палички-закрутки, щоб створити необхідне витягання кінцівки. В зовнішній рейці є 2 пари прорізів, одна на верхньому кінці під упором, інша дещо нижче. У внутрішній пластині зроблена одна пара прорізів під упором.

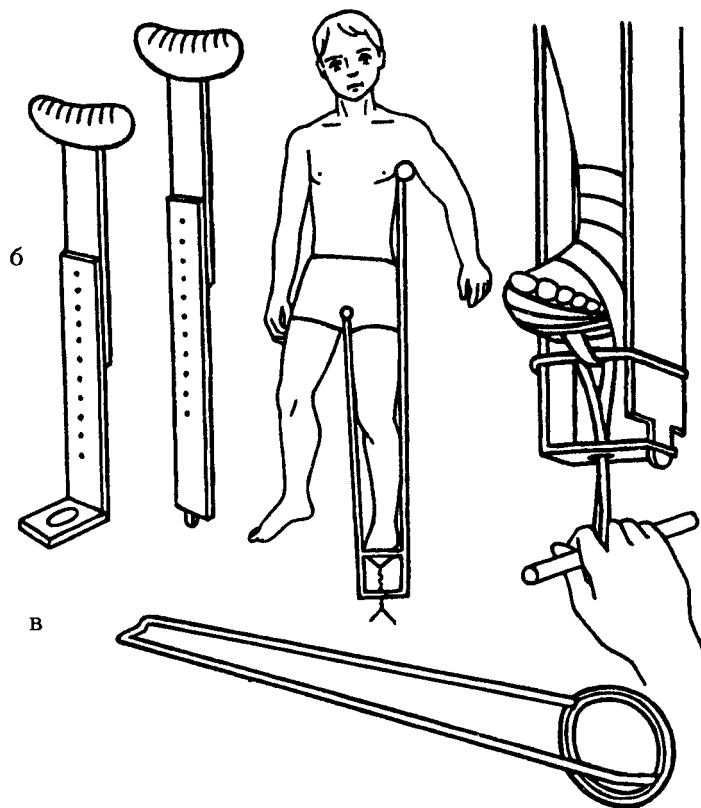


Рис.28. Накладення шини Дітеріхса

Шина Дітеріхса звичайно накладається зверху одягу і взуття. Її збирають таким чином. Нижні кінці рійок вводять в скоби надставок і з допомогою штирів, які є на кінцях пластин, скріплюють з надставками у відповідності з ростом потерпілого так, щоб упор зовнішньої милиці впирався у пахву, а внутрішньої у промежину і щоб нижні кінці надставок виступали за підшву на 10-15 см. Поверхню обох упорів необхідно обернути ватою і закріпити її бинтом. Через прорізи у верхніх частинах обох рійок продівають широкий бинт довжиною 1,5 м (чи ремінь), а через металеві скоби підstopника – подвійний шнур чи стрічки бинта довжиною біля 1 м.

Зібравши шину, її накладають таким чином. Помічник утримує стопу пошкодженої кінцівки однією рукою зверху за тил, а іншою - знизу, за п'яту. Фіксують дерев'яний підstopник до підшви ступні (поверх взуття) марлевым бинтом 8-подібною пов'язкою, особливо міцно укріплюючи задній відділ підstopника, так як на цю частину приходить основна сила тяги. Потім вздовж тулуба прилагоджують зовнішню рейку і надставку від пахвової ділянки до щиколоток, виводячи нижній кінець надставки через бокове “вушко” металевої скоби підstopника. Упор милиці фіксують під пахвою марлевою стрічкою, яка попередньо продіта через верхню пару щілин, і зав'язують на протилежному надпліччі, тобто на здоровому боці.

Упор внутрішньої милиці фіксують на промежині марлевою стрічкою, яка продіта через прорізи рейки, кінці якої перекидають на стегно (один спереду, а інший позаду), протягають через прорізи зовнішньої рейки і туго зав'язують. Наклавши обидві рейки з надставками і скріпивши їх між собою прибинтовують зовнішню рейку до тулуба. Шину поки що не фіксують, а приступають до витягання. Встановивши обидва нижніх кінці шини (надставки), виведені через “вушка” підстопника на 10-15 см від останнього, перекидають поперечну планку з нижнього кінця внутрішньої підставки на виступаючий кінець зовнішньої надставки. Витягання проводять ручним способом після ін'єкції знеболюючого (1 мл наркотичного анальгетика). Обережно потягнувши руками стопу по вісі кінцівки на себе, поки упори не упруться під пахву і промежину, а довжина пошкодженої кінцівки буде дорівнювати довжині здорової. Подальше витягання досягається закручуванням шнура, який прикріплений до підстопника паличкою, яку потім закріплюють на нижній перекладині шини. Витягання не повинно спричиняти болі потерпілому. Для уникнення провисання ноги назад і придання положення легкого згинання в колінному суглобі в підколінну ямку необхідно вкласти грудку вати. Між рейками і щиколотками, мишелками стегна і великим вертелом підкладають ватно-марлеві подушечки, після чого шину міцно фіксують з допомогою бинта, накладаючи спіральну пов'язку від щиколоток до пахової ділянки. Можна фіксувати шину в окремих місцях (вище щиколоток, навколо гомілки, вище місця перелому, нижче місця перелому, навколо тазу). При одночасному переломі щиколоток і кісток стопи накладення шини Дітеріхса протипоказано.

Недоліком шини Дітеріхса є відсутність іммобілізуючої деталі, яка йде по задній поверхні стегна, внаслідок чого може виникнути провисання уламків назад

Пневмошини (рис.29)

Для іммобілізації кисті, передпліччя, гомілки, стопи, колінного суглоба використовують також пневмошини.

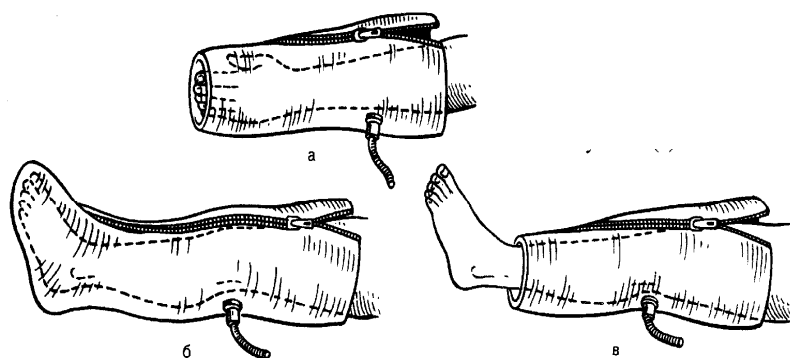


Рис.29. Медичні пневматичні шини для кисті та передпліччя (а), стопи та гомілки (б), колінного суглоба (в)

Підготовка гіпсових бинтів, лонгет, накладання і зняття

Найбільш розповсюдженою формою затвердіваючих пов'язок є гіпсова пов'язка, яка дозволяє добре зафіксувати уламки кісток при переломах внаслідок

швидкого затвердіння гіпса.

Гіпс $\text{CaSO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$ - розповсюджений у природі мінерал. Для гіпсових пов'язок використовують прокалений гіпс (при прокалюванні він втрачає частину кристалізаційної води). Після змочування він вступає з водою в хімічну сполуку і протягом декількох хвилин перетворюється в тверду масу. Медичний гіпс повинен мати вигляд білого порошку, без грудочок, м'який при ошупуванні. Якщо у ньому попадаються грудочки, його потрібно просіяти через решето. Зберігати гіпс необхідно в сухому місці, так як він легко втягує вологу. Якщо гіпс відсирів, то його слід просушити - висипати його на залізний листок нетовстим шаром і поставити в про-топлєну шафу на кілька хвилин при температурі $+120^\circ\text{C}$.

Показання до застосування гіпсових пов'язок

1. Імобілізація переломів.
2. Імобілізація патологічно змінених кісток і суглобів.
3. Корекція деформацій.
4. Профілактика деформацій.
5. Невідкладне гіпсування.
6. Виготовлення форм і відливочок окремих частин тіла з метою протезування.
7. Імобілізація, як метод лікування опіків і роздавнення м'яких тканин при відсутності переломів.

Перед накладанням гіпсової пов'язки необхідно перевірити якість гіпсу.

Проби на якість гіпса

1. Гіпс і воду у співвідношенні 1:1 змішують і виготовляють кульку; через 7-10 хвилин вона повинна затвердіти і не розбиватися при падінні з висоти 1м.

2. Готується гіпсова кашка із суміші гіпса з водою консистенції рідкої сметани, яку розмазують тонким шаром на блюдечку, при цьому доброякісний гіпс твердіє через 5-6 хвилин; при притисненні пальцем застигнувши маса не повинна роздавлюватися і на її поверхні не повинна виступати волога.

3. Накладають на кисть чи передпліччя виготовлену з 2-3 шарів нагіпсованого і змоченого водою бинта лонгету: доброякісний гіпс твердіє через 5-7 хвилин, і при знятті з руки така шина не крошиться, зберігаючи надану їй форму.

4. Гіпс насипають у металевий посуд і підігрівають на електричній плитці. Над гіпсом тримають дзеркальце. Якщо дзеркальце запітніло – з гіпсу виділяється водяна пара. Такий гіпс для використання непридатний, бо містить вологу.

5. Невелику частину гіпсу змішати з водою і визначити запах гіпсу. Якщо гіпс має запах тухлих яєць – він виділяє сірководень і не придатний до використання.

6. При стисканні гіпсового порошка у кулаці він повинен вільно проходити між пальцями і при розтискуванні кулака на долоні повинна залишатися незначна кількість гіпсу. При такій пробі він вважається придатним для використання.

При намочуванні гарячою водою гіпс твердіє швидше, холодною – повільніше. Звичайно для змочування гіпсових бинтів використовують воду температури $+30-35^\circ\text{C}$.

Устаткування та інструментарій

1. Гіпсовий порошок (або фабричний гіпсовий бинт).
2. Марлеві бинти.
3. Ємність для бинтів.

4. Ємність для води (миска).
5. Плоский лоток.
6. Вода.
7. Гіпсувальний стіл
8. Вата
9. Інструменти для роботи з гіпсом (ніж, ножиці, пила для розрізання гіпсових пов'язок, щипці для відгинання країв гіпсової пов'язки та ін. – див.рис.58).
10. Захисний одяг (клейончасті фартухи і наруківники, гумові рукавички).

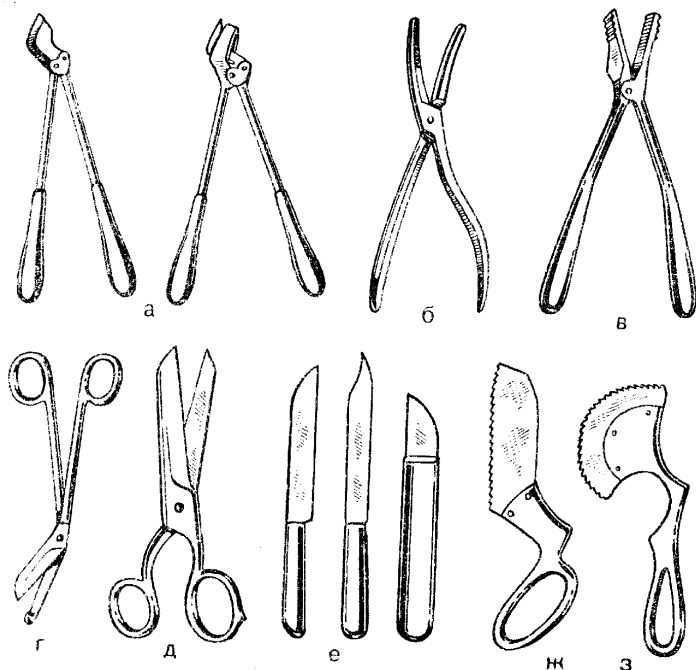


Рис.30. Інструменти для гіпсових робіт

а – ножиці Штилле, б – щипці для відгинання країв гіпсових пов'язок; в – щипці для розведення країв гіпсових пов'язок; г – ножиці Купера; д – ножиці для розрізання марлі; е – ножі для гіпсових робіт; ж-з - пили для розсічення гіпсових пов'язок.

Основні вимоги до гіпсових пов'язок

1. Гіпсова пов'язка повинна накладатися так, щоб захвачувати два суглоба, які пов'язані із зламанною кісткою.
2. Матеріал для гіпсової пов'язки, опущений у воду, повинен знаходитися в ній до того часу, поки з нього виділяються бульбашки.
3. Однотипні витки гіпсового бинта необхідно накладати так, щоб кожний наступний виток перекривав половину попереднього.
4. Накладання гіпсової пов'язки не повинно займати більше 10-15 хвилин.
5. Після закінчення формування гіпсової пов'язки необхідно прямо на пов'язці написати дату травми, дату накладання гіпсової пов'язки і передбачуваний день зняття пов'язки, схему характеру перелому.

Пов'язка повністю висихає за 36-72 години.

Виготовлення гіпсового бинта

На стіл насипають гіпс, кінець бинта беруть однією рукою, а другою розгортають бинт на 30-40 см. На розгорнуту частину бинта рівномірно насипають гіпс,

який розгладжують і втирають у бинт ребром долоні лівої руки. Просочену гіпсом частину бинта обома руками нещільно скручують у валик і зсувають, розкручуючи ще на 30-40 см бинт, куди ще не втирали гіпс. Знову втирають гіпс і скочують цю частину бинта. Таким чином продовжують доти, поки не закінчать втирання гіпсу у бинт до кінця. Виготовлений гіпсовий бинт вкладають у суху ємність.

Накладання гіпсової лонгети

Якщо пов'язка накладається з підкладкою, кінцівку на всьому протязі обкладають тонким рівномірним шаром вати. Якщо пов'язка накладається без підкладки, на місця кісткових виступів накладають ватні подушечки, а волосисту частину змащують вазеліном.

По здоровій кінцівці за допомогою марлевої смужки (з бинта) відміряють довжину ділянки, на яку буде накладатися гіпсова лонгета і залишають її на робочій поверхні. На поверхні столу розгортають фабричний гіпсовий бинт (або саморобний пухко скатаний гіпсовий бинт) на довжину вимірної стрічки бинта. Роблять 6-8 шарів, регулюючи ширину гіпсової смужки. Скочують гіпсову смужку нещільно з кінців до середини. Тримавши гіпсову смужку з двох боків двома руками, занурюють її у таз з водою і тримають доти, поки не припиниться виділення пухирців повітря. Після того, як бинт повністю просочився водою, його двома руками за кінці виймають з води і легким натисканням до середини віджимають. Віджати гіпсовий бинт кладуть на робочу поверхню столу, розвертають головки і кілька разів розгладжують правою рукою, щоб утворилася гладка, однакової товщини поверхня. Підготовлену гіпсову лонгету беруть за кінці, прикладають до іммобілізованої частини, надають кінцівці фізіологічного положення і розгладжують зовнішню поверхню гіпсової пов'язки. Краї загладжують, загинають назовні і роблять їх округлими. Гіпсову пов'язку після висихання прибинтовують марлевым бинтом.

Накладання гіпсової лонгети з саморобної гіпсової заготовки

По здоровій кінцівці за допомогою марлевої смужки (з бинта) відміряють довжину ділянки, на яку буде накладатися гіпсова лонгета і залишають її на робочій поверхні. На поверхні столу розгортають марлевий бинт на довжину вимірної стрічки бинта. Цей відрізок бинта пересипають гіпсовим порошком, який розгладжують і втирають у бинт ребром долоні лівої руки. Поверх просоченого гіпсового бинта накладають наступний шар марлевого бинта, який аналогічно просочують гіпсом. При цьому регулюють ширину лонгети. Лонгету роблять з 5-12 шарів бинта, просоченого гіпсом. Виготовлену заготовку лонгети складають нещільно з кінців до середини. Беруть гіпсову заготовку з двох боків двома руками за кінці, занурюють її у таз з водою. Бинт тримають у воді доти, поки не припиниться виділення пухирців повітря. Після того, як бинт повністю просочився водою, його двома руками виймають з води і легким натисканням до середини віджимають. Віджати гіпсовий бинт, кладуть на робочу поверхню столу, розвертають головки і кілька разів розгладжують правою рукою, щоб утворилася гладка, однакової товщини поверхня. Підготовлену гіпсову лонгету беруть за кінці, прикладають до іммобілізованої частини. Надають кінцівці фізіологічного положення. Розгладжують зовнішню поверхню гіпсової пов'язки. Краї загладжують, загинають назовні і роблять її округлими. Гіпсову пов'язку прибинтовують марлевым бинтом.

Накладання циркулярної гіпсової пов'язки

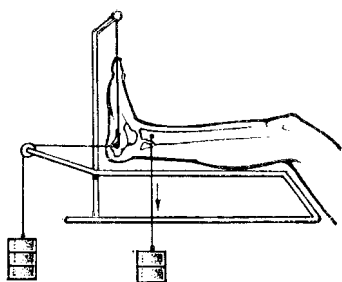
Після виймання бинта з води вільний кінець бинта беруть у ліву руку, а головку – у праву і починають бинтувати. При бинтуванні права рука весь час розкочує бинт, а ліва – розгладжує його. Кожним наступним туром слід покривати попередній на 2/3. У тих місцях, де утворюються випинання, їх підрізують ножицями, притискають до поверхні, яку бинтують і пригладжують. Усі шари накладеного бинта повинні з'єднатися в одне ціле, пов'язка повинна чітко відповідати конфігурації цієї поверхні. Під час бинтування кінцівці надають фізіологічного положення. При накладанні циркулярної гіпсової пов'язки кінчики пальців, як правило, залишають відкритими, щоб стежити за станом кінцівки. Гіпсову пов'язку прибинтовують марлевым бинтом.

Знімання гіпсових пов'язок

Для знімання гіпсових пов'язок використовується спеціальний інструментарій: ножиці для гіпса, електропила, кусачки Вольфа, розширювач. У процесі зняття гіпсової пов'язки іммобілізована частина тіла повинна залишатися нерухомою. Гіпс знімається поступово із співробітництвом хворого.

Підготовка до застосування шини Белера

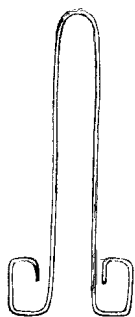
Рис.31. Шина Белера для нижньої кінцівки.



Використовується для скелетного витягання, для іммобілізації нижньої кінцівки при операціях на судинах нижньої кінцівки.

Перед використанням шина обмотується тканиною чи бинтом для запобігання контакту шкіри з металом.

Рис. 32. Шина Белера для пальця.



Дротяна шина Белера для пальця використовується для скелетного витягання і фіксації пальця при переломах фаланг. Фіксується з допомогою бинта.

6. Ситуаційні задачі.

1. Хворому Ц., проведено розтин з приводу гнійного бурситу колінного суглобу. Порожнина гнояка промита розчином антисептика, дренована турундою, змоченою гіпертонічним розчином натрію хлориду, прикрита марлевою серветкою. Як ви закріпите перев'язувальний матеріал?

2. Ви – лікар швидкої допомоги. Вас визвали до хворого з проникаючим пораненням грудної клітки справа. Стан хворого тяжкий. При огляді рани визнача-

ється засмоктування повітря через неї в момент вдиху, а при видосі повітря з шумом виходить з неї. Ваші дії?

3. Після вправлення травматичного вивиху плеча у потерпілого необхідно провести іммобілізацію правої верхньої кінцівки в середньому на 1-1,5 тижні. Яку бинтову пов'язку Ви накладете хворому?

7. Ілюстративний матеріал.

Таблиці, слайди, компакт-диск.

8. Тести самоконтролю знань-умінь.

а) Вкажіть правило, яке повинно бути виконано при бинтуванні:

- 1) знаходитися позаду хворого;
- 2) дивитися на обличчя хворого та бинтувати;
- 3) дивитися тільки на ту частину, де бинтують;
- 4) слідкувати за діями помічника та бинтувати;
- 5) дивитися на обличчя хворого та на ту частину, яку бинтують

б) Перев'язувальний матеріал повинен задовольняти всім вимогам, крім:

- 1) гігроскопічності;
- 2) еластичності;
- 3) можливості стерилізації без втрати якостей;
- 4) подразнюючої дії на тканини;
- 5) капілярності.

в) Для того, щоб зняти присохлу до рани пов'язку використовують:

- 1) ефір;
- 2) перекис водню;
- 3) спирт;
- 4) хлорамін;
- 5) клеол.

9. Джерела інформації:

Основні:

1. Загальна хірургія // Під ред. С.П.Жученко, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча. – 1999, Київ.
2. Общая хирургия. Петров В.С. – С.-Петербург, 1999. – 667с.

Додаткові:

3. Казинкий В.М., Корж Н.А. Десмургия.3-е издание, перераб. и дополн. – К.: “Здоровье”, 1986. – 74с.
4. Юрихин А.П. Десмургия. – Л.: Медицина, 1984. – 117с.