

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Загальна хірургія</i>
<i>Модуль №1</i>	ВВЕДЕННЯ В ХІРУРГІЮ. ДЕСМУРГІЯ. ОСНОВИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ. НЕВІДКЛАДНІ ХІРУРГІЧНІ СТАНИ. ОСНОВИ ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЇ
<i>Змістовий модуль1</i>	Десмургія. Антисептика. Асептика. Кровотеча. Гемотрансфузія. Травматичні ушкодження
<i>Тема заняття №2</i>	Десмургія. Пов'язки на живіт, промежину, нижню кінцівку. Гіпсова техніка
<i>Курс</i>	III
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2.

Полтава

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. Навчальні цілі:

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.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні</i>		
Анатомія	Анатомічну будову скелету, м'язових тканин, органів грудної клітки, живота.	Визначити анатомічне розміщення кісток та суглобів.
Фармакологія	Знеболюючі, протишокові засоби.	Застосовувати різноманітні лікарські засоби протишокової терапії.
<i>Майбутні</i>		
Травматологія та ортопедія	Класифікацію, патогенез та клінічні ознаки переломів та вивихів.	Діагностувати переломи та вивихи, надавати першу допомогу, визначати план лікування.
Факультетська та госпітальна хірургія	Клінічні ознаки різноманітних ушкоджень м'яких тканин, грудної клітки і черевної порожнини.	Діагностувати і надавати першу допомогу постраждалим з травмами.
<i>Внутрішньопредметні</i>		
Асептика і анти-септика	Правила асептики і антисептики.	Накласти асептичну пов'язку.
Кровотечі	Принципи зупинки кровотечі.	Зупинити кровотечу.
Рани	Клінічну картину і першу допомогу при ранах.	Ревідувати рану, надати першу допомогу.
Травматологія та ортопедія	Класифікацію, патогенез та клінічні ознаки переломів та вивихів.	Діагностувати переломи та вивихи, надавати першу допомогу, визначати план лікування.
Факультетська та госпітальна хірургія	Клінічні ознаки різноманітних ушкоджень м'яких тканин, грудної клітки і черевної порожнини.	Діагностувати і надавати першу допомогу постраждалим з травмами.

4. Зміст теми заняття.

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.1).

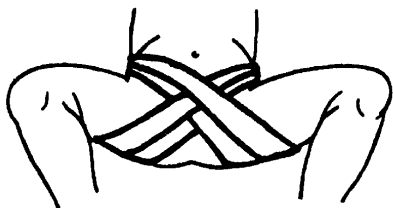


Рис.1. Колосоподібна пов'язка на промежину

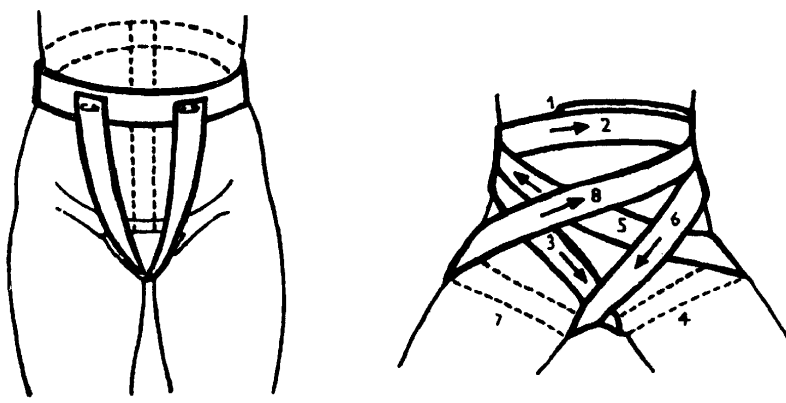


Рис. 1. У-подібна пов'язка на промежину та пов'язка на пахвинну ділянку

Восьмиподібна пов'язка на гомілково-стопний суглоб (рис.2)

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

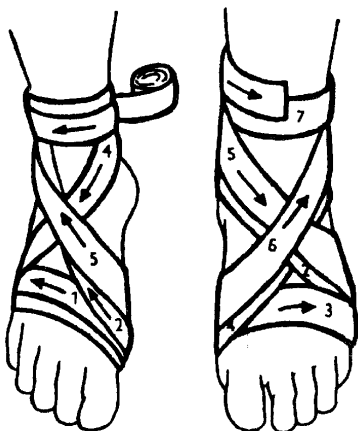


Рис. 2. 8-подібна пов'язка на гомілково-стопний суглоб

Поворотна (зворотна) пов'язка на стопу

Зворотна пов'язка на всю стопу (рис.3 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.3 б). Бинт закріплюють круговими турами на гомілці і виводять на тильну поверхню стопи, перекидають через пальці і закривають підошвену 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.

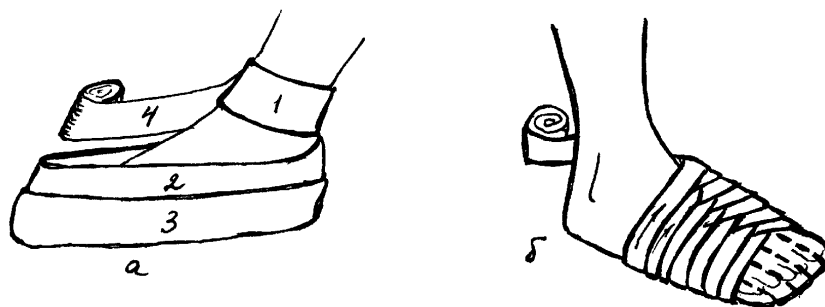


Рис. 3. а) Зворотна пов'язка на всю стопу; б) Зворотна пов'язка на дистальний відділ стопи.

Накладання еластичних бинтів на кінцівки

Для утримання стерильного матеріалу на рані застосовують трубчаті трикотажні бинти та еластичні сітчасто-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 сітчасто-трубчаті бинти забезпечують можливість аерації і спостереження за станом місця ушкодження. Вони можуть використовуватися для накладання не тільки фіксуючої, але й давлячої пов'язки, наприклад, після зняття гіпсу, при загостренні 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
Стопа у дітей	1
Стопа і гомілково-стопний суглоби у дорослих та колінний суглоб у дітей	2
Гомілка, колінний суглоб у дорослих, стегно у дітей	3-4
Стегно у дорослих, і промежина у дітей	5-6
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 заповані 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.4).

Шини Крамера бувають двох розмірів (110x10 см і 60x10 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 користуватися 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 напвзігнутого 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 захвачувати 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.

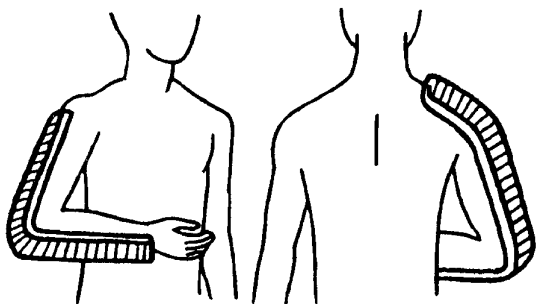


Рис.4. Шина Крамера для транспортної іммобілізації верхньої кінцівки.

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 драбинчасті 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 підшву. Другу шину (коротку) накладають від сідничної складки до кінчиків пальців на задню поверхню пошкодженої кінцівки до п'ятки, де загинають під підшву 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 підшву (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 підшви 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.5)

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 підстопника, 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.

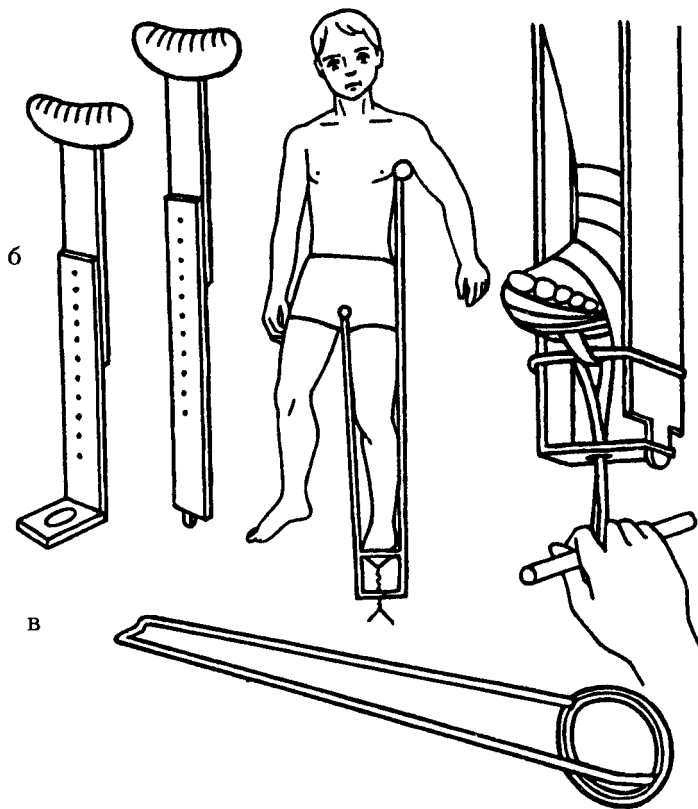


Рис.5. Накладення шини Дітеріхса

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 підшви 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 підстопника – 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 підстопник до підшви ступні (поверх взуття) марлевым бинтом 8-подібною пов'язкою, особливо міцно укріплюючи задній відділ підстопника, 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” металеві скоби підстопника. 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), протягують 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 нижні 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. Витяжіння 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 витяжіння досягається закручуванням шнура, який прикріплений до підстопника паличкою, яку потім закріплюють на нижній перекладині шини. Витяжіння 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 пахвової 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.6)

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

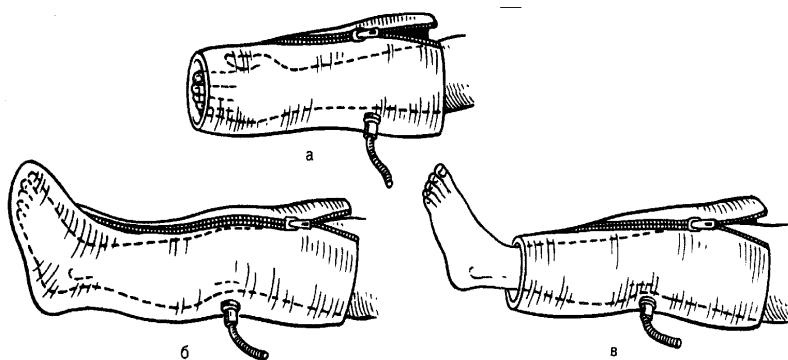


Рис.6. Медичні пневматичні шини для кисті та передпліччя (а), стопи та гомілки (б), колінного суглоба (в)

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 протоплену шафу на кілька хвилин при температурі $+120^\circ\text{C}$.

Показання до застосування гіпсових пов'язок

1. Іммобілізація переломів.
2. Іммобілізація патологічно змінених кісток і суглобів.
3. Корекція деформацій.

4. Профілактика деформацій.
5. Невідкладне гіпсування.
6. Виготовлення форм і відливки окремих частин тіла з метою протезування.
7. Імобілізація, як метод лікування опіків і роздавлення 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°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.7).

10. Захисний одяг (клеюнчасті фартухи і нарувники, гумові рукавички).

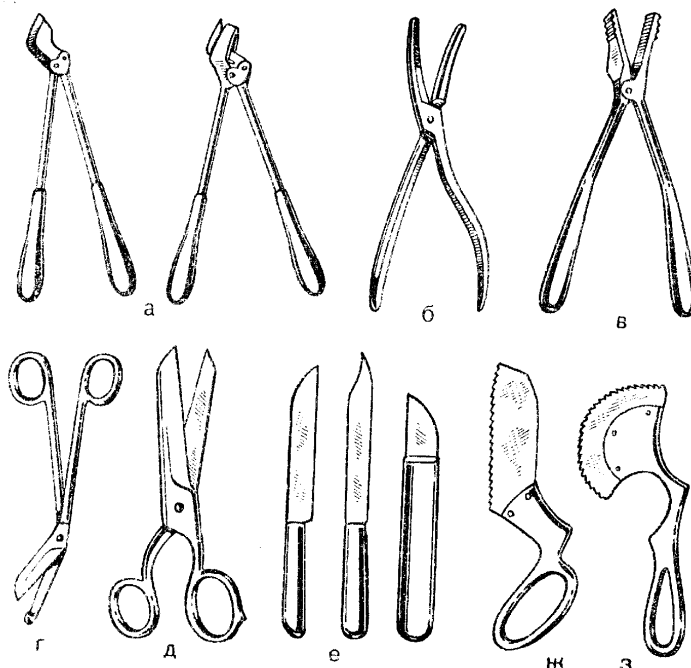


Рис.7. Інструменти для гіпсових робіт

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 виміряної стрічки бинта. Роблять 6-8 шарів, регулюючи ширину гіпсової смужки.

Скочують гіпсову смужку нещільно з кінців до середини. Тримаючи 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 виміряної 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

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.

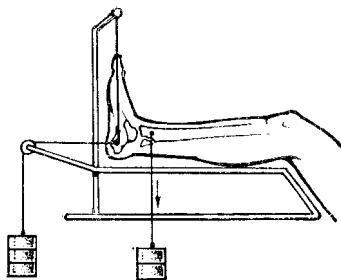


Рис.8. Шина Белера для нижньої кінцівки.

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

Рис. 9. Шина Белера для пальця.



5. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою: «Десмургія».

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити		
Класифікація	Скласти класифікацію пов'язок та видів перев'язувального матеріалу	
Види, клінічні ознаки закритих та відкритих пошкоджень	Назвати види травматичних ушкоджень, охарактеризувати основні клінічні прояви при різних видах ушкоджень	
Об'єми надання першої медичної допомоги постраждалим з різноманітними травматичними ураженнями та способи їх транспортування	Назвати об'єми першої медичної допомоги постраждалим з ушкодженнями	

6.1. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Назвати види перев'язувального матеріалу в залежності від призначення.
2. Яке функціональне положення кінцівки?
3. Назвати класифікацію пов'язок.
4. Як накладати різні Тверді пов'язки?
5. Техніка накладання пов'язок на промежину.
6. Проби на придатність гіпсового порошку
7. Які види турів бинта ви знаєте?

Б. Завдання:

1. Накласти пов'язку на живіт.
2. Накласти пов'язку на промежину.
3. Накласти пов'язку на нижню кінцівку:
 - спіральна пов'язка на стегно і гомілку;
 - черепащача пов'язка розбіжна та збіжна;
 - 8-подібна пов'язка на надп'яtkово- гомілковий суглоб;
 - черпащача пов'язка на ділянку п'яти;
 - поворотна пов'язка на стопу;
 - спіральна пов'язка на перший палець стопи;
 - пов'язка на ампутаційну кукусу гомілки або стегна.

С. Тести для самоконтролю:

1. До лікаря звернувся хворий з нагноєнням рани, що розташована на задній поверхні стегна. Яку пов'язку потрібно накласти?
 1. циркулярну;
 2. колосовидну;
 3. чепець;
 4. спіралевидну;
 5. хрестоподібну .

2. Хворому з вивихом плеча необхідно надати першу медичну допомогу. Яку пов'язку йому необхідно накласти?
 1. бинтова;
 2. косиночна;
 3. гіпсова;
 4. колосовидна на плече;
 5. спеціальна.

3. Для бинтування п'яточної ділянки використовують пов'язку:
 1. черепащача;
 2. кругова;
 3. Т-подібна;
 4. повзуча.

4. Якщо кожний наступний тур бинта прикриває попередній на 1/2-2/3, то така пов'язка називається:
 1. повзучей;
 2. циркулярной;
 3. спиральной.

5. Восьмиподібна пов'язка может бути використана при бинтуванні:
 1. гомілково- ступневий суглоб ;
 2. задня поверхня шиї;
 3. середня третина стегна;
 4. меж лопаткова ділянка;
 5. основна фаланга I пальця кисті.

6. Т-подібна пов'язка використовується при захворюванні та пошкодженнях в ділянці:
 1. подборіддя;
 2. носа;
 3. промежини;
 4. підпахвинн ділянка.

7. На культю стегна накладають повязку:

1. Т-подібна;
2. восьмиподібна;
3. працевидна;
4. вертаюча;
5. спіральна.

8. Неподвижні повязки:

1. шини;
2. гіпсові пов'язки;
3. апарати для витягання;
4. косынкова пов'язка;
5. колосовидна пов'язка.

9. Неподвижні пов'язки використовують для:

1. тимчасової іммобілізації різних частин тіла;
2. лікування пошкоджень опорно-рухового апарата;
3. лікування захворювань кісток та суглобів;
4. захист ран від навколишнього середовища.

10. М'яку пов'язку на кінцівку накладають:

1. від периферії до тулуба;
2. від тулуба до периферії;
3. місце накладання першого тура значення немає.

6.2. Тести та задачі для перевірки вихідного рівня знань

1. Жінка звернулась до Вас в зв'язку з тим, що її турбують болі в правому колінному суглобі. 7 год. тому, в амбулаторії, на інфіковане садно колінного суглобу, після його обробки була накладена пов'язка. При огляді визначається легка синюшність правої гомілки та стопи, вибухання підшкірних вен..

Що трапилось?

2. У хворої 68 років, на внутрішній поверхні нижньої третини правої гомілки наявна трофічна виразка розміром 1,5*2 см з некротичним дном, гіперемією шкіри і болючістю навколо. Виразка оброблена розчином антисептика, висушена, прикрита серветкою з маззю "Іруксол". Яку закріплюючу пов'язку Ви накладете?

3. Хворій внаслідок варикозного розширення підшкірних вен в стадії субкомпенсації проведена венектомія великої підшкірної вени на правому стегні і гомілці. Рани зашиті, оброблені 1% розчином йодонату, закриті серветками. Яку бинтову пов'язку слід накласти на нижню кінцівку для закріплення перев'язочного матеріалу?

7. Література:

Основна:

1. Загальна хірургія / за ред. С.Д.Хіміча, Київ, «Здоров'я», 2018
- 2.Хірургія.(Підручник з загальної хірургії) / за ред.проф.Я.С.Березницького.- Дніпропетровськ, РВА „Дніпро VAL” , Т.1.-2018. – С. 26-27.
3. Конспект лекцій
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.28-41.

Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1993.С 47-54.
2. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.С 34-52.

3. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Москва, 1988. 44-61.
4. Юрихин А.П. Десмургия. Ленинград, 1986. С12-49.
5. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999. С 34-54.

Методичні рекомендації підготував
асистент кафедри загальної хірургії
Ярошенко Р.А. _____