

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
«БАРАБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
практического занятия для преподавателя**

**Дисциплина по выбору «Работа медицинской сестры перевязочного
кабинета»**

Раздел 2. Основные виды повязок

Тема 2.1. «Классификация повязок. Правила наложения повязок»

для специальности

**060109 (0406) Сестринское дело (базовый уровень среднего
профессионального образования)**

Барабинск 2012

Автор – преподаватель высшей квалификационной категории дисциплины по выбору «Работа медицинской сестры перевязочного кабинета» Михайлова И.В.

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Мотивация**
- 2. Методический лист**
- 3. Интегративные связи**
- 4. Этапы практического занятия**
- 5. Контрольные вопросы для предварительного контроля**
- 6. Изложение нового материала**
- 7. Учебная карта самостоятельной работы студентов**
- 8. Задания для самостоятельной работы студентов**
- 9. Задание для самостоятельной подготовки студентов по следующей теме**
- 10. Литература**

Тема: «Классификация повязок. Правила наложения повязок»

МОТИВАЦИЯ – данная тема представляет собой важную часть раздела Основные виды повязок. Знания, которые студенты должны получить при изучении темы, а также приобретенные умения, являются одним из основных элементов деятельности перевязочной сестры.

Учение о правилах наложения и применения повязок – десмургия.

Повязки составляют основу лечения различных ран в хирургической практике, а также в травматологии, стоматологии и т.д. Правильно наложенная повязка является гарантией успешного лечения. Знание правила наложения повязок обеспечивает эффект, закрепление или удержание на необходимый срок перевязочного материала на ране или на участке повреждения, и иммобилизацию для обеспечения полного покоя пораженной части тела, особенно при транспортировке пострадавшего.

Существуют понятия «повязка» и «перевязка». Если первый термин определяет способ прикрытия раны или поврежденного участка тела, то термин «перевязка» символизирует собой сам процесс наложения повязки (действие).

В этом аспекте повязка, как средство воздействия на рану или другой местный патологический процесс, состоит из различных материалов применительно к определенному случаю. Перевязка же при свежих ранах является элементом оказания медицинской помощи. Она может быть определена в этих случаях не как перевязка, а как наложение первичной повязки для защиты раны от внешних воздействий без обследования.

Работа перевязочной сестры принадлежит к числу наиболее ответственных разделов деятельности медицинских сестер больницы. Эти сестры работают самостоятельно и должны быть квалифицированными специалистами в своей области. В этой связи приобретает большое значение не только практическая, но и теоретическая подготовка перевязочных сестер.

МЕТОДИЧЕСКИЙ ЛИСТ

Вид занятия – практика

Продолжительность – 180 мин.

Уровень усвоения – 1 + 2 + 3

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ

1. Учебные цели:

- Выявить и закрепить знания по разделу «Обязанности медицинской сестры перевязочного кабинета»
- Сформировать умение накладывать основные виды повязок.

2. Развивающие цели:

- Формирование и совершенствование умения логически мыслить, быстро и четко ориентироваться в предложенных вопросах и заданиях.
- Развить способность к системному действию в профессиональной ситуации к анализу и проектированию своей деятельности в условиях неопределенности.

3. Воспитательные цели:

- Способствовать развитию дисциплинированности и исполнительности, ответственности за свои действия.

Методы обучения – объяснительно - иллюстративный, репродуктивный, игровой.

Место проведения занятия – аудитория колледжа.

**Выписка из рабочей программы дисциплины по выбору
«Работа медицинской сестры перевязочного кабинета»**

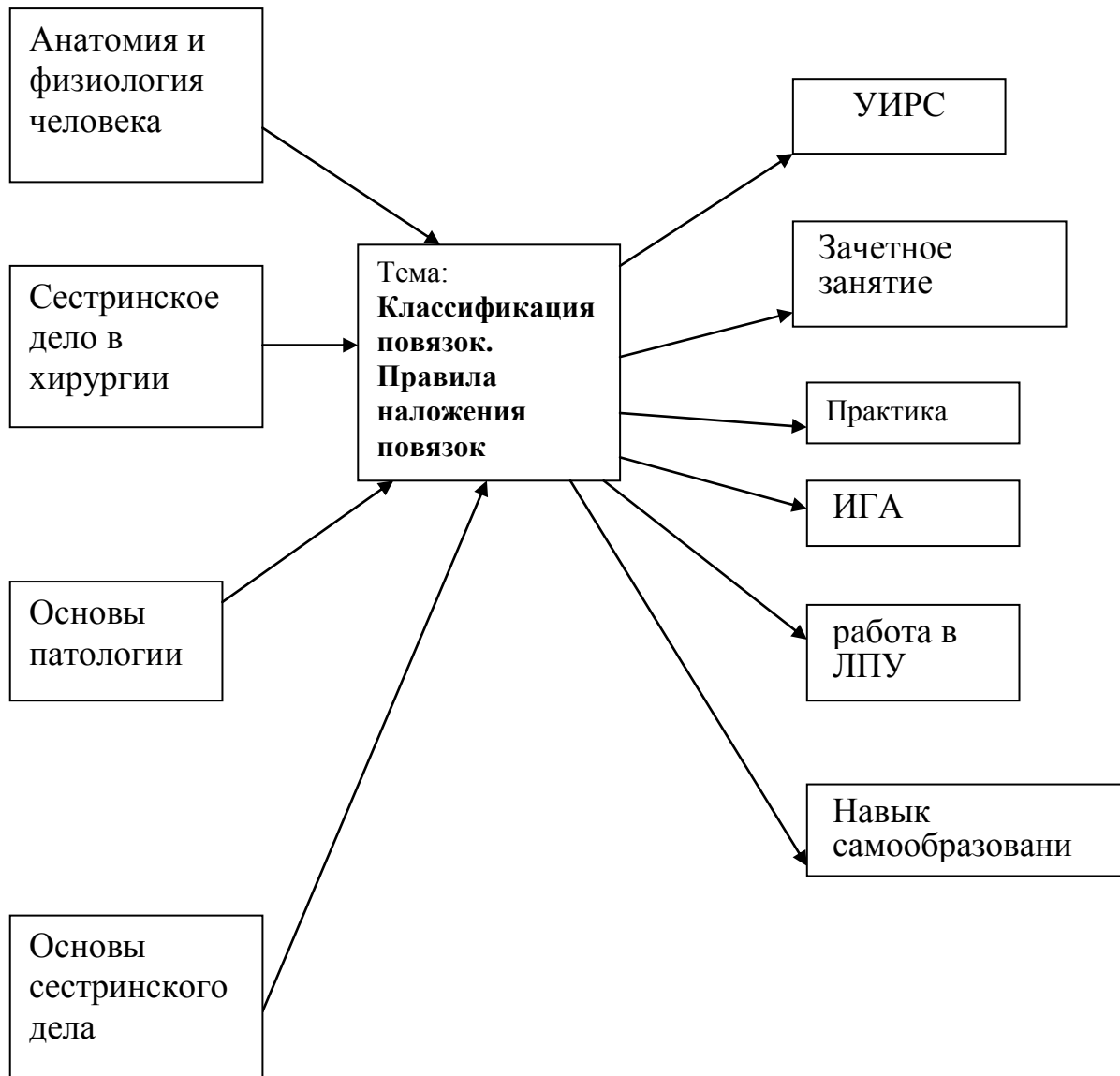
Наименование разделов и тем	Максим. Учебная нагрузка студента в часах	Количество аудиторных часов при очной форме обучения			Самостоятельная работа студентов
		всего	Лаборатор . работы	Практические занятия	
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Раздел II. Основные виды повязок.	23	16	-	16	7
2.1.Классификация повязок. Правила наложения повязок	6	4	-	4	2

ВЫПИСКА ИЗ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К МИНИМУМУ СОДЕРЖАНИЯ И УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 060109 (0406) СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО (БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ) 2002 Г.(РАЗДЕЛ 2.1.), ВЫПИСКА ИЗ ТРЕБОВАНИЙ К ВЫПУСКНИКУ.

После изучения темы студент должен:

- быть способным к системному действию в профессиональной ситуации, к анализу и проектированию своей деятельности, самостоятельным действиям в условиях неопределенности;
- уметь накладывать основные виды повязок

ИНТЕГРАТИВНЫЕ СВЯЗИ



ЭТАПЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

По теме: «Классификация повязок. Правила наложения повязок»

№	Наименование этапа	Время	Цель этапа	Деятельность		Оснащение
				преподавателя	студентов	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Организационный этап	2 мин.	Организация начала занятия, подготовка рабочего места студентов, мобилизация внимания студентов	Отмечает отсутствующих студентов в журнале	Бригадир подгруппы называет отсутствующих студентов. Студенты приводят в соответствие внешний вид, готовят рабочие места. Записывают новую тему в дневник.	Журнал, дневники Оснащение в соответствии с приложением № 1.
2.	Итоговый контроль по предыдущей теме	20 мин.	Выявление и закрепление знаний по теме 1.2. «Инфекционный контроль перевязочного кабинета. Профилактика ВБИ в условиях перевязочного кабинета».	Индивидуальный опрос	Отвечают на вопросы	Методическая разработка практического занятия
3	Тема занятия Мотивационный этап. Цели занятия	2 мин.	Развитие интереса к новой теме. Формулирование конечного результата работы студентов на занятии	Объясняет студентам важность изучения данной темы. Озвучивает цели занятия (умения)	Слушают, задают вопросы	Методическая разработка практического занятия
4.	Объяснение нового материала	25 мин.	Ознакомить с новой информацией	Изложение нового материала, демонстрация манипуляции	Слушают, конспектируют	Методическая разработка
5.	Инструктаж по выполнению	5 мин.	Сконцентрировать внимание, развить	Инструктирует о порядке выполнения	Слушают	УМК

	самостоятельной работы студентов		дисциплинированность, сформировать навыки самостоятельной работы	самостоятельной работы студентов на занятии		
6.	Самостоятельная аудиторная работа студентов	86 мин.	Формирование умений по данной теме, исполнительности, ответственности за свои действия.	Координирует самостоятельную деятельность студентов	Выполняют самостоятельную работу	УМК
7.	Итоговый контроль	20 мин.	Контроль усвоенных знаний и умений, способности к системному действию в профессиональной ситуации	Контролирует работу студентов	Выполняют зачетные манипуляции	УМК
8.	Подведение итогов занятия	2 мин.	Развитие эмоциональной устойчивости, дисциплинированности	Оценивает работу студентов, объявляет оценки, мотивируя их, отмечает наиболее подготовленных студентов		Журнал
9.	Задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов	8 мин.	Закрепление умений	Дает задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов, выполнение упражнений на тренажере, отработка техники наложения косыночных повязок.	Записывают задание	УМК
10.	Организация окончания занятия	10 мин.	Привитие аккуратности	Контролирует работу по уборке рабочих мест студентов	Убирают рабочие места	

Изложение нового материала

ВВЕДЕНИЕ

Десмургия (от греч. "desmos" - связь, повязка, "ergon" - дело) - руководство к наложению повязок, наука о повязках.

Можно предположить, что и в доисторические времена люди использовали для лечебных целей различные средства, среди которых видное место занимали разнообразные материалы, накладывавшиеся на пораженные места. Мы до сих пор можем наблюдать подобные методы лечения у примитивных племен в Южной Америке. На раны накладывают листья растений, пучки сухой травы и мха, а для иммобилизации используют деревянные дощечки.

Наглядным примером лечения ран в Древней Греции служат изображения на вазах, где видно, что раны обматывают полосками ткани, подобно тому, как сейчас бинтуют схожие повреждения. Один из основоположников медицины Гиппократ (460 - 370 гг. до н. э.) подробно описал приемы и случаи наложения повязок. Гален (130 - 200 гг. н. э.) в своей работе "De Fasciis" дал настоящее руководство по наложению повязок, а также показания к применению шин и лубков при вывихах и переломах. Значительным шагом вперед в деле расширения использования перевязок было постановление Римского сената о том, что каждый воин должен быть обеспечен полоской полотна, с помощью которой он мог бы оказать помощь либо себе, либо своему раненому товарищу.

В средние века искусство наложения повязок не получило должного развития, собственно, как и другие разделы медицины. Теофрастус Парацельс (1493 - 1541 гг.) в своих трудах возрождает искусство перевязки. Кроме описания наложения повязок на раны и повреждения, в этих трудах можно найти упоминания и о материалах, применяемых при перевязках. Помимо перевязочных материалов при перевязках совершенно интуитивно начали использовать различные средства, которые должны были улучшить и ускорить заживление (например, плесень с хлеба и т. д.). Развитию искусства наложения повязок способствовали частые войны с их большим потоком раненых, что требовало наличия обученного персонала и различных перевязочных материалов. Показания и методы перевязок блестяще сформулировал известный русский хирург Н. И. Пирогов (1810-1881 гг.), который всегда сам им следовал.

Современная наука и промышленность дают нам широкий спектр различных перевязочных материалов, как классических, так и совершенно новых. В настоящее время часто возникает парадоксальная ситуация, когда качественные перевязочные материалы не соответствуют технике их использования или используются не по назначению.

ИЗ "ГИППОКРАТОВА СБОРНИКА" V-VI века до н.э. (Косская и Книдская школы), перевод с греческого языка проф. Руднева В.И., 1902 г.



Медицинской называется такая перевязка, от которой получает пользу тот, кто лечится. Но здесь наиболее помогают две вещи, которыми должно пользоваться: сжимать, где следует, и не тесно обвязывать. И в этом случае должно смотреть на времена года, когда должно плотно бинтовать, а когда - нет; да и от самого больного не скрыто, что из двух,

когда должно применять. Повязки же изящные и сделанные на показ, как совершенно бесполезные, следует отвергать: непристойно это и отдает шарлатанством, да и вред они большею частью приносят тому, кто лечится, между тем как больной требует не украшения, а пользы.

Перевязок два вида: наложенная и налагаемая. Налагать следует быстро, безболезненно, ловко, изящно; быстрота значит скоро совершить работу; безболезненно - это действовать легко; ловкость - готовность ко всему; изящество - приятность для зрения. Какими упражнениями приобретаются эти качества, было сказано. Наложенная перевязка должна быть хороша и красива; у нее будет красивый вид, если ее части гладки и без складок и если ее повороты правильны; эта правильность существует, если для частей одинаковых и похожих перевязка одинакова и похожа и если в частях неравных и непохожих она не равна и не похожа. Виды ее следующие: простая (круговая), спиральная, восходящая, ромб или полуромб. Вид должен быть приспособлен к форме и страданию перевязываемой части.

Хороши для перевязываемой части два вида перевязки по силе, степени сжатия или количеству бинтов. Одна перевязка сама излечивает, другая служит для поддержки исцеляющих средств. В этом - закон, а самое важное в перевязке следующее: сжатие - таково, чтобы прилежащие части не отставали, чтобы очень не сдавливали, но чтобы они прилегали плотно, не причиняя, однако, боли, менее по краям, но меньше всего по середине повреждения. Узел и шов должны направляться не вниз, но вверх во всех положениях: при представлении врачу, при перевязывании и последующем укреплении. Концы бинтов не должно набрасывать на рану, но туда, где находятся узлы. Узлы не должны быть в частях, которые переносят усилия, работу; ни там, где пустое место. Узлы и швы должны быть мягкие и небольшие.



Рисунок на древнегреческой вазе V-IV в. до н.э. Сцена у врача: больные – в повязках, один из них – с ампутированной ногой и костылем, в роли служителя – карлик.

Нужно хорошо знать, что всякая повязка соскальзывает в сторону частей покатых и заостренных: например, на голове - вверх, на голени - вниз. Перевязывать правые части должно налево, а левые направо, исключая головы, где перевязка будет идти вертикально. Когда нужно применить повязку на частях противоположных, употребляют двуглавый бинт; если употребляют одноглавый, нужно, чтобы он шел на обе стороны от части, сохраняющей постоянное место, какова, например, середина головы или другая подобная область. Подвижные части, например, сочленения, необходимо обертывать в направлении сгиба меньше всего и самыми узкими бинтами, например, подколенную впадину; те же части, которые натягиваются, должны получить повязку простую и широкую, например, надколенная чашка. Следует также сверх того окружить бинтами для удержания всего положенного вокруг этих мест и для укрепления всей повязки неподвижные и более ровные части тела, например, сверху и снизу колена. Для плеча этому соответствует обведение вокруг другой подмышки, для паха - вокруг мягких частей противоположного бока, для голени - вокруг части, расположеннойверху икры. Там, где повязка соскальзывает кверху, ее нужно прикрепить снизу; там, где она стремится вниз, ее нужно прикрепить сверху. Там, где, как на голове, нет места, где можно бы приладить повязку, нужно делать укрепление в наиболее ровном месте бинтами, положенными насколько возможно менее косо, чтобы последний наиболее крепкий оборот придержививал наиболее подвижные части. Когда же невозможно при помощи бинтов охватить близлежащие части, ни противоположные, то нужно нитками сделать укрепление, обвязывая или сшивая ими.



**Рисунок на древнегреческой вазе:
воин накладывает товарищу повязку на плечо
(Ахилл и Патрокл)**

Повязки должны быть чистые, легкие, мягкие и тонкие. Нужно упражняться катать их двумя руками сразу или отдельно одной и другой рукой. Пользоваться соответствующей повязкой, принимая во внимание ширину и толщину частей. Головки и края круговых бинтов должны быть плотны, ровны и хорошо расположены. Повязки, которые должны будут опуститься, хуже тех, которые быстро спускаются: о том, чтобы они не давили и не спускались, достаточно сказанного.

Разъединенные части надо сближать так, чтобы свободные края раны касались друг друга, но не давили. Начинать перевязку следует со здоровой части; заканчивать ее так, чтобы жидкость, которая там находится, была оттуда

выталкиваема и чтобы там не собиралось новой. Перевязывать надо прямое в прямом направлении, косое в косом направлении, в положении, которое ни производит боли и при котором не будет сдавливания, ни расслабления, так что, когда положение изменится вследствие взятия на повязку или подставку, не изменится и останется тем же расположение мускулов, вен, сухожилий, костей. Перевязанная часть должна находиться на повязке (рука) или лежать (нога) в положении безболезненном и естественном. Нужно разошедшиеся части сводить; сошедшиеся разводить с помощью перевязки, склеивания и соответствующего положения; противоположному помогать противоположным образом.

Перевязочным материалом являются:

- ткани (материя) - telae;
- бинты - fasciae;
- волокнистые материалы – materiae filamentosae;

ТКАНИ (telae) Ткани представляют собой текстильные изделия, изготовленные так, что отдельные нити, их составляющие, переплетаются между собой определенным образом. Для их изготовления используются хлопок, лен, конопля, джут, шерсть, шелк, искусственное волокно. Ткань тем мягче, чем меньшую площадь занимают ее волокна при одинаковой густоте переплетения нитей в ткани. Продольные нити называются *основой*, поперечные - *утком*. Основными типами переплетения нитей в ткани являются: полотняный, саржевый и атласный. Выбор типа определяется назначением ткани. Для тонких тканей используется полотняный тип плетения (рис. 1), когда уток попеременно пробегает над всеми нечетными нитями основы. Благодаря этому ткань имеет одинаковый вид с обеих сторон. При саржевом типе плетения (рис. 2) уток связывает нити основы через одну, образуя косой узор. Помимо этого, с одной стороны ткани видно больше нитей утка, а с другой - основы, что позволяет различать лицо и изнанку ткани. В качестве перевязочного материала наиболее часто используются следующие ткани:

Гигроскопическая марля - ткань плотного типа из хлопковой пряжи либо из хлопка с добавлением вискозной нити, отбеленная подобно вате. Перед употреблением марли сворачивается в рулончик или складывается в виде салфеток. В основном это нестерильный материал, однако, некоторая часть может и стерилизоваться. Наиболее часто используемые размеры кусков марли - 80x50 см или 80x100 см, а также полосы 20x200 или 20x400 см.

Из кусков марли делают *салфетки*, складывая их таким образом, чтобы растрепанные края, образовавшиеся при раскрое, были подвернуты внутрь салфетки (рис. 3, а). Обычно такие салфетки имеют размер 4x4 или 8x8 см. Из марли, разрезанной на

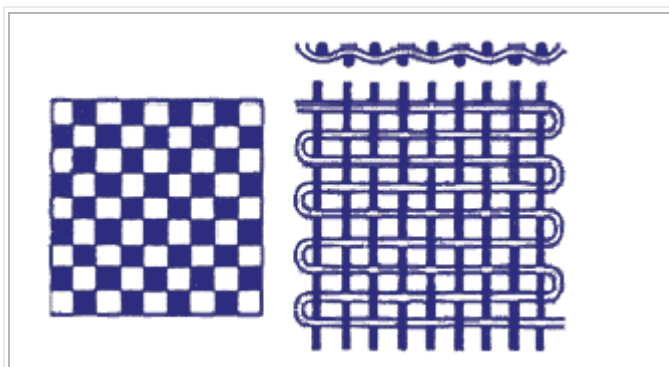


Рисунок 1

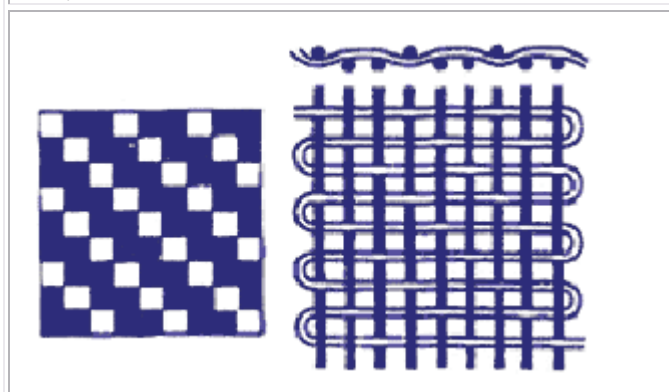


Рисунок 2

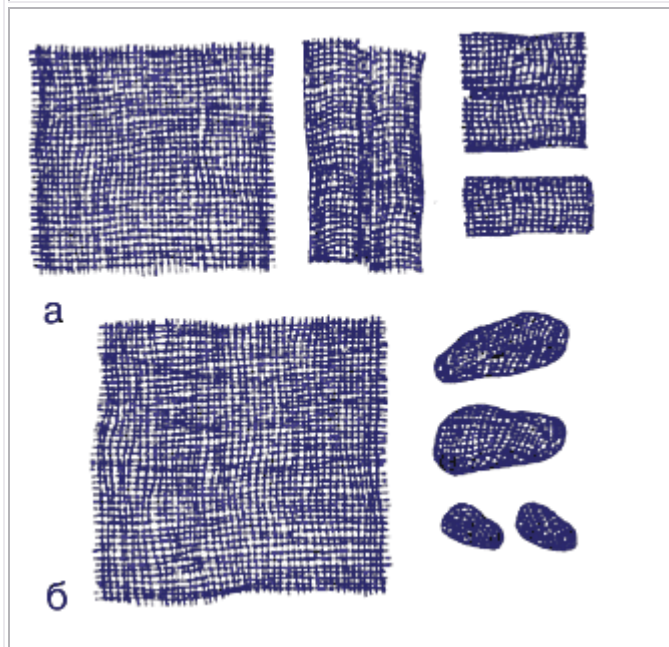


Рисунок 3

квадраты размером 16х16 см, делают большие тампоны, а из квадратов 5х5 см - малые, имеющие овальную форму (рис. 3, б).

Полостные тампоны складываются аналогичным образом, но еще и прошиваются по краям. При этом строго следят, чтобы растрепанные края были надежно скрыты и отдельные нити не торчали наружу. Подобным образом изготавливают и марлевые лонгеты размером 10х90 см.

Они в основном используются для тампонирования ран. Из-за формы такие малые тампоны часто называют "*мышками*". Их размер 3х1 см, причем с одной стороны они прошиты шелковой ниткой с длинными свободными концами, напоминающими хвостик.

Марля с пропиткой - это обычная марля, пропитанная каким-либо лекарственным средством. Чаще всего для этого используются дерматол (основная висмутовая соль галловой кислоты), йодоформ или ксероформ (трибромфенолят висмута основной), такие повязки применяются при лечении инфицированных и загноившихся ран.

Адсорбирующая марля - марля, пропитанная различными адсорбентами, например «Сорбацелом», «Оксицелом» или «Саргицелом» (фирменные названия). Используется для тампонирования кровоточащих ран и повреждений паренхиматозных органов.

Перевязочное суровое полотно - миткаль - вырабатывается из хлопковой пряжи, иногда с примесью вискозы. От обычной марли отличается большей плотностью и тем, что не отбеливается и не обезжиривается. Большая плотность обеспечивается использованием более туго скрученных нитей. Миткаль имеет слегка рыжеватый оттенок. Чем белее миткаль, тем выше его качество. Неотбеленная и необезжиренная ткань называется суровой. Обычно суровая ткань (и изготовленные из нее бинты) не используется в случаях прямого контакта с раневой поверхностью и применяется для иммобилизационных повязок или уплотнения обычных - формирования так называемых тугих повязок.

Треугольная косынка - производится из сурового полотна или ситца. Косынка имеет форму косоугольного или равнобедренного треугольника с размерами 80х80х113 см. Широко используется при оказании первой помощи в различных случаях.

Отбеленное перевязочное полотно - обычное суровое полотно после отбеливания и обезжиривания средней степени. Используется по показаниям в случаях, требующих более тугих повязок.

Накрахмаленное отбеленное перевязочное полотно - отбеленное и обезжиренное полотно, которое пропитывается крахмальным раствором и высушивается. Наиболее часто используется для наложения так называемых крахмальных повязок, а также для защиты клейкой стороны лейкопластыря.

Накрахмаленная гидрофильная марля готовится так же, как и описанное выше суровое полотно, но из Другого исходного материала. В этом виде используется гораздо чаще крахмаленного миткаля.

Тилексол - особый вид перевязочного материала. Его специфика определяется способом плетения (рис. 4), при котором возникают ячейки. Наиболее часто используется в виде так называемого мазевого тюля, когда нарезанный и свернутый тюль пропитывается вазелиновым маслом или другой мазевой основой и затем стерилизуется. В таком виде тилексол используется для закрытия раневых поверхностей, чаще всего при ожогах. Его преимуществами перед другими перевязочными материалами являются обеспечение хорошего дренажа раны и то, что он не "присыхает" к раневой поверхности.

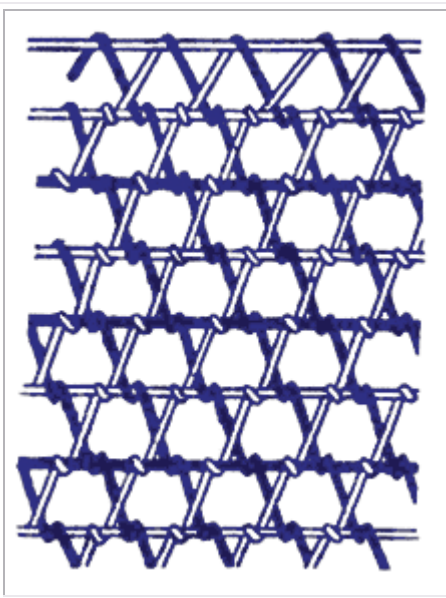


Рисунок 4

Льняное полотно изготавливается из льняной пряжи. По сравнению с хлопчатобумажной это более плотная и прочная ткань, хорошо переносящая стирку и стерилизацию. Именно поэтому она используется для операционных полотенец (210x142 см) и салфеток (110x76 см).

Альтернативой традиционными лечебно-перевязочным материалам являются углеродные тканевые салфетки «Сорусал» и «Легиус».

Салфетка «Сорусал» - используется при лечении гнойных и вялозаживающих ран, трофических язв, ожогов, свищей, осложненных послеоперационных ран.

Эффективность салфетки «Сорусал» основана на ее высокой пористости и капиллярной активности. Такая салфетка сорбирует микроорганизмы, химические вещества, гнойные выделения. Она снимает боль, обладает гемостатическим действием, поглощает запах и не вызывает побочных эффектов.

Салфеткой «Сорусал» полностью закрывают рану, перекрывая ее приблизительно на 2 см. покрывают 2-м слоем марлевой повязки и фиксируют бинтом. Через 1-2 дня салфетка может быть заменена в случае полной пропитки раневыми выделениями. Марлевую повязку меняют через 1-8 ч в зависимости от назначения врача. Салфетка легко удаляется с раны. В результате использования ее рана становится чистой и сухой, 1-2 дней достаточно для обработки ран и ожогов. Дальнейшее лечение раны рекомендуется проводить с помощью углеродной салфетки «Легиус».

Салфетка «Легиус» применяется при лечении повреждений мягких тканей различной этиологии (ожоговые раны, раны при открытых переломах, пролежни, трофические язвы) на всех стадиях раневого процесса. Даже без лекарственных средств она не допускает инфицирования раны, не «присыхает» к ней, быстро снимает воспаление и отек.

Перед тем как наложить салфетку «Легиус» на рану, ее смачивают раствором антисептика. Затем салфеткой полностью закрывают рану, перекрывая ее на 2 см. покрывают 2-м слоем марлевой повязки и фиксируют бинтом. Салфетку необходимо смачивать раствором антисептика каждые 6 ч, не снимая ее с раны. Смену повязки проводят через каждые 3 дня для наблюдения за поверхностью раны.

При использовании салфетки «Легиус» в комбинации с мазями, антибиотиками, антисептиками она легко ими смачивается. Медицинские препараты можно наносить на такую салфетку, не удаляя ее с раны, это усиливает лечебный эффект.

Салфетки «Сорусал» и «Легиус» имеют гарантированный срок стерильности 5 лет со дня выпуска в закрытой упаковке. В случае нарушения герметичности упаковки

салфетка может быть повторно стерилизована горячим воздухом, паром или гамма-излучением. Выпускаются салфетки следующих размеров: 20x25см; 10x10см; 5x10см.

БИНТЫ (fasciae)

Гидрофильные бинты представляют собой нарезанную полосами и скатанную в рулон марлю. Обрез должен быть ровным, гладким и нерастрепанным. Бинты могут быть нестерильными и стерильными (в специальной упаковке). Бинты сворачиваются в компактный тугой рулон, который, однако, должен легко разматываться при употреблении. Ширина нестерильных бинтов может быть от 4 до 20 см. Стерильные бинты упаковываются в оболочку из двух слоев пергаментной бумаги. Перед упаковкой бинт обматывается шелковой ниткой, конец которой остается снаружи после заклеивания упаковки и используется для ее вскрытия перед использованием бинта. Бинты с "качественными" краями изготавливаются из отбеленной вискозной пряжи, но в связи с тем, что плохо переносят стерилизацию, они в подавляющем большинстве случаев используются в нестерилизованном виде.

Бинты из сурового полотна - изготавливаются из сурового, неотбеленного, холста и имеют такие же размеры, как и гидрофильные бинты. Используются в основном для тугих повязок (плохо впитывают жидкость) в нестерильном виде. Бинты из отбеленного полотна изготавливаются из отбеленного перевязочного полотна, разрезанного на полосы нужного размера. По сравнению с обычными марлевыми бинтами имеют большую плотность и прочность.

Накрахмаленные бинты - в основном изготавливаются из крахмаленной марли или органди. Используются в качестве укрепляющего материала для перевязок, выполненных обычными гидрофильными бинтами. Самостоятельно практически не используются, так как их непосредственное наложение на раневую поверхность может привести к их "присыханию" и сложностям при снятии повязки. С другой стороны, использование таких бинтов при иммобилизационных повязках может привести к повреждению кожи в местах сгиба и перекрута бинта.

Клейкие цинксодержащие бинты - изготавливаются промышленным способом путем нанесения на обычный гидрофильный бинт тонкого слоя пасты, в состав которой входят глицерин, желатин, натрия хлорид и цинка оксид. На практике такой слой можно быстро нанести на поверхность тела (наиболее часто это делается на нижних конечностях) и затем закрыть с помощью повязки из обычного бинта. При использовании фирменного бинта не следует забывать, что бинт при высыхании "садится" и повязка может стать очень тугой. Такие бинты используются, прежде всего, там, где необходимо избежать возникновения отека тканей, например при кожных воспалительных заболеваниях.

Гипсовые бинты - представляют собой бинты, "пересыпанные" или, что чаще, "проложенные" слоем гипса.

Эластичные бинты - изготавливаются из суровой хлопчатобумажной пряжи, сотканной по полотняному типу плетения, в основу которой вплетены резиновые нити, резко повышающие эластичность бинта. Обычно такие бинты изготавливаются шириной 6-14 см и длиной 5-10 м. При утрате эластичности можно постирать бинт в теплой мыльной воде для его частичного восстановления. Эластичные бинты не стерилизуются и используются для нежесткого стягивания мягких тканей. Некоторые эластичные бинты имеют на одной из сторон адгезивный слой, способствующий лучшему формированию повязки.

Трубчатые бинты - представляют собой бесшовную трубку из гидрофильного материала, эластичность которой обеспечивается за счет трикотажного типа плетения. Бинты имеют различный диаметр для применения на различных частях тела. Для фиксации повязок используется особая разновидность трубчатых бинтов - эластичные трубчатые бинты, которые часто бывают сетчатого типа. Их особенно удобно применять для фиксации повязок в области тазобедренного и плечевого суставов.

Перевязочным материалом, используемым для неотложной помощи, являются выпускаемые промышленностью индивидуальные перевязочные пакеты неотложной помощи в состав которых, помимо стерильного гидрофильного бинта, составляющего основу повязки, входит ватная подушечка либо отдельно, либо подшитая к началу бинта.

Существует два вида *пакетов неотложной помощи* - большой и малый. В большом пакете, кроме стерильного бинта, имеются две ватные подушечки, одна из которых подшита к началу бинта, другая свободна и используется для подкладки в любом необходимом месте повязки. К такому пакету прилагается еще и булавка для крепления концов бинта.

Индивидуальные пакеты - сделаны таким образом, чтобы при постоянном ношении не нарушалась их стерильность. Обычно они снабжены булавкой и сложены так, чтобы даже при нарушении защитной оболочки сердцевина пакета оставалась стерильной.

ВОЛОКНИСТЫЕ МАТЕРИАЛЫ (materiae filamentosae)

Волокнистые материалы чаще всего используются для создания прокладок при наложении повязки и существуют в нескольких видах.

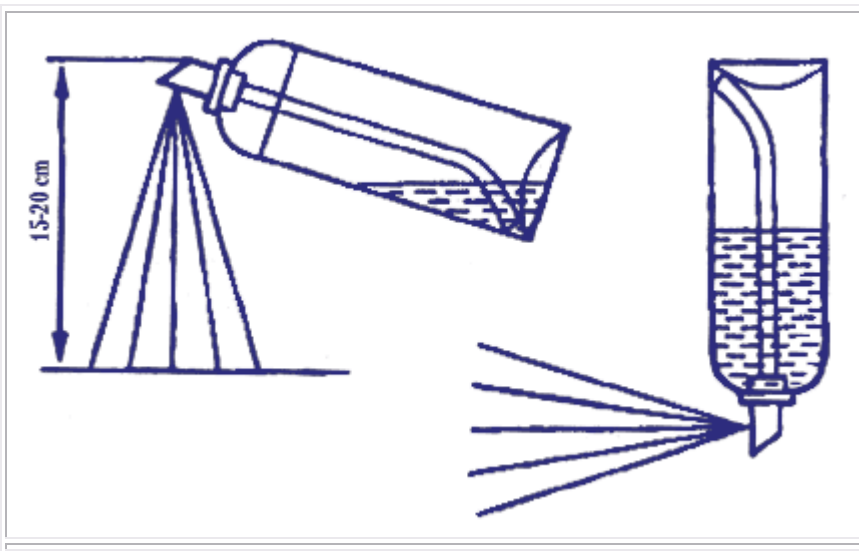
Неотбеленная перевязочная вата. Исходным материалом для ее изготовления служит хлопчатобумажное волокно, которое не обезжиривается, а просто моется в воде. Поэтому эту вату нельзя использовать для прямого контакта с раневой поверхностью. В основном она используется для подкладок при наложении повязок.

Очищенная перевязочная вата - изготавливается из неотбеленной ваты путем ее обезжиривания. Этот процесс делает вату гидрофильной, т. е. способной впитывать воду. Затем вата отбеливается, расчесывается, формируется в рыхлые пучки и наматывается на барабан. Таким образом, очищенная вата представляет собой хлопчатобумажные снежно-белого цвета, без блеска, мягкие волокна, не имеющие вкуса и запаха. Пучки, в виде пушистых полос, свертывают в тугой рулончик и упаковывают в оберточную бумагу. Вата может быть и стерилизованной, в этом случае упаковка должна соответствовать необходимым требованиям. Из такой ваты изготавливаются ватные гигиенические тампоны, форма которых обеспечивается надетой сверху крупноячеистой сеткой.

Целлюлозная вата - лигнин, практически состоит из чистой целлюлозы. В этом случае трудно говорить о волокнистом материале, скорее это - рыхлый слоистый материал, похожий на промокательную бумагу. Вата должна быть белой, однородной и мелкоскладчатой, не пылить и иметь высокую гидрофильность. Выпускается в виде сложенных салфеток, полос, свернутых в рулон.

Вискозная вата изготавливается из целлюлозы путем ее химической обработки. Напоминает очищенную хлопчатобумажную вату, но менее прочна, особенно во влажном виде. Показания к применению такие же, как и для обычной ваты. Вата может быть изготовлена и из других материалов (например, льняная вата), но они не нашли широкого применения, во всяком случае в медицине.

Пластикатные материалы, которые после нанесения их на поверхность кожи образуют тонкие, прозрачные и гибкие пленки. Такие материалы можно наносить либо в виде аэрозоля, либо намазывая тонким слоем. Основой этих материалов, по большей части, являются акриловая или метакриловая кислота и ее эфиры, растворенные в соответствующем растворителе (этанол, ацетон и т. д.) с добавлением пластификатора. Пластикатные материалы должны отвечать определенным требованиям: не вызывать раздражения кожи, не быть токсичными и не препятствовать процессам заживления раны. Кроме того, они должны быстро высыхать, оставаясь гибкими и эластичными, не должны трескаться. Помимо этого, нельзя допускать, чтобы они препятствовали дыханию кожи. Широко распространены такие аэрозольные препараты, как "Акутол", "Нобекутан" и "Аэропласт", или "Акутин", которые в виде жидкости наносят на кожу тампоном. Аэрозольные препараты распыляют на расстоянии 15-20 см от поверхности кожи (см. рисунок). Перед их применением необходимо позаботиться, чтобы рана и окружающая ее кожа были чистыми и сухими. Не рекомендуется применять их в случаях свежих и нагноившихся ран, так как под пленкой может скапливаться раневое отделяемое. Противопоказано использовать их для закрытия обожженной поверхности. Аэрозоли целесообразно применять в тех случаях, когда необходимо защитить поверхность кожи от воздействия вредных веществ.



Пластикатные материалы должны отвечать определенным требованиям: не вызывать раздражения кожи, не быть токсичными и не препятствовать процессам заживления раны. Кроме того, они должны быстро высыхать, оставаясь гибкими и эластичными, не должны трескаться. Помимо этого, нельзя допускать, чтобы они препятствовали дыханию кожи. Широко распространены такие аэрозольные препараты, как "Акутол", "Нобекутан" и "Аэропласт", или "Акутин", которые в виде жидкости наносят на кожу тампоном. Аэрозольные препараты распыляют на расстоянии 15-20 см от поверхности кожи (см. рисунок). Перед их применением необходимо позаботиться, чтобы рана и окружающая ее кожа были чистыми и сухими. Не рекомендуется применять их в случаях свежих и нагноившихся ран, так как под пленкой может скапливаться раневое отделяемое. Противопоказано использовать их для закрытия обожженной поверхности. Аэрозоли целесообразно применять в тех случаях, когда необходимо защитить поверхность кожи от воздействия вредных веществ.

Лейкопластырь - представляет собой вид перевязочного материала, который состоит из матерчатой основы с нанесенным на нее липким слоем. Основа должна быть достаточно плотной. Липкий слой, в который добавляют различные лекарственные средства, не должен вызывать раздражения кожи и высыхать, так как в этом случае пластырь будет плохо прилипать к коже и быстро отваливаться. Лейкопластыри широко распространены и выпускаются под фирменными названиями - "Лейкопласт", "Спофапласт", "Трикопласт" и т. д. Хорошо зарекомендовал себя перфорированный пластырь на бумажной основе ("Лейкопор"). Основными функциями пластыря являются фиксация других перевязочных материалов на области раны, стягивание краев ран и формирование "некрового шва" или использование в качестве иммобилизационного материала. Хорошо зарекомендовало себя на практике использование полосок пластыря, называемых "Steri strips", для раннего снятия швов (через 2-3 дня после операции), а также для лечения плохо заживающих трофических язв. Крепление перевязочного материала на ране с помощью полос лейкопластыря шириной 4-10 см удобно для периодического осмотра и обработки раны

Классификация повязок

В зависимости от **применяемого материала** повязки делят на мягкие и твердые (гипсовые); мягкие повязки, в свою очередь, делят на клеевые, косыночные и бинтовые.

1. *Клеевые повязки* используют при небольших повреждениях, а также в области операционных ран. Применяют лейкопластырь, клеол, коллодий или медицинский клей БФ.

2. *Косыночные повязки* применяют в основном при оказании первой помощи на месте происшествия. Изготавливают их из марли или бязевой пеленки, сложенной в виде треугольника, большая сторона треугольника называется основанием, угол напротив - вершиной, два других угла - концами. Косыночную повязку можно наложить на любую часть тела, но наиболее часто ее применяют для подвешивания руки при ее повреждении или при переломе ключицы.

3. *Бинтовые повязки* выполняют марлевыми, трикотажными, эластичными непрорезиненными и эластичными прорезиненными бинтами. Это основной тип повязок. С помощью бинта можно наложить повязку на любую анатомическую область тела человека. Марлевые бинты выпускают семи номеров шириной от 5 до 20 см и длиной от 5 до 7 м. Условно бинты делят на узкие (до 5см), средние (7-10см) и широкие (от 14 до 20 см).



4. *Повязки из сетчато-трубчатого бинта.* Эластичный сетчато-трубчатый бинт позволяет наложить повязку практически на любую анатомическую область тела, так как бинты выпускаются разного размера. Технически такие повязки выполняют легко и достаточно быстро.

В зависимости от **техники исполнения** бинтовые повязки делят следующим образом:

- пращевидные – изготавливают из части бинта, оба конца которого расщеплены по направлению к середине. Пращевидную повязку накладывают на нос, подбородок, затылок и темя;
- Т-образные – выполняют из двух марлевых полос, горизонтальную - вокруг талии, вертикальную - на промежность;
- циркулярные или круговые – выполняют круговым бинтованием, каждый тур полностью закрывает предыдущий;
- спиралевидные – каждый последующий тур прикрывает предыдущий наполовину или на 2/3, туры поднимаются, как правило, сверху вниз;

- крестообразные или 8-образные – туры бинта перекрещиваются друг с другом: их накладывают на голеностопный и плечевой сустав, на кисть и затылок;
- колосовидные – разновидность 8-образной повязки, но перекрест происходит по одной линии;
- черепашьи – их накладывают на область согнутых суставов. Существует два вида таких повязок - расходящиеся и сходящиеся;
- возвращающиеся повязки – чаще всего их накладывают на культю конечности после ампутации или на кисть при отморожении, как "варежку".

По своему **предназначению** можно выделить фиксирующие, иммобилизующие и корригирующие повязки:

- фиксирующая - предназначена для удержания перевязочного материала на ране;
- иммобилизующая - нужна для обеспечения неподвижности всей конечности или ее сегмента с лечебной целью или для транспортировки пострадавшего;
- корригирующая - применяется для исправления врожденных или приобретенных дефектов главным образом в детской ортопедии.

Виды повязок (Ф.Х. Кутушев)

По характеру и назначению:

1. Простая мягкая: защитная, лекарственная.
2. Давящая (гемостатическая).
3. С вытяжением: защитная, лекарственная.
4. Иммобилизационная (обездвиживающая): транспортная, лечебная.
5. Корригирующая.

По способу закрепления перевязочного материала:

1. Бинтовая
2. Укрепленная трикотажным трубчатым бинтом
3. Клеевая (клеоловая)
4. Коллодийная
5. Пластырная
6. Косыночная
7. Пращевидная
8. Т - образная

По типу бинтования:

- Круговая (циркулярная)
- Спиральная
- Ползучая
- 4. Перекрещивающаяся (крестообразная или восьмиобразная)
- 5. Колосовидная
- 6. Черепашья

По характеру и цели иммобилизации:

1. Транспортная:
 - мягкие бинтовые- шинные с использованием стандартных и импровизированных шин
 - затвердевающие повязки
 - гипсовые шины
2. Лечебная:
 - шины при повреждении плеча, ключицы, пальцев

- с дистракционно – компрессионными аппаратами
- с установочными шинами и приспособлениями для постоянного вытяжения
- затвердевающие (гипсовые, крахмальные, клеевые)

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК

Требования к повязке:

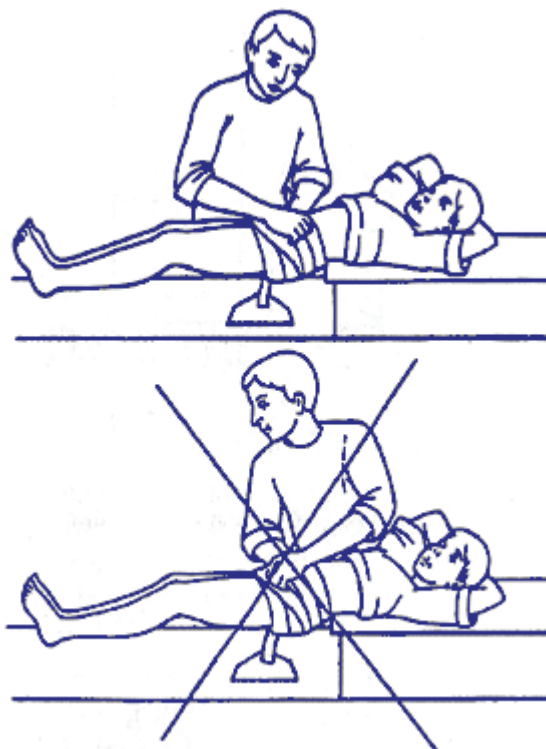
1. Повязка должна закрывать больной участок тела.
2. Повязка не должна нарушать лимфооттока и кровообращения.
3. Повязка не должна мешать больному.
4. Повязка должна иметь опрятный вид.
5. Повязка должна прочно держаться на теле.

Наложение повязки является медицинской процедурой, которой следует специально обучаться. Накладывая повязку, мы стремимся, по большей части, либо защитить какую-то часть тела от внешних воздействий, либо зафиксировать ее в определенном положении.

Повязка не должна быть очень свободной и смещаться по поверхности тела, но и не должна быть очень тугой и сдавливать ткани, чувствительные к механическим воздействиям.



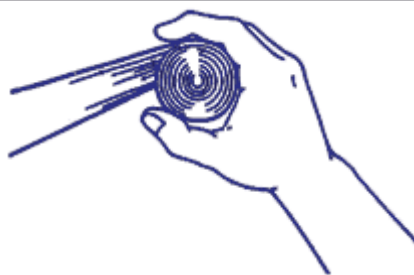
Во время перевязки надо стоять лицом к больному, насколько это возможно.



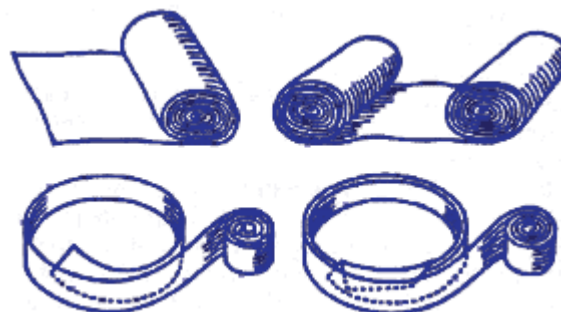
Ширину бинта надо подбирать так, чтобы она была равна или больше диаметра перевязываемой части тела. Использование узкого бинта не только увеличивает время перевязки, но и может привести к тому, что повязка будет врезаться в тело. Применение более широкого бинта затрудняет манипуляции. При использовании трубчатых бинтов выбирают такой диаметр, чтобы можно было без больших затруднений натянуть его на предварительно забинтованный участок тела.



Бинт следует держать в руке так, чтобы свободный конец (cauda) составлял прямой угол с рукой, в которой находится рулон бинта.



Перевязку следует начинать с наложения простого кольца таким образом, чтобы один кончик бинта слегка выступал из-под следующего витка, накладываемого в том же направлении. Подогнув и накрыв кончик бинта следующим витком, его можно зафиксировать, что существенно облегчает дальнейшие манипуляции. Перевязку заканчивают круговым витком.



Общие правила наложения мягкой бинтовой повязки:

- пациент должен находиться в таком положении, чтобы к бинтуемой части тела был хороший доступ;
- бинтуемая часть тела в процессе наложения повязки должна быть неподвижной, активная помощь со стороны пациента нежелательна;
- для придания бинтуемому участку тела соответствующего положения следует использовать валики, подставки или специальные столы;
- бинтуемый участок должен находиться на уровне груди бинтующего, медсестра должна видеть лицо пациента;
- большинство повязок накладывают от периферии к центру. Скатанную часть бинта ("головку") держат в правой руке, а свободный конец ("хвостик", или "флажок") - в левой;

- после первого закрепляющего тура бинта каждый следующий ход должен наполовину или 2/3 прикрывать предыдущий;
- бинт накладывают по бинтуемой части без предварительного отматывания;
- повязку закрепляют, связывая расщепленный конец последнего тура бинта; нельзя завязывать узел над проекцией раны;
- повязка должна прочно фиксировать перевязочный материал в течение всего времени до следующей перевязки;
- повязка должна быть красивой.

Основные виды повязок

Наиболее распространены мягкие, особенно бинтовые, повязки. По назначению мягкие повязки подразделяют на защитные, лекарственные, давящие (гемостатические), иммобилизирующие (транспортные и лечебные) и корригирующие.

Защитные повязки используют для предохранения раны от вторичного инфицирования и неблагоприятного воздействия окружающей среды. Защитной является простая асептическая повязка, которая в ряде случаев может быть дополнительно прикрыта непроницаемой для жидкости полиэтиленовой пленкой или клеенкой. К этому же типу повязок относится покрытие ран пленкообразующими аэрозолями (лифузол и др.), бактерицидным пластырем. Защитной является также окклюзионная повязка, герметично закрывающая полость тела от проникновения воды и воздуха. Наиболее часто ее применяют при проникающих ранениях грудной клетки, осложненных открытым пневмотораксом. На рану и окружающую ее кожу в радиусе 5—10 см накладывают водо- и воздухонепроницаемый материал (синтетическую пленку, прорезиненную ткань, обертку от индивидуального перевязочного пакета, марлю, пропитанную вазелиновым маслом и др.), который плотно фиксируют марлевым бинтом. Также можно использовать широкие полосы лейкопластыря, наложенные в виде черепицы.

Для наложения лекарственной повязки на рану или другой патологический очаг наносят лекарственное вещество в виде раствора, порошка, мази, геля. Зачастую лекарственным препаратом пропитывают марлевую салфетку, непосредственно соприкасающуюся с поверхностью раны; сверху салфетку прикрывают асептической повязкой. Такие повязки часто сочетают с введением в рану дренажей и тампонов.

Давящие (гемостатические) повязки накладывают на область поврежденного сосуда с целью остановки *кровотечения*. Для этого на область повреждения (ранения) накладывают марлевую подушечку или жесткий пелот (ватно-марлевую подушечку, рулон бинта) и туго бинтуют поврежденную часть тела марлевым или эластичным бинтом. Туры бинта ведут поверх пелота в поочередно расходящихся направлениях. Гемостатический эффект (например, при гемартрозе, разрыве мышцы) может быть достигнут и только за счет тугого бинтования.

Для обеспечения местного давления в области грыжевых ворот, препятствующего выходу грыжи, применяют бандажи и пелоты различных конструкций. Эластическая повязка предназначена для обеспечения равномерного давления на ткани. Бинтование нижних конечностей эластичным бинтом при варикозном расширении вен, тромбозе, посттромбофлебитическом синдроме предупреждает и уменьшает отеки, обусловленные застоем крови и лимфы, улучшает регионарную гемодинамику. С этой же целью применяют готовые изделия типа медицинских эластичных чулок. При слабости мышц передней брюшной стенки, ожирении, заболеваниях позвоночника, во время беременности используют матерчатые

армированные корсеты, пояса, бандажи, создающие равномерную компрессию и частично снимающие напряжение с охваченных повязкой участков тела.

Иммобилизирующие (фиксирующие) мягкие повязки предназначены для фиксации той или иной части тела с лечебной целью или для транспортной иммобилизации. Например, широко используемые в спортивной медицине специальные эластичные наколенники, голеностопники предназначены для дополнительной наружной фиксации суставов при их нестабильности вследствие повреждения связочного аппарата. С этой же целью применяют бинтовые повязки.

Корригирующие повязки предназначены для длительной фиксации какой-либо части тела в определенном положении, создающем благоприятные условия для устранения врожденного или приобретенного дефекта.

Кроме мягких различают отвердевающие и шинные повязки. Отвердевающие гипсовые повязки или термопластический полимер поливик служат для длительной иммобилизации при переломах костей, обширных повреждениях и гнойных процессах. Отвердевающие цинк-желатиновые повязки применяют для лечения трофических язв при хронической венозной недостаточности. Для наложения шинных повязок используют шины из различных материалов. Закрепление перевязочного материала может быть достигнуто различными способами (марлевый бинт, сетчато-трубчатый бинт, Т-образные повязки и др.).

В зависимости от вида фиксации различают бинтовые и безбинтовые (клеевая, лейкопластырная, косыночная, пращевидная, Т-образная) повязки. Перевязочным материалом являются марля, вата, хлопчатобумажная ткань, вискозный штапель и др., из которых изготавливают бинты, салфетки различного размера, тампоны, ватно-марлевые подушечки. Для того чтобы правильно наложить повязку, полностью соответствующую своему назначению и не причиняющую дополнительных неудобств пациенту, необходимо придерживаться определенных правил. При наложении повязки больной располагается так, чтобы был обеспечен свободный доступ к бинтуемой части тела



Поврежденная часть тела должна находиться в среднефизиологическом положении, а ее мышцы — максимально расслаблены. Исключением является транспортная иммобилизация при переломах и вывихах, когда фиксируют имеющееся патологическое положение. Бинтуемая часть тела располагается на уровне груди оператора и сохраняет неподвижность в течение всего времени выполнения манипуляции. Оператор располагается так, чтобы одновременно видеть лицо больного и бинтуемую часть тела; стоит или сидит в зависимости от уровня повязки. Повязку следует накладывать после фиксирующего тура; направление ее наложения на конечности — обычно от периферии к туловищу. Необходимо равномерно натягивать

и расправлять бинт, катить его по поверхности тела без предварительного отматывания и каждым последующим витком-туром прикрывать от половины до двух третей предыдущего. Готовая повязка должна сохранять плотную фиксацию материала, не смещаться до следующей перевязки и быть эстетичной; при этапном лечении больного иметь маркировку. Повязку снимают, разрезая ее на стороне, противоположной повреждению, или разматывая бинт и собирая его в комок. Если повязка присохла, ее следует предварительно отмочить с помощью раствора перекиси водорода или другого антисептика и только после этого снять.

Бинтовые повязки наиболее распространены; они прочны, эластичны, пористы и создают необходимое давление. Бинт (длинный кусок материи в форме ленты или тесьмы, скатанный в рулон) чаще всего изготавливают из мягкой марли, обладающей хорошей эластичностью и гигроскопичностью. Стандартные марлевые бинты имеют ширину от 5 до 16 см и длину до 5—10 м. Кроме того, используют эластичные трикотажные, эластичные клеевые (эластопласт), эластичные самодержащиеся бинты и резиновые ленты. При необходимости бинт может быть изготовлен из любой ткани, разрезанной на длинные узкие полосы. Для бинтования пальцев и кисти применяют узкие бинты (шириной 5 см), для повязок на туловище и бедро — самые широкие. Марлевые бинты выпускают стерильными и нестерильными, скатанными валиком и упакованными в пергаментную или пленочную оболочку.

Скатанный с одного конца (головка) и свободный с другого (начало бинта) бинт называется односторонним, а скатанный с двух концов — двусторонним. Последний применяется редко, обычно для повязок на голову. В скатанном бинте различают две поверхности: внутреннюю (брюшко) — сторона, обращенная к центру валика, и наружную (спинку) — сторона, обращенная к периферии валика.

Выбор того или иного типа бинтования зависит от среднефизиологического положения в суставе (например, прямой угол для локтевого сустава); геометрической конфигурации частей тела (цилиндрическая — плеча, коническая — голени, шаровидная — головы и т.п.); развития мускулатуры, жировой клетчатки.

Различают следующие основные типы бинтовых повязок: круговую (циркулярную), спиральную (восходящую и нисходящую), ползучую (змеевидную), крестообразную (восьмиобразную), сложные перекрещивающиеся повязки, колосовидную, сходящуюся или расходящуюся (черепашью), возвращающуюся, пращевидную, Т-образную. Часто прибегают к комбинированию различных типов бинтования. Так, круговая повязка стопы легко смещается без подкрепления ее восьмиобразными ходами на голень с перекрестом над голеностопным суставом.

Круговая (циркулярная) повязка изолированно применяется редко, однако она составляет начало и конец почти всех повязок. Головку бинта немного распускают, начало бинта фиксируют большим пальцем одной руки. Затем другой рукой начинают раскатывать бинт, последовательно закрывая подлежащие туры



Спиральная повязка. Восходящая спиральная повязка начинается наложением 2—3 туров циркулярной, затем туры ведут косо от периферии к центру так, что каждый последующий ход бинта прикрывает предыдущий на $\frac{1}{2}$; или $\frac{2}{3}$ его ширины. В результате образуется спираль, прикрывающая тело на значительном участке



Если повязка накладывается сверху вниз, то она называется нисходящей. На частях тела, имеющих цилиндрическую форму (плечо, нижняя треть голени, грудь), повязка лежит ровно и плотно. Там же, где цилиндрическая форма сменяется конической (средняя треть голени, предплечье), туры такой спиральной повязки прилегают неплотно, образуя карманы и складки. В этом случае накладывают спиральную повязку с перегибами. Туры бинта ведут более косо, чем при обычной восходящей спиральной повязке. Большим пальцем одной руки фиксируют нижний край бинта, его перегибают на себя и укладывают под углом 45° так, что верхний край становится нижним. Перегибы делают по одной линии, в стороне от места повреждения. Чем более выражена конусность бинтуемой части тела, тем под большим углом делают перегибы. *Ползучую (змеевидную) повязку* накладывают в тех случаях, когда необходимо быстро закрепить перевязочный материал на значительном протяжении конечности. Начавшись циркулярными турами, повязка идет винтообразно, причем туры бинта не соприкасаются и между ними остаются промежутки



Крестообразной (восьмиобразной) называют повязку, при которой ходы бинта перекрещиваются в одном месте (над областью повреждения) и напоминают цифру «8»



Повязку накладывают на части тела неправильной формы (верхняя половина грудной клетки, затылок, промежность, голеностопный сустав, кисть). Если в этой повязке туры бинта, перекрещиваясь, не полностью закрывают друг друга, то вид ее напоминает колос и сама она называется колосовидной. Эту повязку накладывают на область плечевого, тазобедренного сустава, т.е. в местах, где плотное и равномерное наложение других повязок практически невозможно.

Сложные перекрещивающиеся повязки. К ним относится повязка Дезо.



Для полноценной повязки Дезо требуется не меньше трех широких марлевых бинтов. Для большей прочности ее можно смазать крахмальным клейстером или клеолом. При бинтовании одним бинтом с однократным выполнением туров повязка надежно фиксирует конечность только в том случае, если выполнена гипсовым бинтом.

Сходящаяся или расходящаяся (черепашья) повязка накладывается на область коленного и локтевого суставов.



Возвращающуюся повязку накладывают на округлых или сводообразные поверхности (голову, кисть, стопу, культю конечности).



Пращевидную повязку накладывают при ограниченных повреждениях выступающих частей головы (подбородок, нос, затылок).



Т-образная повязка состоит из ленты бинта, к середине которой пришито (или перекинута через нее) начало другого бинта.



Вариантом Т-образной повязки является спиральная повязка на грудную клетку



Эластичное бинтование нижних конечностей проводят для компрессии поверхностных вен при их варикозном расширении и других заболеваниях. Этим достигаются усиление кровотока по глубоким венам голени и бедра, улучшение гемоциркуляции, предупреждение тромбозов. Предварительно больного укладывают с приподнятыми ногами для спадения вен и уменьшения отеков. Бинтуют эластичным трикотажным бинтом, начиная от основания пальцев. Одной рукой удерживают начало бинта, а другой катят его, все время умеренно и равномерно натягивая и на $\frac{2}{3}$ перекрывая предыдущий виток. Нужно следить за тем, чтобы были закрыты все поверхности, в т.ч. голеностопный и коленный суставы, и бинт не образовывал складок. Эластичное бинтование осуществляется как простая спиральная повязка без перегибов, т.к. благодаря эластичности бинта он хорошо моделируется по поверхности, равномерно и плотно охватывая конечность. Повязка завершается в верхней трети бедра несколькими циркулярными турами, которые фиксируют между собой булавкой. Эластичный бинт можно стирать и использовать многократно, при этом его эластичность не утрачивается.



Тейпинг — повязка, применяемая для лечения свежих и застарелых повреждений мышц, сухожилий, связок конечностей и для профилактики повторных травм суставов. Наиболее распространена в спортивной медицине. Цель повязки — обеспечить стабильность положения поврежденного сегмента, препятствовать движениям, которые могут отрицательно на него воздействовать, не нарушая при этом его функции. В результате повторных травм связки нередко становятся слабыми, удлиняются. В этих случаях тейпинг — прекрасное средство, обеспечивающее суставу стабильность. При свежей травме, особенно при наличии кровоточащей раны и значительного отека, лучше прибегнуть к эластичному бинтованию конечности. Накладывать повязку в профилактических целях на здоровые суставы

нецелесообразно, поскольку она в определенной степени препятствует движениям ноги и увеличивается риск получения травмы. Тейпинг не следует применять больше нескольких дней, т.к. с течением времени повязка теряет свою эффективность. При продолжительном ношении повязки непосредственно на коже возможно раздражение кожи, которое может усилиться в результате действия пота, трения об одежду, попадания возбудителей инфекции, аллергии. Поэтому при наложении повязки более чем на несколько часов используют предохранительную прокладку.

Для тейпинга применяют неэластичные и эластичные ленты. Неэластичная лента шириной 3,75 и 5 см перфорирована и легко отрывается в нужном месте. Эластичные ленты более податливы, плотнее прилегают к телу, ширина их 2,5 и 5 см. Эластичный клеевой бинт (эластопласт) удерживается особенно прочно. Эластичный самодержащийся бинт (кобан) изготовлен из истканых полистироловых волокон с двойной плотностью нитей. Повязка из бинта-кобана мягкая, эластичная, занимает мало места и в то же время надежно фиксирует сустав. Прилипая к коже, кобан не вызывает раздражения, а после намокания быстро высыхает. Эти бинты можно применять и для наложения обычных фиксирующих повязок.

Перед наложением повязки волосы надо остричь, кожу очистить, желательно предварительно нанести клеевой аэрозоль. Из-за механической подвижности кожи иногда бывает трудно правильно наложить ленту на травмированный участок. Ленту следует накладывать поверх суставов, где сдвиги кожи происходят в основном в одном направлении (например, по обе стороны коленного, голеностопного сустава, на суставы запястья, пальцев). Здесь тейпинг может обеспечить достаточно хорошую фиксацию суставов, не нарушая их функции



Косыночные повязки. Косынка — треугольный кусок материи; длинная сторона его называется основанием, угол, лежащий против нее, — верхушкой, другие два угла — концами. Может быть использован квадратный кусок ткани, сложенный по диагонали. Применяют косыночные повязки при оказании первой помощи, а в больничных условиях — для подвешивания руки.



Повязки с трубчатым бинтом предназначены для фиксации перевязочного материала. Они экономят перевязочный материал, время при наложении повязок, не препятствуют аэрации участка тела, на который накладывается повязка. Трубчатый медицинский бинт представляет собой трикотажный рукав, изготовленный из вискозного полотна в виде редкой нераспускающейся эластичной сетки. Он выпускается в рулонах, номер бинта означает ширину рукава в сантиметрах. Кусок бинта нужной длины отрезают от рулона и надевают поверх наложенной марлевой повязки. Бинт №5 предназначен для фиксации повязки на верхних и нижних конечностях. Бинт №9 можно накладывать на голову и ягодичную область. Эластичные сетчато-трубчатые медицинские бинты (растяжимость до 800%) относятся к типу тэпермат (трикотажный эластичный перевязочный материал); изготовлены из эластомерной нити, оплетенной синтетическими волокнами и хлопчатобумажной пряжей. Бинты выпускают семи номеров с шириной рукава в свободном состоянии от 10 до 75 мм. Перед наложением сетчато-трубчатой повязки рану предварительно закрывают стерильной салфеткой или ватно-марлевой подушечкой. После наложения на рану салфетки кусок трикотажного рукава собирают гармошкой, растягивают максимально по диаметру и надевают как чулок. Поскольку трубчатые бинты при растяжении в ширину укорачиваются, отрезанный кусок должен быть в 2—3 раза длиннее предполагаемой повязки. Сетку расправляют, растягивая по длине или винтообразно, а ее концы проксимальнее и дистальнее пораженного участка выворачивают наизнанку, накладывают поверх первого слоя. В таком виде сетка держится более плотно. Подобным образом накладывают повязки на конечности



Лейкопластырные повязки. Перевязочный материал фиксируется полосками лейкопластыря, которые приклеиваются к окружающей здоровой коже. Не следует заклеивать даже мелкие ранки и царапины без марлевой подкладки, т.к. под пластырем ранка мокнет и может нагноиться. При небольших ранах применяется бактерицидный пластырь — лейкопластырь с узкой полоской марли, пропитанной антисептиками. Для

закрытия больших поверхностей может быть использован лейкопластырь в виде перфорированных листов, из которых вырезается повязка нужных размеров и формы. Наличие перфораций уменьшает «парниковое» действие такой повязки на кожу. Лейкопластырь используют для сближения краев гранулирующих ран, что может заметно сократить сроки заживления. В детской травматологии применяется лейкопластырное вытяжение при переломах костей конечностей. Укрепляющие лейкопластырные повязки имеют недостатки: раздражение кожи под пластырем, особенно при частых перевязках, трудности применения их на волосистых частях тела, отставание пластыря от кожи при промокании повязки раневым отделяемым.

Клеевые повязки фиксируют на коже с помощью клеящих веществ (клеола, резинового клея, коллодия и др.). При наложении клеоловой повязки кожу вокруг стерильной марлевой салфетки смазывают клеолом и после того, как он подсохнет, поверхность прикрывают растянутым куском марли (бинта) и плотно его прижимают. Края марли, не прилипшие к коже, подрезают ножницами. Клеоловая повязка не стягивает и не раздражает кожу, поэтому ее можно применять многократно. Перед повторным наложением такой повязки кожу следует очистить тампоном, смоченным в эфире. Клеоловые повязки удобны и потому, что приклеивание ее краев по всему периметру раны к коже препятствует смещению перевязочного материала. Вместо клеола можно применять резиновый клей. Он удобен для повязок у детей, т.к. такая повязка не промокает, например, при попадании на нее мочи. Коллодийная повязка используется редко, т.к. она не очень прочная, нередко вызывает дерматиты при повторном применении.

Повязки с пленкообразующими веществами находят все более широкое применение. Такая повязка не требует дополнительной фиксации к поверхности тела. Применяют разнообразные полимеризующиеся на воздухе вещества, в состав которых входят антисептики. Для наложения пленочной повязки используют клей БФ-6, фурапласт, церигель, жидкость Новикова, лифузол.

Аэрозоль полимера распыляют на рану и окружающую кожу с расстояния 15—20 см от покрываемой поверхности. Через несколько секунд после испарения растворителя образуется защитная, непроницаемая для жидкости, прозрачная пленка. Распыление повторяют 3—5 раз с интервалами, необходимыми для полного высыхания предыдущего слоя. Такие повязки показаны только при отсутствии значительного количества раневого отделяемого. Операционные раны, зашитые наглухо, покрывают защитной пленкой без всякой другой повязки. Если раневое отделяемое отслаивает пленку в виде пузырей, то они могут быть срезаны, экссудат удален и распыление полимера произведено вновь. Через 7—10 дней пленка сама отходит от кожи. При необходимости снять ее раньше пользуются тампонами, смоченными эфиром.

Преимущества пленочных покрытий — эластичность при одновременной прочности, возможность наблюдения через пленку за состоянием раны, отсутствие неприятных ощущений стягивания, раздражения кожи, непроницаемость для проникновения возбудителей вторичной инфекции.

Повязки с применением других перевязочных средств. К ним относятся повязки, накладываемые с помощью индивидуального перевязочного пакета, контурные повязки, фланелевые корсеты, бандажи и др.

Индивидуальный перевязочный пакет состоит из стерильных марлевых бинтов и двух марлевых подушечек, одна из которых свободно перемещается по бинту. Повязка упакована в прорезиненную, пергаментную или пластиковую оболочку и снабжена

безопасными булавками для закрепления бинта. Применяется как средство первой помощи. Надорвав оболочку, достают перевязочный материал так, чтобы не коснуться руками той стороны, которая будет наложена на рану. Взяв в левую руку конец бинта, накладывают подушечку на рану и закрепляют турами бинта. При сквозном ранении одну подушечку накладывают на входное, другую — на выходное отверстие раны. Конец бинта закрепляют булавкой.

Контурные повязки делают по специальным выкройкам для различных частей тела из треугольных или прямоугольных кусков материи. например, контурная повязка на лицо состоит из нескольких полосок, прикрывающих область губ, носа, лоб, или из сплошного куска ткани с завязками и отверстиями для глаз, носа, рта. Для кисти повязку выкраивают из четырехугольного лоскута с отверстиями для пальцев.

Фланелевые и эластичные корсеты и бандажи применяют для укрепления передней брюшной стенки при слабости мышц после лапаротомий, при угрозе эвентрации, повышении внутрибрюшного давления, беременности, больших грыжах живота, в некоторых других случаях. Как правило, их изготавливают по индивидуальным выкройкам в бандажных мастерских. Завязки и застежки позволяют подогнать изделие точно по размеру. В качестве упрощенного варианта бандажа может быть использовано полотняное, сложенное в 2—4 раза полотенце с пришитыми по краям завязками. Поочередно завязывая тесемки, добиваются равномерного давления на брюшную стенку. Завязки могут быть заменены безопасными булавками. Следует следить, чтобы тесемки были в стороне от операционной раны и не располагались на спине. т.к. это может причинять дополнительные неудобства.

Суспензорий применяется для удержания перевязочных средств на мошонке, после операций на яичках, грыжесечений, при варикозном расширении вен семенного канатика.

Медицинские бюстгальтеры широко используются как эффективное средство личной гигиены у кормящих женщин, предупреждающее отвисание молочных желез, улучшающее лимфо - и кровообращение, препятствующее лактостазу и развитию мастита. Их шьют из льняной ткани с застежкой спереди и подбирают строго по размеру.

Для предотвращения выхода грыж применяют полоты различных конструкций, которые делают по размерам грыжевых ворот и крепят на специальных поясах. После вправления грыжевого выпячивания в брюшную полость пелот закрывает грыжевые ворота (подобно пробке). Пелоты изготавливают строго индивидуально в бандажных мастерских.

Косыночные повязки

Данный вид повязок накладывается с помощью косынки из куска ткани в виде прямоугольного треугольника. Наиболее длинная сторона косынки называется основанием, угол, лежащий против нее, - верхушкой, другие два угла – концами. Закрепление повязки, или фиксация, осуществляется английской булавкой.

Выпускаемая промышленностью стандартная косынка для оказания первой помощи имеет размер 135 x 100 x 100 см, будучи спрессованной в виде кубика, -5х3х3 см. косынка (или несколько косынок) позволяет наложить повязку на любую область тела.

Использование косынок для перевязок при оказании первой помощи обусловлено простотой таких повязок и тем, что их можно легко и быстро наложить. Применяют их и в клинической практике, в тех случаях, когда необходимо обеспечить временную иммобилизацию. Такие повязки можно использовать и как самостоятельный метод иммобилизации. Их накладывают непосредственно на тело или поверх прикрывающей повязки.

Повязки на голову

Малая чепцовая повязка.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку накладывают на голову основанием на лоб и верхушкой спускающейся на затылок.
3. Оба свободных конца проводят назад, перекрещивают под затылочным бугром, прижимая верхушку, и завязывают на лбу узлом.
4. Затем верхушку косынки, заворачивают вверх и укрепляют с помощью булавки.

Треугольный затылочно-лобный чепчик.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку накладывают основанием на затылочную область, а вершина ее свисает спереди в области носа.
3. Концы обводят вокруг головы и завязывают спереди.
4. Вершину косынки заворачивают кверху над узлом и фиксируют булавкой.

Галстучная повязка Майора на глаз.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку, сложенную в виде полоски, накладывают на поврежденный глаз.
3. Нижний конец ее проводят через лицо, под ухом и на затылке перекрещивают с верхним.
4. Оба конца косынки возвращают на лицевую поверхность и завязывают узлом.

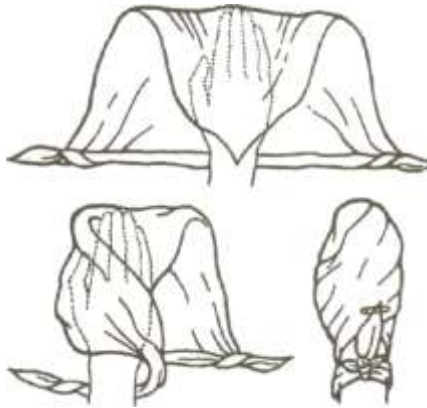
Повязки на верхнюю конечность

Косыночная повязка на кисть.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку расстилают на столе, ее основание подворачивают один или два раза так, чтобы получился прочный пояс шириной 1-2 см.

3. Затем на косынку помещают перевязываемую руку ладонью вверх или вниз (в зависимости от локализации повреждения), так чтобы пальцы были направлены к вершине косынки.
4. Верхний угол косынки откидывают, накрывая кисть. При правильном положении руки он должен находиться за лучезапястным суставом.
5. Концы косынки заворачивают и перекрещивают выше лучезапястного сустава, закрывая руку с обеих сторон, обматывают вокруг руки и завязывают узлом.
6. Для укрепления повязки можно немного вытянуть из под узла вершину косынки и связать ее с одним из свободных концов. При такой повязке можно оставить свободным большой палец, расширяя тем самым функциональные возможности верхней конечности.



Косыночная повязка на локоть.

Последовательность действий:

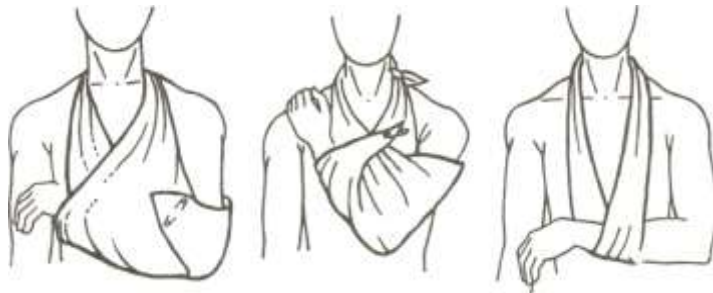
1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Верхнюю конечность располагают на расстеленной на столе косынке так, чтобы предплечье находилось на основании косынки, а верхушка – на задней поверхности плеча.
3. Свободные концы косынки заворачивают на ладонную поверхность предплечья, перекрещивая на уровне локтевого сгиба.
4. Далее их оборачивают вокруг плеча, прижимая верхушку косынки, и завязывают узлом над локтевым сгибом. Узлы на самом локтевом сгибе могут вызвать появление отеков.



Косыночная повязка, поддерживающая верхнюю конечность.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Поврежденную конечность сгибают в локте под прямым углом и помещают чуть ниже середины косынки, верхушка которой направлена в сторону локтя, а основание располагается на груди по оси тела.
3. Нижний угол косынки огибает предплечье и его поднимают наискось вверх к одноименному плечу.
4. Верхний угол поднимают к противоположному плечу.
5. Проверяют положение верхней конечности, и оба конца завязывают узлом сзади на шее.
6. Верхушка косынки огибает локоть и фиксируется спереди с помощью булавки



Галстучная повязка Майора на кисть

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку расстилают на столе и свертывают, начиная от вершины, в полосу шириной 5-6 см, напоминающую галстук.
3. Полоску накладывают на ладонь или тыльную сторону кисти, свободные концы перекрещивают на противоположной стороне, обматывают вокруг запястья и завязывают узлом.



Повязки на нижнюю конечность

Косыночная повязка на стопу

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Нижняя конечность ставится на косынку, пальцами в сторону ее верхушки, которой накрывают верхнюю поверхность стопы.

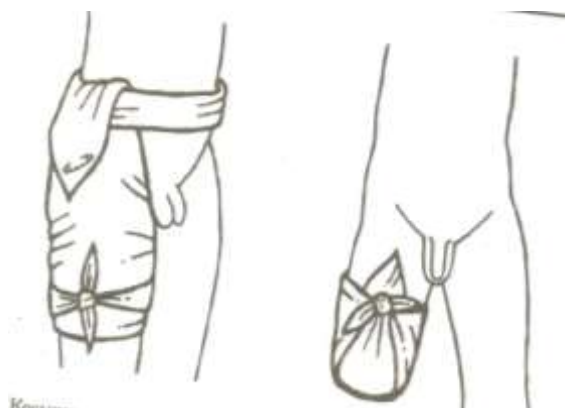


3. Оба свободных конца косынки перекрещивают на передней поверхности голеностопного сустава, обвивают ногу и завязывают спереди узлом.

Косыночная повязка на бедро

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Первую накладывают с наружной поверхности бедра верхушкой, направленной вверх.
3. Оба свободных конца обвивают бедро, их перекрещивают на его внутренней поверхности и завязывают снаружи узлом.
4. Другую косынку формируют в виде полоски и накладывают поясом по верхнему краю подвздошных костей.
5. Верхушку первой косынки пропускают под этот пояс, отгибают вниз и фиксируют булавкой на внешней стороне бедра.



Косыночная повязка на культю бедра

Последовательность действий:

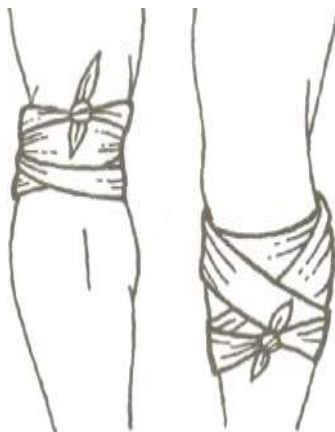
1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку накладывают на заднюю поверхность культи верхушкой вниз.
3. Верхушку косынки поднимают, огибая культю, вверх на переднюю поверхность бедра.

4. Свободными концами косынки обвивают бедро, их перекрещивают сзади и завязывают спереди, прижимая верхушку.

Галстучная повязка Майора на стопу, голень, колено или бедро

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Середину свернутой косынки всегда располагают над поврежденным местом.
3. Свободные концы перекрещивают так, чтобы повязка не смогла соскользнуть, и завязывают их на передней поверхности нижней конечности.

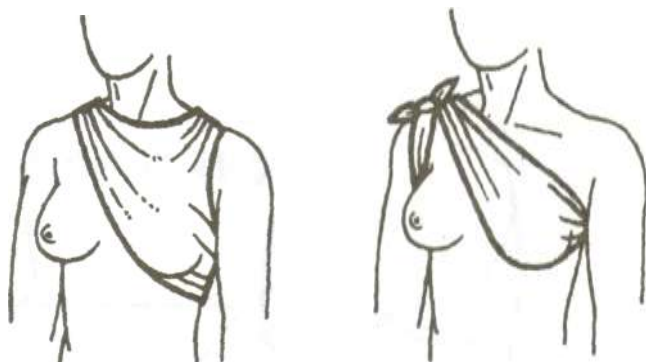


Повязки на туловище

Треугольная повязка на молочную железу

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Основание косынки проводят косо под грудной железой и завязывают концами на здоровом плече и задней поверхности грудной клетки.
3. Вершина косынки, подхватывая молочную железу, уходит через надплечье на заднюю поверхность грудной клетки, где и фиксируется к концам косынки.

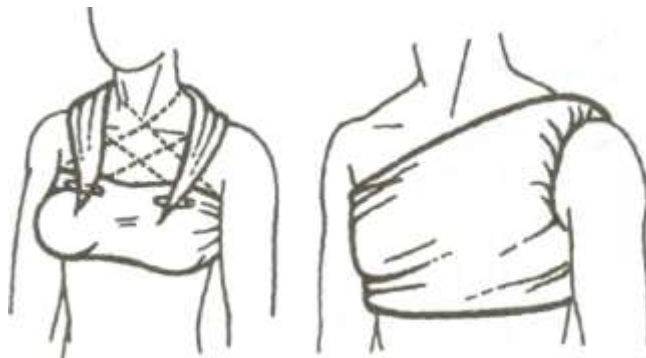


Косыночная повязка на обе молочные железы

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Формируется из двух отдельных косыночных повязок или из квадратного платка, сложенного соответствующим образом.

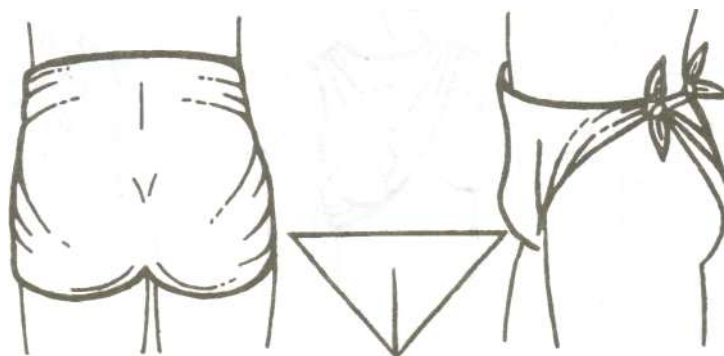
3. Края платка или верхушку косынки подворачивают, и широкую полосу накладывают сразу на обе молочные железы.
4. Концы проводят через подмышечные впадины на спину, перекрещивают и через плечи спускают вперед, где закрепляют булавками.



Косыночная повязка на промежность

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Косынку накладывают так, чтобы основание проходило по пояснице.
3. Концы косынки завязывают спереди.
4. Верхушку проводят между ног вверх и крепят к этому узлу, тем самым плотно прикрываются ягодицы.



Аналогичным образом, но спереди накладывается косынка при повязках, закрывающих переднюю часть промежности и наружные половые органы.

Галстучная повязка Майора на промежность

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Формируется из двух косынок, сложенных в полосы.
3. Одну из них обвязывают вокруг пояса.
4. Другую полосу крепят верхушкой к пояску, концы проводят по промежности, перекрещивают и подвязывают сзади к пояску.



Пращевидные повязки

Для удержания перевязочного материала на нижней конечности, подбородке, затылочной области рекомендуется использование пращи, что является наиболее простым и целесообразным приемом. Под пращой понимают разрезанную с 2 сторон полоску марли (бинта) или любой мягкой материи.

Пращевидная повязка на нос

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. От бинта отрывают полоску длиной от 75 см до 1 м.
3. Концы этой полосы разрезают для получения четырех завязок и неразрезанной середины длиной около 15 см.
4. Рану на носу закрывают стерильной салфеткой.
5. Поверх салфетки поперек лица накладывают среднюю часть пращи.
6. Завязки перекрещивают в области скул. Верхнюю опускают, проводят под ушами и завязывают узлом на шее. Нижние завязки поднимают вверх

Пращевидная повязка на подбородок

Последовательность действий:

1. Для этой повязки необходим более длинный кусок бинта – около 1,2 – 1,5 м.
2. Длина неразрезанной середины, которая должна скрывать перевязочный материал на ране, также в пределах 15-20 см.
3. После укрывания серединой пращи раны завязки перекрещивают таким образом, чтобы нижние завязки поднялись вертикально вверх впереди ушей на темя, где их связывают узлом.
4. Верхние завязки ведут в горизонтальном направлении вдоль нижней челюсти на затылок, перекрещивают и направляют на лоб, где связывают между собой.

Пращевидная повязка на затылок

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Приготовление пращи для этой повязки требует более широкого куска бинта, не менее 20 см, и длиной около 1 м.
3. Концы бинта после перекреста завязывают на лбу и под подбородком.

Пращевидная повязка на темя

Последовательность действий:

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Середину пращи, как и в других повязках, накладывают на перевязочный материал.
3. Закрепляют завязками после перекрещивания на затылке и под подбородком. Эта повязка также требует широкого куска бинта.

Т – образная повязка на промежность

Последовательность действий:

1. Накладывают пояс – «держалку», которой завязывают вокруг талии. Прочной «держалка» получается из 2-3 горизонтальных туров бинта.
2. К пояску посередине привязывают начало бинта и, проводя его через промежность, выводят под пояс к противоположной стороне.
3. Сделав петлю вокруг пояса, бинт направляют прежним путем обратно.
4. Вертикальные возвращающиеся туры бинта позволяют надежно закрепить перевязочный материал в промежности.

У мужчин при бинтовании заднего прохода вертикальные туры бинта спереди перекидывают через пояс не в одном месте, а в двух, оставляя половые органы а в промежутке между расходящимися спереди от заднего прохода вертикальными ходами бинта.

Разновидностью Т-образной повязки является *суспензорий для мошонки*

Последовательность действий:

1. Из широкого бинта делают пращу.
2. Мошонку помещают в среднюю часть пращи.
3. Задние и передние завязки объединяют и, проводя по лобку, привязывают к пояску спереди.

Повязки из трикотажных бинтов

Большое распространение получили эластичные сетчато-трубчатые и трикотажные трубчатые бинты. Эти бинты представляют собой трубку, которая благодаря эластичности материала растягивается до нужной ширины, а затем надевается на нужную часть тела, предварительно покрытую, если есть рана, стерильным перевязочным материалом.

Сетчато-трубчатые бинты «Рэтэласт» изготавливают из резиновых и хлопчатобумажных нитей в виде сетчатой трубки длиной 5-20 м.

Трубка размера № 1 предназначена для пальцев взрослых, кистей и стоп детей; размер № 2 – для кисти, предплечья, стопы, локтевого и голеностопного суставов взрослых, плеча, голени, коленного сустава детей; размер № 3-4 – для предплечья, плеча, голени, коленного сустава взрослых, бедра, головы детей; № 4-5- для головы и бедра взрослых, груди, живота, таза и промежности детей; №7- для груди, живота, таза промежности взрослых.

Специальные повязки

Для перевязки обширных участков тела выпускаются контурные бязевые повязки. Они снабжены тесемками и упакованы в пачки по два комплекта.

При оказании первой медицинской помощи и отсутствии перевязочных средств используют подручные средства. Особенно удобны повязки по Маштафарову. Их

накладывают, используя куски ткани, простыни различной величины, концы которых надрезают для получения тесемок.

Сначала на рану накладывают стерильный материал, а затем куском приготовленной ткани с завязками закрепляют повязку.

Наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки.

Показания: острый пневмоторакс, закрытый пневмоторакс (при транспортировке может перейти в открытый).

Оснащение: раствор антисептика; стерильные салфетки; воздухонепроницаемая ткань (клеенка, целлофан, ИПП); ватно-марлевые подушечки ИПП; бинт.

Последовательность действий:

1. Придать пациенту полусидячее положение лицом к себе, успокоить.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Осмотреть место травмы, убедиться в наличие открытого пневмоторакса.
4. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции.
5. Обработать кожу вокруг раны раствором антисептика.
6. Наложить на рану стерильные салфетки или подушечки индивидуального пакета.
7. Зафиксировать перевязочный материал двумя – тремя турами бинта.
8. Положить сверху воздухонепроницаемую ткань или прорезиненную внутреннюю оболочку ИПП.
9. Закрепить циркулярными турами бинта.
10. Закончить бинтование, конец бинта приколоть булавкой или завязать на узел.

Примечание. Убедиться в эффективности повязки: повязка сухая, не промокает, хорошо держится, подсоса воздуха в плевральную полость нет.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ АУДИТОРНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ ПО ТЕМЕ 2.1.«КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВЯЗОК. ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК»

В результате изучения темы студент должен:

- уметь накладывать основные виды повязок

Оснащение рабочего места: косынки, бинты, ножницы, эластичные бинты, сетчато-трубчатые бинты.

Учебная карта самостоятельной работы студентов

№	Этапы работы	Способ выполнения	Вопросы для самоконтроля
1	Организация рабочего места	Приготовить дневники, записать тему, цели занятия, приготовить перевязочный материал, фантомы	
2	Изучить правила наложения мягких повязок	Студенты отрабатывают друг на друге правила наложения повязок, используя материал учебного пособия	Перечислить основные правила
3	Отработать наложение косыночных повязок	Студенты отрабатывают друг на друге правила наложения косыночных повязок	В каких случаях применяются косыночные повязки?
4	Отработать наложение пращевидных повязок	Студенты отрабатывают друг на друге правила наложения пращевидных повязок	В каких случаях применяются пращевидные повязки?
5	Отработать наложение Т-образных повязок	Студенты отрабатывают на фантоме правила наложения Т-образных повязок	В каких случаях применяются Т-образные повязки?
6	Промежуточный контроль	Выполнить зачетные манипуляции	
7	Окончание занятия	Убрать рабочее место	

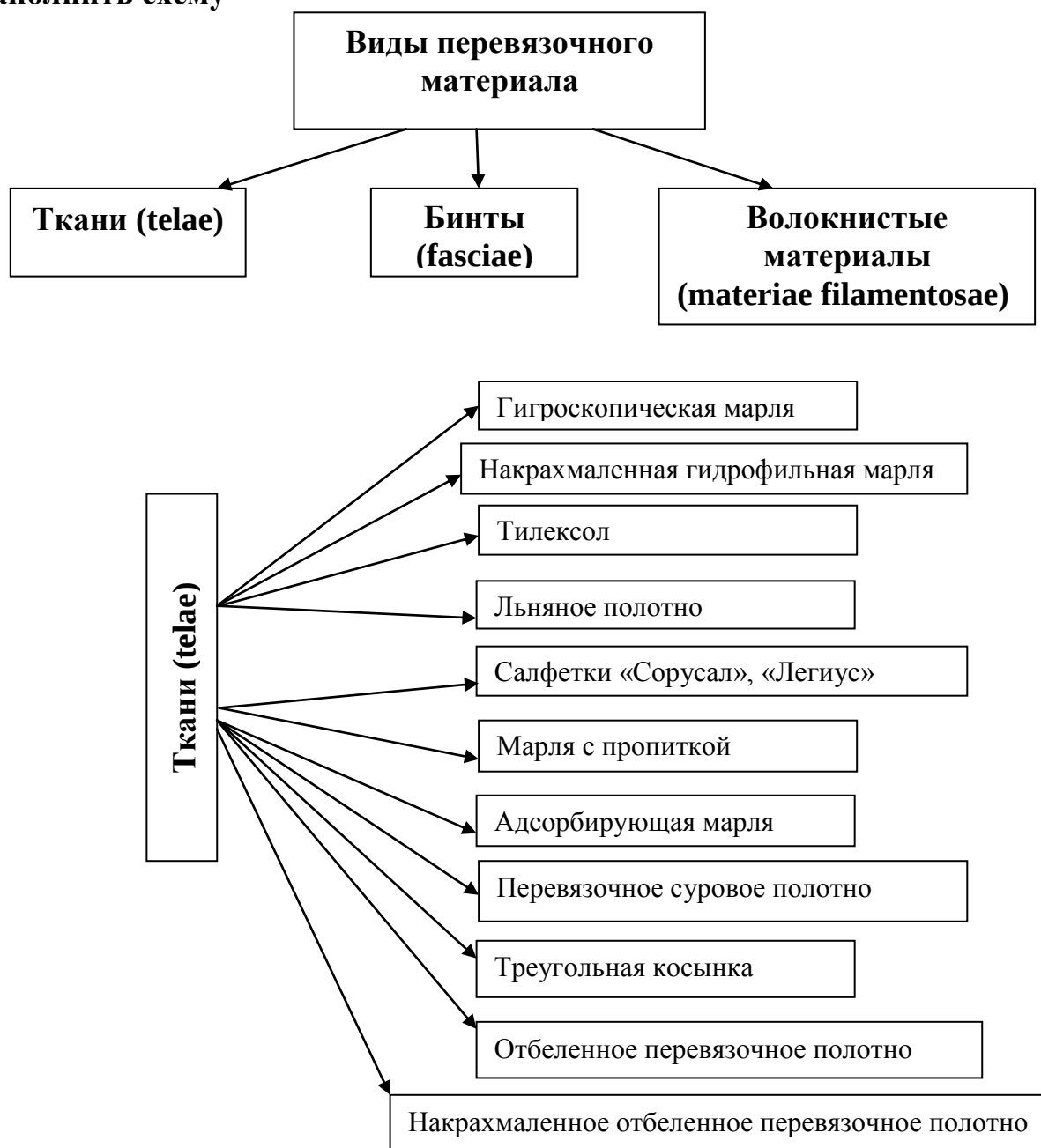
Контрольные вопросы для итогового контроля по теме

1.2. «Инфекционный контроль перевязочного кабинета. Профилактика ВБИ в условиях перевязочного кабинета»:

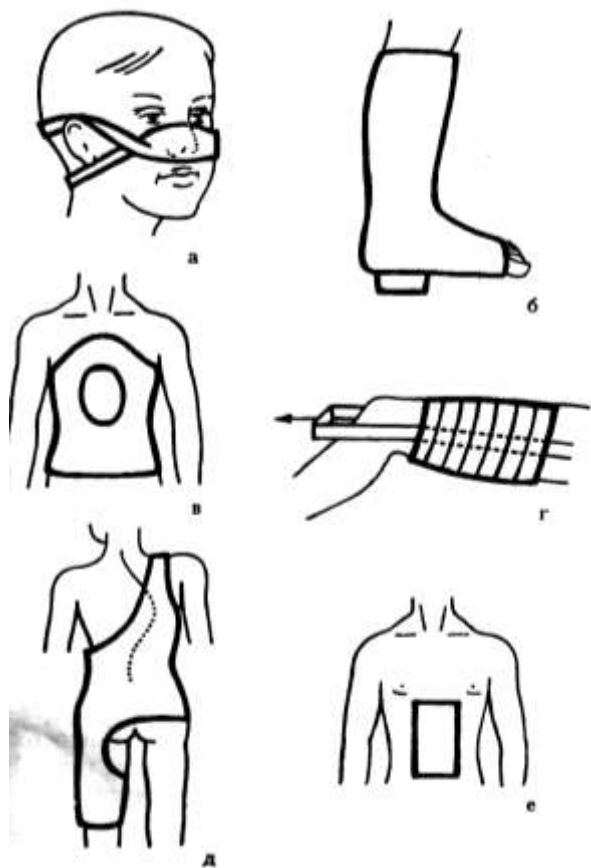
1. Перечислить обязанности медицинской сестры перевязочного кабинета.
2. Перечислить дез. растворы для работы перевязочного кабинета
3. Назвать правила укладки биксов
4. Назвать особенности проведения уборок перевязочного кабинета
5. Назвать правила надевания стерильного халата
6. Назвать правила стерильных перчаток
7. Назвать правила накрывания стерильного стола

Задания для внеаудиторной самостоятельной работы студентов (эталоны ответов)

1. Заполнить схему



3. Подписать названия повязок



Виды повязок:

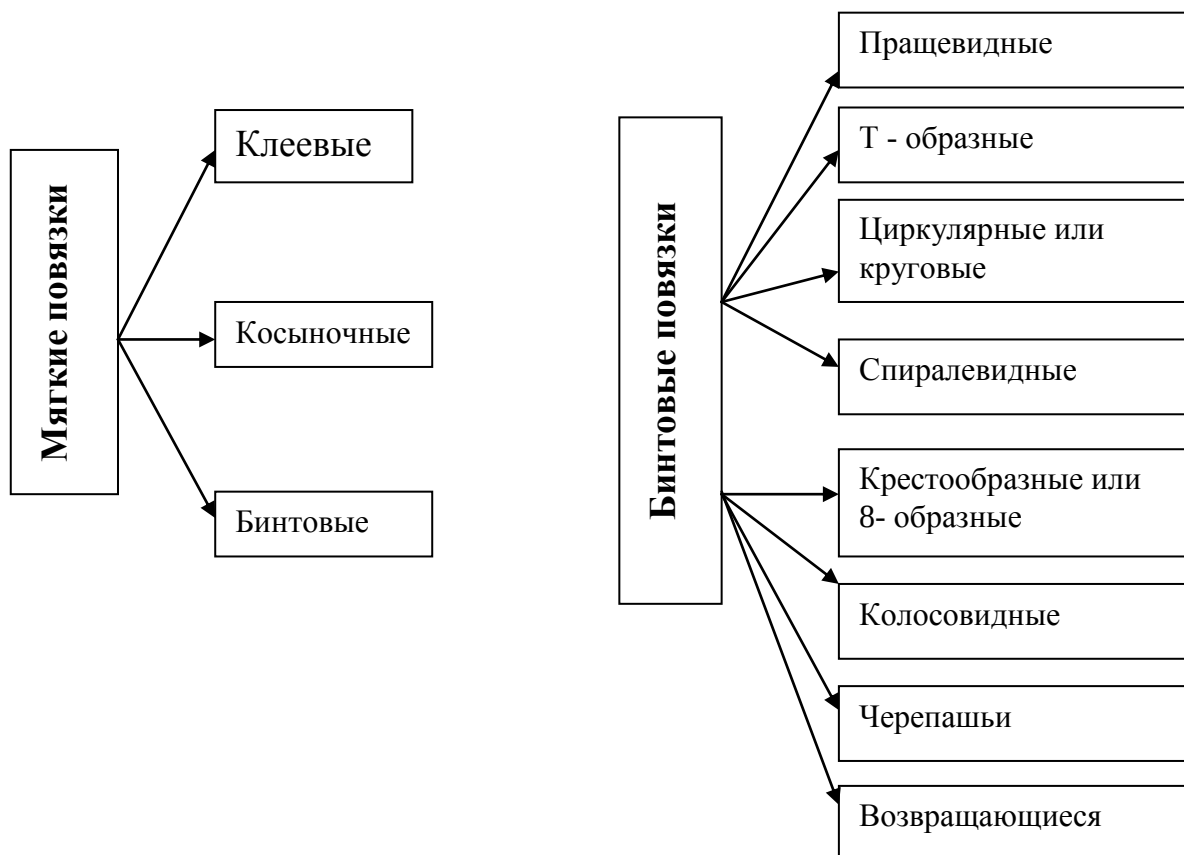
- а) Защитная
- б, в) Имobilизирующая
- г) С вытяжением
- д) Корригирующая
- е) Лекарственная

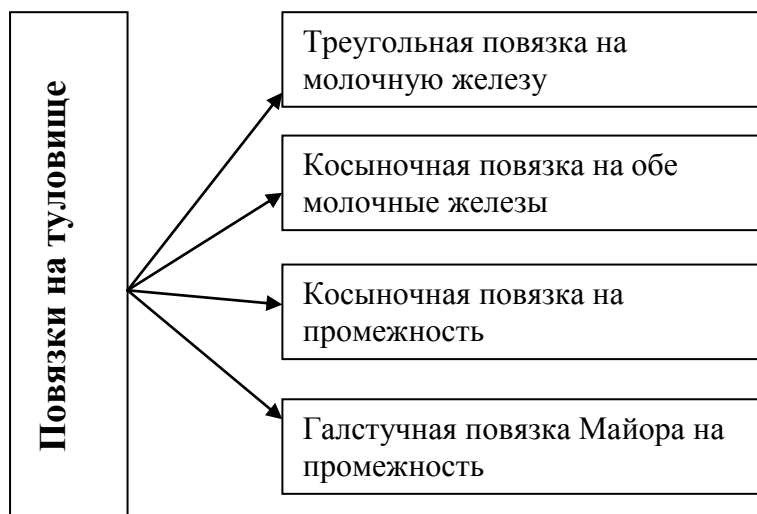
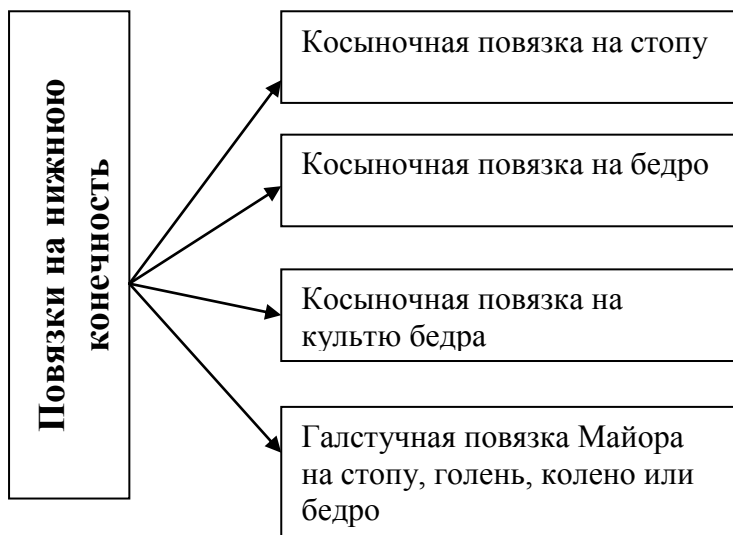
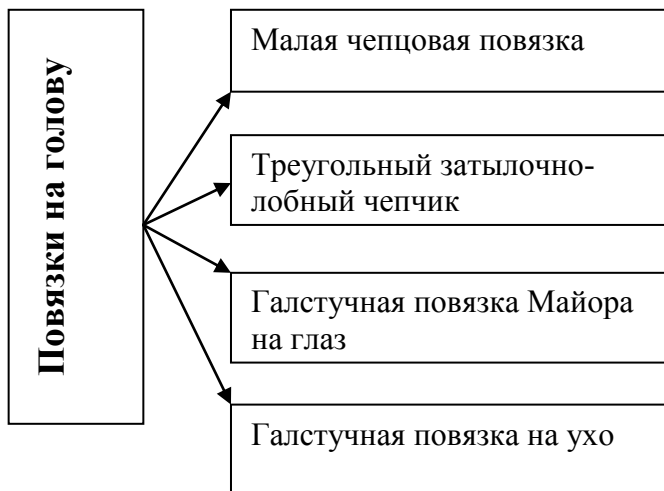
4. Определить виды повязок, опираясь на текст Гиппократ

5. Составить правила наложения повязок опираясь на текст Гиппократ

2. Заполнить таблицу
Виды повязок (Ф.Х. Кутушев)

По характеру и назначению	По способу закрепления перевязочного материала	По типу бинтования	По характеру и цели иммобилизации	Виды гипсовых повязок
1. Простая мягкая: – защитная; – лекарственная 2. Давящая (гемостатическая) 3. С вытяжением: - защитная - лекарственная 4. Иммобилизационная (обездвиживающая): - транспортная - лечебная 5. Корректирующая	1. Бинтовая 2. Укрепленная трикотажным трубчатым бинтом 3. Клеевая (клеоловая) 4. Коллодийная 5. Пластырная 6. Косыночная 7. Пращевидная 8. Т - образная	Круговая (циркулярная) Спиральная Ползучая 4. Перекрещивающаяся (крестообразная или восьмиобразная) 5. Колосовидная 6. Черепашья	1. Транспортная: - мягкие бинтовые - шинные с использованием стандартных и импровизированных шин - затвердевающие повязки - гипсовые шины 2. Лечебная: - шины при повреждении плеча, ключицы, пальцев - с дистракционно – компрессионными аппаратами - с установочными шинами и приспособлениями для постоянного вытяжения - затвердевающие (гипсовые, крахмальные, клеевые)	1. Лонгетно-циркулярная 2. Окончатая 3. Мостовая 4. Лонгетная 5. Гипсовый тугор 6. Гипсовый корсет 7. Гипсовая кровать





Тестовые задания

1. Десмургия – это учение о:

- Ранах
- Механических повреждениях
- **Повязках**

2. Виды повязок по способу закрепления перевязочного материала:

- **Клеевая**
- Спиральная
- Черепащья
- Пращевидная

3. Полоска ткани или кусок бинта, оба конца которых надрезаны продольно:

- Т-образная повязка
- **Пращевидная повязка**
- «чепец»

4. Потенциальная проблема пациента с клеоловой повязкой?

- **Раздражение кожи**
- Деформация тканей
- Выпадение волос
- Болевой синдром

5. Основной целью ухода медсестры за пациентом с бинтовой повязкой на конечности, является предупреждение:

- Нарушений двигательной функции
- Дефицита самоухода
- **Нарушений кровообращения**
- Нарушений терморегуляции

6. Перед наложением бинтовой повязки медсестра оценит:

- Температуру тела
- Частоту дыхания
- **Характер патологического процесса**
- Артериальное давление

7. К твердым повязкам относятся:

- **Гипсовая**
- Косыночная
- Давящая
- Клеевая

8. Какая повязка применяется при носовом кровотечении?

- Лейкопластырная
- **Пращевидная**
- «уздечка»
- Циркулярная

9. Виды мягких повязок по типу бинтования марлевым ленточным бинтом:

- Затвердевающая гипсовая
- Косыночная
- **Колосовидная**
- Лейкопластырная

10. При наложении бинтовой повязки на пальцы кисти больной жалуется на пульсирующую боль и похолодание пальцев кисти, это:

- Наложение повязки от края к периферии
- **Тугое наложение повязки**
- Нормальная реакция организма

11. При проникающих ранениях груди необходимо наложить:

- **Окклюзионную повязку**
- Мягкую гемостатическую повязку
- Мазевую повязку

ПОДПИСАТЬ ВИДЫ ПОВЯЗОК



1)



2)



3)



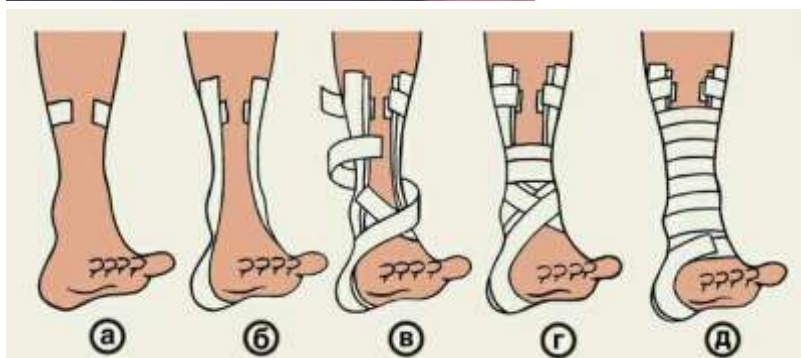
4)

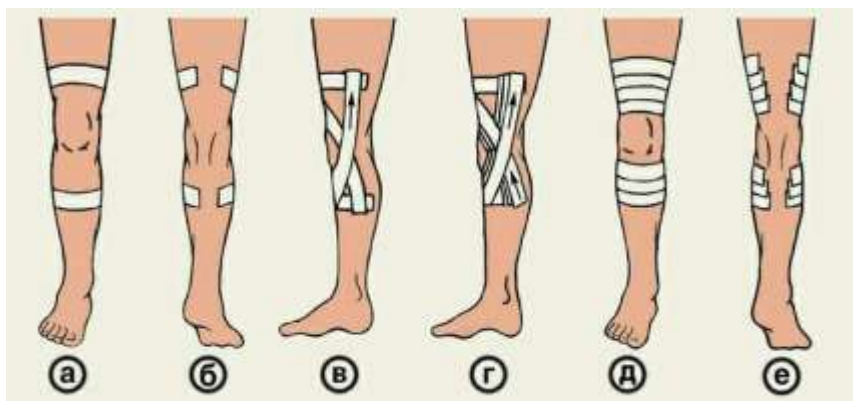


5)



6)





7)



8)



9)



10)



11)



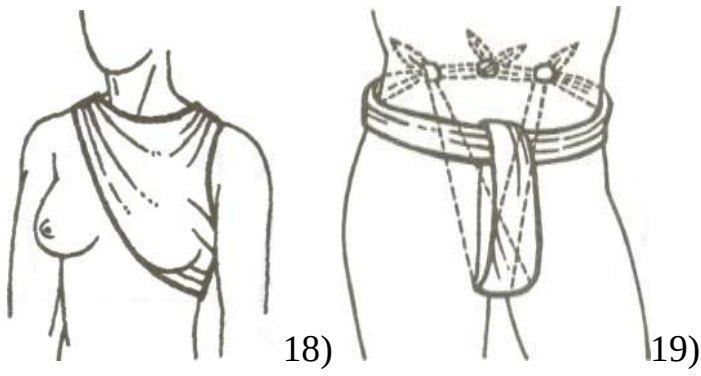
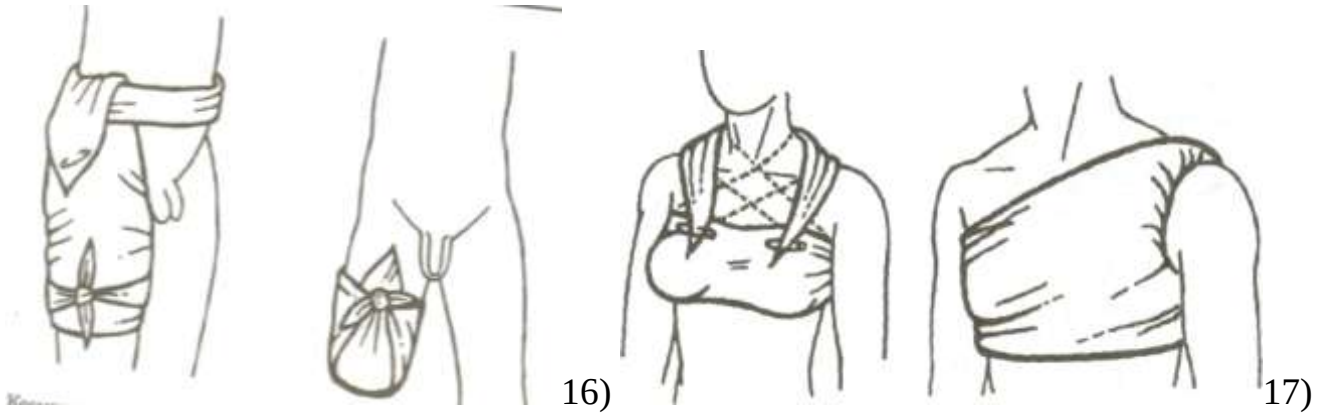
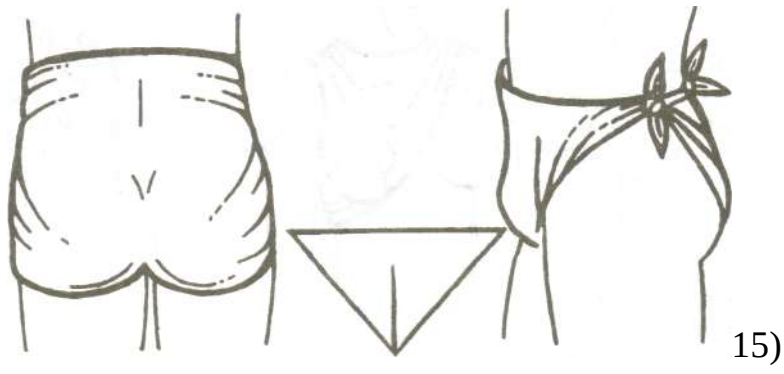
12)



13)



14)





21)



22)



23)

Эталоны ответов:

- 1) возвращающаяся повязка на стопу
- 2) пращевидная повязка на нос
- 3) пращевидная повязка на подбородок
- 4) Т-образная повязка
- 5) спиральная повязка на грудную клетку
- 6) эластичная повязка
- 7) тейпинг
- 8) косыночные повязки
- 9) косыночная повязка на кисть
- 10) косыночная повязка на локоть
- 11) галстучная повязка Майора голень, колено
- 12) галстучная повязка Майора на кисть
- 13) косыночная повязка на стопу
- 14) косыночная повязка, поддерживающая верхнюю конечность.
- 15) косыночная повязка на промежность
- 16) косыночная повязка на культю бедра
- 17) косыночная повязка на обе молочные железы
- 18) треугольная повязка на молочную железу
- 19) галстучная повязка Майора на промежность
- 20) крестообразная повязка
- 21) ползучая повязка
- 22) спиральная повязка
- 23) круговая повязка

Литература

Основная литература для студентов

1. Кузнецова В.С. Сестринское дело в хирургии – Ростов – на – Дону «Феникс», 2000г, 352с /Серия «Медицина для Вас»/.
2. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. – М.: АНМИ, 1999г, 440с
3. Юрохин А.П. Десмургия, 2-е издание, дополненное и исправленное – М.: Медицина, 1983г, 120с.
4. Нестеренко Ю.А. Хирургические болезни. Изд. 2-е, доп.- М.: Медицина, 1983. 459с.
5. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум – Ростов – на – Дону, «Феникс», 2002г, 480с
6. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии – Ростов – на – Дону, «Феникс», 2002г, 448с.
7. Барыкина Н.В. Травматология для мед. колледжей / Н.В. Барыкина. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2004. – 288с.
8. Безденежных И.С. Эпидемиология / И.С. Безденежных. – М.: Медицина, 1981. – 320с.

Дополнительная литература для студентов

1. Алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Учебно-методическое пособие /под редакцией В.В.Степанова.- Новосибирск : ОМО ОГУЗ «ГНОКБ»,2006.

Литература для преподавателя

1. Алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Учебно-методическое пособие /под редакцией В.В.Степанова.- Новосибирск: ОМО ОГУЗ «ГНОКБ»,2006
2. Юрохин А.П. Десмургия, 2-е издание, дополненное и исправленное – М.: Медицина, 1983г, 120с.
3. Барыкина Н.В. Травматология для мед. колледжей / Н.В. Барыкина. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2004. – 288с
4. Кузнецова В.С. Сестринское дело в хирургии – Ростов – на – Дону «Феникс», 2000г, 352с /Серия «Медицина для Вас»/.
5. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. – М.: АНМИ, 1999г, 440с

