

**Десмургія. Визначення.
Правила накладання та типи бинтових пов'язок.
Типові пов'язки на верхню кінцівку,
голову, шию, грудну клітку**

***Методичні вказівки до практичного заняття
та самостійної роботи студентів
3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Десмургія. Визначення.
Правила накладання та типи бинтових пов'язок.
Типові пов'язки на верхню кінцівку,
голову, шию, грудну клітку

Методичні вказівки до практичного заняття
та самостійної роботи студентів
3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"

Затверджен
о Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 1 від 20.01.2020.

Харкі
в
ХНМУ
2020

Десмургія. Визначення. Правила накладання та типи бинтових пов'язок. Типові пов'язки на верхню кінцівку, голову, шию, грудну клітку : метод. вказ. до практичного заняття та самостійної роботи студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 16 с.

Упорядники В. О. Сипливий
Г. Д. Петренко
А. Г. Гузь
О. Г. Петюнін
С. В. Грінченко
В. В. Доценко
В. І. Робак
В. О. Курбатов

ОБГРУНТУВАННЯ ТЕМИ

Хірургічні хвороби складають близько чверті усіх патологій. В основі хірургічної служби лежить оперативне втручання. Незалежно від спеціальності лікар повинен набути ряд компетентностей, пов'язаних з переливанням крові, підготовкою хворих до оперативних втручань, опіками, відмороженнями тощо. Десмургія, як розділ загальної хірургії, вивчає пов'язки, призначені для різної мети, головним чином для закріплення або утримання на необхідний термін перев'язувального матеріалу на рані або ділянці пошкодження. Знання десмургії необхідне лікарю будь-якого фаху для надання першої медичної допомоги потерпілим. У роботі відділень хірургічного профілю перев'язочні мають дуже велике значення. Тут неодноразово бувають майже всі хворі, що знаходяться на лікуванні у відділеннях хірургічного профілю, тому що, окрім перев'язок, тут виконуються і різноманітні маніпуляції (пункції, блокади, торакоцентез, лапароцентез тощо). При будь-якій перев'язці (зняття раніше накладеної пов'язки, огляд рани і лікувальні маніпуляції в ній, накладання нової пов'язки) рана поверхня залишається відкритою і більший чи менший час контактує із повітрям, а також з інструментами та іншими предметами, що використовуються при перев'язках. Між іншим, повітря перев'язочних містить значно більше мікробів, чим повітря операційних, а нерідко і інших приміщень лікарні. Пов'язано це з тим, що в перев'язочних постійно циркулює велика кількість людей: медперсонал, хворі, студенти тощо. Особливо багато мікробів міститься в повітрі гнійних перев'язочних, а також в перев'язочних оториноларінгологічних відділень. Мікрофлора повітря цих перев'язочних містить переважно антибіотикорезистентну флору, що характерна для даного лікувального закладу і відповідає типовим збудникам госпітальної інфекції.

Мета заняття:

Загальна: ознайомити студентів з правилами накладання та типами бинтових пов'язок. Навчити накладати типові пов'язки на верхню кінцівку, голову, шию, грудну клітку.

Знати:

1. Визначення десмургії.
2. Класифікація пов'язок, перев'язочного матеріалу.
3. Вимоги до перев'язочного матеріалу.
4. Загальні правила для накладання бинтових пов'язок.
5. Типові пов'язки на верхню кінцівку, голову, шию, грудну клітку.

Вміти:

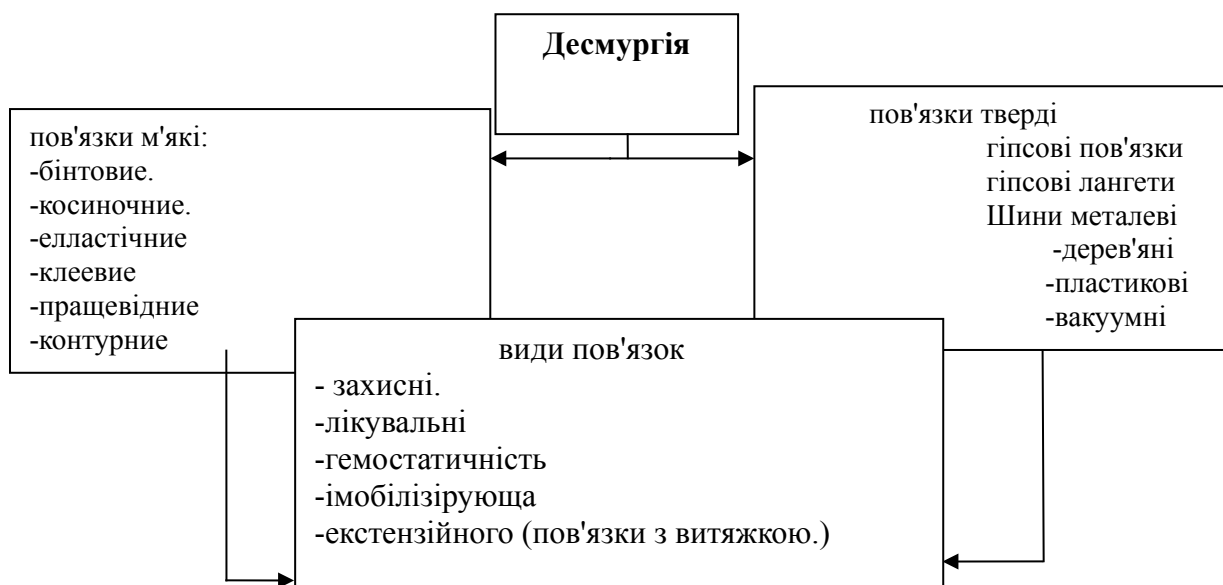
1. Тракувати визначення десмургії, види перев'язочного матеріалу і його основних властивостей.
2. Визначити методи утилізації використаного перев'язочного матеріалу.
3. Накладати типові бинтові пов'язки на на верхню кінцівку, голову, шию, грудну клітку.

Практичні навички:

1. Оволодіти правилами накладання косиночних, бинтових, клейових, клейово-пластирних, клеолових пов'язок.
2. Оволодіти правилами перев'язок ран і ран із дренажами.

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ, ПАРАМЕТРІВ, ХАРАКТЕРИСТИК, ЯКІ ПОВИНЕН ЗАСВОЇТИ СТУДЕНТ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ЗАНЯТТЯ.

Термін	Визначення
Десмургія	Розділ загальної хірургії, що вивчає види пов'язок, способи їх накладання і показання до застосування.
Пов'язка	Засіб для закріплення чи утримання на рані перев'язочного матеріалу або для утримання хворої частини тіла в необхідному для лікування положенні.
Перев'язка	Процес накладання або зміни пов'язки.
Імобілізація	Процес знерухомлення певної ділянки тіла з лікувальною або профілактичною метою.
Бинт	Смуга марлі різної ширини, що скатана в тугий рулон. Згорнута частина бинта називається головою, а вільний кінець – початком.
Лейкопластир	Різновид перев'язочного матеріалу, що складається з тканинної або паперової основи та тонкого шару липкої речовини.
Праща	Кусок марлі або широка стрічка тканини з розрізаними кінцями.



Методика проведення заняття та організаційна структура заняття
Технологічна карта заняття

№ п/п	Етап заняття	Навчальний час	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	Визначення початкового рівня знань Постановка навчальних цілей та мотивація	20 хв	Індивідуальне Опитування, рішення ситуаційних завдань.	Таблиці класифікація нозологічних форм гнійної інфекції венозної, лімфатичної системи та залозистих органів Тести, ситуаційні завдання.	Учбова кімната
2	Розділ загальної хірургії, що вивчає види пов'язок, способи їх накладання і показання до застосування. Процес накладання або зміни пов'язки. Процес знерухомлення певної ділянки тіла з лікувальною або профілактичною метою. Смуга марлі різної ширини, що скатана в тугий рулон. Згорнута частина бинта називається головкою, а вільний кінець – початком. Різновид перев'язного матеріалу, що складається з тканинної або паперової основи та тонкого шару липкої речовини.	35 хв	Практичний тренінг Індивідуальний контроль навичок	Перев'язувальна	Хірургічне відділення
3	Контроль вихідного рівня знань: Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок Гігієнічна дезинфекція рук. Методика хірургічної обробки рук спиртовмісним антисептиком. Методика виконання внутрішньошкірної проби на чутливість до антибіотиків. Методика обробки операційного поля при чистій рані. Методика обробки операційного	25 хв	Тести. Задачі.	Тести. Задачі. “Короткі” методичні вказівки до роботи на практичному занятті.	Учбова кімната

	поля при гнійній рані. Методика безпосередньої підготовки операційного поля. Надання невідкладної допомоги при алергічній реакції на антибіотик. Оволодіти правилами накладання косиначних, бинтових, клейових, клейово-пластирних, клеолових пов'язок. Оволодіти правилами перев'язок ран і ран із дренажами.				
4	Підведення підсумків. Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)	10 хв			Учбова кімната

Матеріальне та методичне забезпечення заняття: навчальні таблиці, тести, завдання. Методичні розробки.

Матеріали до практичного заняття

Хірургія - розділ медицини, що вивчає хвороби і травми всіх ділянок і органів людського тіла, а також розробляє і застосовує спеціальні методи лікування. У буквальному перекладі «хірургія» означає «рукодія» (від греч. *cheir* – рука, *ergon* – дію). Хірургія почала розвиватися значно раніше за інші розділи медицини – практично із зародження людства. Постійними супутниками людини були полювання, війни, і вона була вимушена навчитися зупиняти кровотечу з рани, видаляти застрягли в тілі стріли тощо. Проте, як наука вона сформувалася лише в XIX ст.

Широко відоме ім'я лікаря Стародавньої Греції Гіпократ (біля 460-370 рр. до н.е.), який вважається батьком наукової медицини і хірургії. Його принцип «*Ubi pus ibi evacuatio*» («Побачивши гній – випускай») є основоположним в лікуванні гнійно-запальних захворювань.

Великий внесок в розвиток хірургії вніс Абу Алі Ібн-Сина, відомий як Авіценна (980-1037). Відома його праця «Канон лікарської науки» залишалася настільною книгою для лікарів майже до XVII в.

Офіційне визнання хірургія як наука отримала в 1719 р., коли італійський хірург Лафранши був запрошений на медичний факультет Сорбонни для читання лекцій з хірургії. Першим навчальним закладом на Україні була Києво-Могилянська академія (1622 р.), де проводилася підготовка богословів, медичних працівників і ін. У 1755 р. відкритий Московський університет з медичним факультетом і «клініками при факультеті».

За одне сторіччя, починаючи з середини XIX ст., в розвитку хірургії відбувся такий різкий стрибок, що досягнутий рівень багатократно перевершив все, що було зроблено за попередні тисячоліття. Цьому сприяли відкриття XIX – початку XX стт., що склали фундамент подальшого розвитку хірургії: відкриття наркозу, введення наркозу і місцевої анестезії в хірургію; розробка і впровадження асептики в хірургічну практику; методи зупинки кровотечі і відновлення крововтрати; завершення формування сучасної анатомії, створення топографічної анатомії і вдосконалення хірургічної техніки.

Корифеєм вітчизняної і зарубіжної хірургії заслужено вважається М.І. Пирогов (1810-1881). Вклад М.І. Пирогова в хірургічну науку величезний. Він широко впровадив ефірний наркоз (виконав 10 000 операцій пораненим), розробив його нові методи – ректальний і ендотрахеальний. Їм розроблені основні принципи військово-польової хірургії: наближення

медичної допомоги до поля бою, сортування поранених, послідовність в наданні допомоги на етапах евакуації, створення рухомих госпіталів. На цих принципах було засновано надання медичної допомоги в період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. Йому належить класичний опис травматичного шоку.

Академік НАН і АМН України М.М. Амосов (1913-2003) – засновник Київського інституту серцево-судинної хірургії, що носить нині його ім'я. Основним напрямом його науково-практичної діяльності були торакальна хірургія і біокібернетика, він розробляв питання фізіології серця, штучного кровообігу, хірургічного лікування захворювань легенів, серця, моделювання процесів мислення і психіки.

Академік НАН і АМН України О.О. Шалімов (1918-2006) – засновник сучасної хірургічної школи в Україні. В 1972 р. заснував Київський НДІ клінічної і експериментальної хірургії (нині Інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України). З 1980 по 2004 р. О.О.Шалімов працював головним хірургом Міністерства охорони здоров'я України. Його науково-практична діяльність була присвячена розвитку різних напрямів хірургії: реконструктивно-відновному лікуванню патології стравоходу, шлунка, тонкої та товстої кишок, печінки, жовчних протоків; корекції захворювань підшлункової залози, кардіохірургії, хірургії судин, ендovasкулярної хірургії, кріохірургії і ін.

Гігієна в хірургічному стаціонарі

Гігієна хірургічних стаціонарів – розділ гігієни, що розробляє гігієнічні норми і вимоги до розташування, планування, санітарно-технічного благоустрою. Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим стаціонарів створений з метою забезпечення оптимальних умов перебування хворих в стаціонарі, ефективного проведення лікувальних заходів, забезпечення сприятливих умов праці медперсоналу, профілактики і знешкодження внутрішньолікарняної інфекції.

Чиста хірургія займається лікуванням хворих без гнійних і запальних захворювань. Гнійна хірургія надає допомогу хворим, у яких причиною захворювання є інфекція. Враховуючи можливість перенесення інфекції від «гнійних» хворих до «чистих», хворих з гнійними захворюваннями ізолюють в спеціальні палати або відділення гнійної хірургії.

Санітарно-гігієнічний режим передбачає дотримання норм місткості лікарняних палат, забезпечення оптимального мікроклімату, хімічного та бактеріологічного складу повітряного середовища, режиму вентиляції та освітлення приміщень, постачання доброякісною питною водою, своєчасне і повне видалення та знезаражування відходів, забезпечення хворих раціональним та збалансованим харчуванням, прибирання приміщень, прання та заміни білизни, дотримання правил особистої гігієни тощо.

Інфекція – це стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудником захворювання та макроорганізмом в певних умовах зовнішнього і внутрішнього середовищ. Джерелом збудника інфекції може бути хворий організм людини або бактеріоносій.

Найбільш ефективними стратегіями залишаються дотримання загальних принципів гігієни, правил введення катетерів і догляд за ними. Наявність каблучок на пальцях зменшує ефективність гігієни рук, тому їх рекомендується знімати.

Робота середнього персоналу в умовах хірургічного відділення

У своїй роботі середній персонал зобов'язаний виконувати розпорядження і вказівки лікарів, під керівництвом яких працює. Ці працівники повинні вміти забезпечити перевезення і перенесення тяжкохворих і поранених і в необхідних випадках організувати їх транспортування, виконувати елементарні лабораторні дослідження.

Старша медична сестра відділення підпорядковується завідувачому відділенням лікарні, керує роботою медсестер і санітарок відділення, контролює правильність обліку і зберігання медикаментів тощо.

Усі заходи щодо підготовки операційної до роботи входять в обов'язок операційної медичної сестри. Вона повинна уважно стежити за молодшим медичним персоналом і попереджати хірурга про порушення асептики з боку присутніх на операції (студенти, лікарі і т. ін.).

Головним обов'язком операційної медичної сестри є забезпечення хірургів необхідними інструментами і матеріалами під час операції. Вона повинна перевіряти справність інструментарію. Подавати інструмент хірургу потрібно так, щоб не пошкодити йому руки. Операційна медична сестра зобов'язана добре знати весь хід операції, і якщо їй будь-що не зрозуміло, запитати про це хірурга. В обов'язки операційної медичної сестри входить і спостереження за тим, щоб під час операції в операційній рані випадково не залишили серветку, кульки, будь-який інструмент або інше стороннє тіло. Це легко може відбутися при порожнинних операціях. Щоб уникнути цього серветки і інструменти рахують як до, так і після операції. В тих випадках, коли у хірурга не вистачає помічників, операційна медична сестра може як виняток виконувати функцію асистента.

Десмургія – (від грец. desmos) – зав'язка, тасьма, пов'язка. Є самостійним розділом загальної хірургії. Головним її змістом є мистецтво (наука) накладання пов'язок з метою правильного лікування ушкоджень і цілої низки захворювань. Пов'язка у широкому розумінні цього слова, означає цілий комплекс засобів що використовуються для захисту ран або патологічних вогнищ, від впливу навколишнього середовища.

У вузькому значенні слово „пов'язка” означає матеріал (бинт, липкий пластир тощо), що накладають на рану для фіксації перев'язочного матеріалу. Нарешті, термін „перев'язування” означає процес накладання або заміни лікувальної пов'язки з наступною її фіксацією. Нині застосування м'яких бинтових пов'язок залишаються одним із найпоширеніших засобів закріплення перев'язочного матеріалу, незважаючи на поширене використання липкого пластиру, клеолу, полімерних пластмас, синтетики тощо. Необхідно пам'ятати, що правильно накладені пов'язки сприяють швидкому одужанню.

Пов'язки розрізняють на м'які та тверді, нерухомі (фіксуючі) пов'язки.

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

М'які пов'язки складаються з перев'язувального матеріалу, який накладається безпосередньо на рану та із засобу його фіксації. Розрізняють просту м'яку (захисну і лікарську), давлючу (гемостатичну) пов'язку та окклюзійну пов'язку, що накладається при пораненнях грудної клітини.

Накладання пов'язок звичайно проводиться в перев'язочній.

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

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

Накладання клейових, клейово-пластирних, клеолових пов'язок

Клейові пов'язки.

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

Колодій є розчином колоксиліна в ефірі і в спирті. При випаруванні розчинників колодій зсихається в тверду плівку, яка міцно прилипає до шкіри. Досить широко колодійні пов'язки застосовуються для закриття операційних ран, бо вони економлять перев'язочний матеріал і не обмежують рухів хворого.

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

Клеол – складається з 45 частин подрібненої каніфолі, 1 частини рослинної олії, 37

частин етилового 95% спирту і 17 частин ефіру. Він не стягує і не подразнює шкіру.

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

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

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

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

Лейкопластирні пов'язки

Перев'язочний матеріал на рані утримується за допомогою липкого пластиру, причому ці смужки переходять на непокриту шкіру з обох сторін пов'язок і міцно приклеюються до неї, утримуючи пов'язку на рані. Звичайно накладають кілька смужок липкого пластиру паралельно один одному на тій чи іншій відстані, в залежності від величини пов'язки. Малі лейкопластирні пов'язки можна робити з хрестоподібно чи зіркоподібно накладеного пластиру.

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

Накладання бинтових пов'язок.

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

Бинт може бути скатаний з одного кінця (одноголовий бинт), при цьому скатана частина носить назву головки, а та що не скатана – початку бинта. Бинт, скатаний з обох кінців до середини називається двоголовим бинтом. Тильна сторона бинта, яка повернута до бинтованої частини тіла називається спинкою, а протилежна - черевцем, причому під час бинтування черевце повинно бути повернуте назовні, щоб бинт легко та вільно міг розкатуватися по поверхні бинтованої ділянки тіла. Бинт при перев'язці тримають в правій руці під кутом і повертають у напрямку до того, хто бинтує. Бинт намотується під легким натисненням, але пов'язка не повинна бути дуже тугою, щоб не викликати стиснення тканин і порушення кровообігу у забинтованій кінцівці. Основою будь-якої пов'язки є виток або тур, який виникає коли обмотують будь-яку частину тіла. Перший виток накладається дещо навкоси, щоб можна було притримати кінець бинта, а наступні витки його накрили.

Правила накладання пов'язок:

1. Під час перев'язки потрібно стояти обличчям до хворого, наскільки це можливо.
2. З самого початку перев'язки необхідно стежити за тим, щоб частина тіла, яку перев'язують, знаходилась у правильному положенні.
3. Напрямок витків повинен буди однаковим у всіх шарах пов'язки.
4. Ширину бинта слід підбирати так, щоб вона дорівнювала або була більше діаметра частини тіла, що перев'язують.
5. Бинт необхідно тримати в руці так, щоб вільний кінець складав прямий кут з рукою,

в якій знаходиться рулон бинта.

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

7.Перев'язку слід починати з найбільш вузького місця, поступово переходячи до більш широкого.

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

Пов'язка “Чепець”

Відрізок бинта біля 1 м довжиною симетрично накладається на тім'я з вільно звисаючими по бокам голови кінцями. На рівні надбрівних дуг і потиличного бугра іншим бинтом накладається перший циркулярний виток під вільними кінцями відрізка. При кожному наступному витку робиться петля навкруги вільного кінця, потім бинт направляється на потилицю, переходить на іншу сторону голови, де знову виконується петля навкруги вільного кінця, і бинт по лобно-тім'яній частині голови переходить до вільного кінця. Зміщуючи бинт при кожному наступному витку, формують пов'язку, яка повністю закриває поверхню голови. На закінчення вільні кінці зав'язуються під підборіддям.

Пов'язка “Вузечка”

Використовується для прикриття бокових поверхонь обличчя, скроневої ділянки, лобу чи тім'я, а також для фіксації нижньої щелепи і прикривання підборіддя. Перший циркулярний, фіксує виток накладається в напрямку від здорового до пошкодженого боку. Далі бинт проводиться до вуха на пошкодженому боці, косо спускається за ним вниз, проводиться під потиличним бугром, під вухом на здоровому боці, через підборіддя виводиться на пошкоджений бік, направляється вгору на тім'я. Потім бинт проводиться вниз, прикриваючи вушну раковину на здоровому боці, проходить під підборіддям, закриває інше вухо і повертається на тім'я. З наступним витком бинт спускається вниз на здоровий бік, проходить по задньому краю вушної раковини до потилиці, виводиться на пошкоджений бік, проводиться по нижньому краю нижньої щелепи, проходить під вухом на здоровій стороні до потилиці. Далі бинт знову проводиться під підборіддям і перед вухом на здоровому боці повертає на тім'я, потім над вухом на пошкодженому боці повертає на потилицю, від нього на підборіддя і назад через пошкоджений бік на тім'я. Хоча пов'язка однобічна, вона практично симетрична. Складності, пов'язані з її накладанням, компенсуються її високою надійністю.

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

Хрестоподібна пов'язка на потилицю з переходом на спину

Вона добре закриває потилицю і задню частину шиї, причому ходи бинта перехрещуються над ділянкою пошкодження. Пов'язку починають 1-2 циркулярними ходами бинта шириною 6-8 см навколо голови. Далі бинт ведуть над лівою вушною раковиною і спускають послідовно на задній, правий, передній і лівий бік шиї на ділянку лоба, перехрещуючи попередній хід і т.д. Недоліком пов'язки є можливість стиснення шиї, так як ходи бинта лягають поперек її передньої поверхні. Перед бинтуванням обов'язково

накласти на передню поверхню шиї шар вати. При бинтуванні нижньої частини шиї кругові тури бинта доцільно доповнювати ходами за типом хрестоподібної пов'язки на ділянку спини, які йдуть через пахвові ділянки. Таким чином, ділянка пошкодження прикривається повністю і пов'язка не зміщується при рухах голови і тулуба.

Колосоподібна пов'язка на плечовий суглоб

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

Спіральна пов'язка на грудну клітку

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

Пов'язка Дезо

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

Черепашача (черепицеподібна) пов'язка на ліктьовий та на колінний суглоби

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

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

Пов'язка “лицарська рукавичка”

Необхідність в таких пов'язках виникає тоді, коли необхідно перев'язувати кисть, залишаючи вільними пальці, коли необхідно почергове бинтування всіх пальців (при

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

Пов'язки на палець (спіральна, колосоподібна)

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

Косинкові пов'язки на верхню кінцівку

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

Косинкова пов'язка на передпліччя – косинка накладається на передпліччя і туго намотується навкруги нього. Вільні кінці закріплюються шпильками чи лейкопластиром.

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

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

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

Косинкова пов'язка, яка підтримує верхню кінцівку. Пошкоджена рука згинається у лікті під прямим кутом і поміщується нижче середини косинки, верхівка якої направлена в бік ліктя, а основа розташовується на поверхні грудної клітини по вісі тіла. Нижній кут

косинки огинає передпліччя і піднімається навкоси уверх до однойменного плеча. Верхній кут піднімається до протилежного плеча. Перевіряється положення руки, і обидва кінці зав'язуються вузлом позаду на шиї. Верхівка косинки огинає лікоть і фіксується спереду з допомогою шпильки.

Дещо модифікуючи цей прийом, можна підвісити пошкоджену руку більш високо. При цьому основа косинки розташовується косо по відношенню до вісі тіла, а верхівка направлена вниз. Кінці косинки аналогічно зав'язуються позаду на шиї, а верхівка огинає передпліччя і фіксується навколо однойменного плеча шпилькою.

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

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-трубчасті бинти забезпечують можливість аерації і спостереження за станом місця ушкодження. Вони можуть використовуватися для накладання не тільки фіксуючої, але й тиснучої пов'язки, наприклад, після зняття гіпсу, при загоєнні опіків, для попередження набряку кінцівок, гематом після операції і утримання трансплантатів після шкірної пластики. Еластичні сітчасто-трубчаті бинти у відповідності з розмірами застосовуються для фіксації перев'язочного матеріалу на різних частинах тіла.

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

При невідповідності бинта величині бинтованої ділянки тіла використовують інший, більш зручний по розміру бинт. Випускаються еластичні сітчасто-трубчасті бинти в рулонах по 5-20 м, які запаковані в поліетиленові пакети. Стерилізацію еластичних бинтів (при необхідності) виконують в автоклаві протягом 30 хвилин під тиском 120 кПа (1,2 атм.).

Накладення тісно-тугої пов'язки

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

Для закріплення отриманих знань пройдіть тести для самоконтролю.

1. При варикозному розширенні поверхневих вен нижніх кінцівок хворому показано носіння на нижніх кінцівках:

- A. Захисної пов'язки;
- B. Фіксуючої пов'язки;
- C. Стискаючої пов'язки;**
- D. Оклюзивної пов'язки;
- E. Корируючої пов'язки.

2. При зовнішній кровотечі з вен передпліччя застосовують:

- A. Захисну пов'язку;
- B. Фіксуючу пов'язку;
- C. Гемостатичну пов'язку;**
- D. Оклюзивну пов'язку;
- E. Корируючу пов'язку.

3. При відкритому пневмотораксі на догоспітальному етапі застосовують:

- A. Захисну пов'язку;
- B. Фіксуючу пов'язку;
- C. Стискаючу пов'язку;
- D. Оклюзивну пов'язку;**
- E. Корируючу пов'язку.

4. Спіральна пов'язка належить до:

- A. Захисних пов'язок;
- B. Фіксуючих пов'язок;**
- C. Стискаючих пов'язок;
- D. Оклюзивних пов'язок;
- E. Корируючих пов'язок.

5. Як називається пов'язка, що призначена для підтримування рівномірного додаткового тиску на певну ділянку тіла:

- A. Захисна пов'язка;
- B. Фіксуюча пов'язка;
- C. Стискаюча пов'язка;**
- D. Оклюзивна пов'язка;
- E. Кориуюча пов'язка.

6. Як називається пов'язка, що призначена для створення тиску на певну ділянку тіла з метою зміни її розташування чи форми:

- A. Захисна пов'язка;
- B. Фіксуюча пов'язка;
- C. Стискаюча пов'язка;
- D. Оклюзивна пов'язка;
- E. Кориуюча пов'язка.**

7. Функціональне положення для ліктьового суглоба має на увазі:

- A. Максимальне розгинання передпліччя в суглобі;
- B. Передпліччя зігнуте під кутом 120 ;
- C. Передпліччя зігнуте під кутом 90 ;**
- D. Передпліччя зігнуте під кутом 45 ;
- E. Максимально зігнуте передпліччя в суглобі.

8. При пошкодженні носа на догоспітальному етапі доцільно застосувати:

- A. Циркулярну пов'язку;
- B. Пращоподібну пов'язку;**
- C. Спіральну пов'язку;
- D. Хрестоподібну пов'язку;
- E. Т – подібну пов'язку.

9. При переломі ключичі невідкладна допомога включає накладення пов'язки:

- A. Циркулярної на плечову кістку;
- B. Спіральної на плечову кістку;
- C. Пов'язки Дезо;**
- D. Черепащачої на ліктьовий суглоб;
- E. Колосовидної на плечовий суглоб.

ДЖЕРЕЛА НАВЧАЛЬНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

1. Загальна хірургія” підручник/С.Д. Хіміч, М.Д. Желіба, І.Д. Герич та інш. За ред. С.Д. хіміча, М.Д. Желіби.- 3-є вид., переробл. І допов.- К.: ВСВ «Медицина», 2018.-608 с.
2. Загальна хірургія: підручник для студ. вищих навч. закладів/ за ред. проф.: Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 344 с. :іл.
3. Курс лекцій з загальної хірургії: навчально-методичний посібник. – 2-ге вид., допов. / О.І. Дронов, В.О. Сипливий, І.О. Ковальська, О.А. Скоморовський, Е.А. Крючина, / За ред. О.І. Дронова, В.О. Сипливого, І.О. Ковальської, О.А. Скомаровського, Є.А. Крючиної.- К.: МВЦ «Медіаформ», 2011.- 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого/ В.О. Сипливий, О.І. Дронов, К.В. Конь, Д.В. Євтушенко. – К.: «Майстерня книги», 2009.- 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии: учебное пособие для студентов и врачей-интернов/ В.А. Сипливый, Г.Д. Петренко, А.Г. Гузь и др.- Харьков: ХНМУ, 2014.-156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В.А. Сипливый, А.И. Дронов, Е.В. Конь, Д.В. Евтушенко.- К., - 2006. – 100 с. – Библиогр. С. 94-99.
7. Догляд за хворими хірургічного профілю.\ В.П. Польовий, О.Й. Хомко, С. П. Польова, А.С. Паляниця, І. О. Вишньовський. – Чернівці: Медуніверситет, - 2012. – 380 с.
8. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. Москва, 1991.
9. Внутрішньолікарняні інфекції / П.М. Гунько, Б.Г. Веденко, В.П. Ковальчук та ін.; ред.. Б.Г. Веденко. – Вінниця: Консоль, 2002. – 248 с.
10. Тарасюк В.С., Любарець Г.У., Шайдаюк О.І. Інфекційна безпека. Інфекційний контроль. Санітарно-протиепідемічний контроль лікувально-профілактичних закладів – Вінниця, 2002. – 65 с.
11. Современные дезинфицирующие средства для лечебно-профилактических учреждений / Авт.-сост. Н.Ф. Соколова, Т.Б. Захарова. – М.: Издательский дом «Медицинский вестник», 2002.– 64 с.
12. Jean-Louis Vincent. Нозокомиальная инфекция у взрослых пациентов в палатах интенсивной терапии // Медицина світу. – 2004. – Т. XVI, №3. – С. 202-213.

Методична розробка складена: _____ 2019 рік _____

Методична розробка переглянута і затверджена на засіданні кафедри: Протокол № 7 від “28” серпня 2019 р.

Завідуючий кафедрою
загальної хірургії № 2 ХНМУ
професор

В.О. Сипливий

**Десмургія. Визначення.
Правила накладання
та типи бинтових пов'язок.
Типові пов'язки на верхню кінцівку, голову, шию, грудну
клітку**

**Методичні вказівки до практичних занять
та самостійної роботи студентів з дисципліни
"Загальна хірургія"
3-го курсу II та IV медичних факультетів**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
Петренко Григорій Дмитрович
Гузь Анатолій Гаврилович
Петюнін Олексій Геннадійович
Грінченко Сергій Володимирович
Доценко Володимир Васильович
Робак Всеволод Ігорович
Курбатов Вадим Олексійович

Відповідальний за випуск В. О. Сипливий



Редактор Е. Є. Дєпрінда Коректор Є. В.
Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 20-33880.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру
видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242

від 18.07.2008 р. 1