

**Організація роботи в чистій перев'язочній.
Десмургія, перев'язочний матеріал,
типові бинтові пов'язки.**

**Догляд за хворими, оперованими на органах
черевної порожнини, промежині, кінцівках.**

Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки

***Методичні вказівки
до самостійної роботи студентів
2-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Організація роботи в чистій перев'язочній.
Десмургія, перев'язочний матеріал,
типові бинтові пов'язки.
Догляд за хворими, оперованими на органах
черевної порожнини, промежині, кінцівках.
Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки**

*Методичні вказівки
до самостійної роботи студентів
2-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 8 від 30.09.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Організація роботи в чистій перев'язочній. Десмургія, перев'язочний матеріал, типові бинтові пов'язки. Догляд за хворими, оперованими на органах черевної порожнини, промежині, кінцівках. Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки: метод. вказ. до самост. роботи студентів 2-го курсу ІІ та ІV мед. фак-тів з дисципліни «Догляд за хворими» / упоряд. В. О. Сипливий, С. В. Грінченко, В. В. Доценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 28 с.

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

ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕМИ

Хірургічний метод лікування займає значне місце в клінічній медицині: близько 25 % всієї патології складають хірургічні хвороби. Лікар будь-якої спеціальності повинен уміти надати першу лікарську допомогу при травматичних пошкодженнях, кровотечі, клінічній смерті, виконати ін'єкції, пункції, переливання компонентів крові та ін.

В основі хірургічної служби лежить оперативне втручання. При виконанні операції щонайменші погрішності в асептиці і недооцінка важливості антисептики призводять до збільшення частоти гнійних ускладнень і смертності.

Правильна підготовка хворого до операції, організація роботи операційного блока, уважний догляд в післяопераційному періоді є запорукою успішного лікування хворого. На цих етапах активну і безпосередню участь в лікуванні бере медична сестра.

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 крім 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) ранова поверхня залишається відкритою, і більший чи менший час вона контактує із повітрям, а також з інструментами та іншими предметами, що використовуються при перев'язках. Між тим повітря перев'язочних містить значно більше мікробів, ніж 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 оториноларингологічних відділень. Мікрофлора повітря цих перев'язочних містить переважно антибіотикорезистентну флору, що характерна для даного лікувального закладу і відповідає типовим збудникам госпітальної інфекції. При перев'язці гнійних ран асептика особливо необхідна, тому що суперінфекція (вторинна інфекція) може нашаруватись на інфекцію, що вже є, і ослаблений організм може не справитись з новою патогенною мікрофлорою.

Розбираючи питання про асептику при роботі перев'язочної, необхідно виділити три взаємопов'язаних моменти: асептичне виконання всіх лікувальних заходів, організація стерилізації та дезінфекції інструментів та інших матеріалів, що застосовуються під час перев'язок, і забезпечення відповідного режиму роботи, включаючи знезараження повітря перев'язочних.

Десмурґія 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 пошкод-

ження. Знання десмургії необхідне лікарю будь-якого фаху для надання першої медичної допомоги потерпілим.

Хірургічна операція і наркоз призводять до певних змін в організмі людини, які мають загальний характер і є відповіддю на операційну травму. Правильне ведення хворого в післяопераційному періоді, організація перебування його у відділенні, виконання потрібних маніпуляцій і процедур по догляду мають надзвичайно важливе значення для профілактики можливих ускладнень і сприятливого результату лікування. Сприятливий результат лікування хворого в післяопераційному періоді у великій мірі залежить не тільки від адекватності виконаної операції, але і від знань і професійний вмінь середнього та молодшого медичного персоналу. Отже, оволодіння практичними навичками та професійними вміннями по догляду за хворими, що перенесли оперативне втручання, є важливим для всіх працівників хірургічного відділення.

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Знати:

1. Догляд за хворими в чистій перев'язочній.
2. Санітарно-гігієнічні вимоги до перев'язочної.
3. Організацію роботи в чистій перев'язочній.
4. Види перев'язочного матеріалу, його властивості.
5. Типові бинтові пов'язки.
6. Правила бинтування.
7. Особливості догляду за хворими, що перенесли оперативні втручання на голові і шії.
8. Догляд за хворими, що перенесли втручання на кінцівках.
9. Особливості догляду за хворими, оперованими на животі, промежині.
10. Особливості харчування.
11. Типові бинтові пов'язки на живіт, промежину, кінцівки.

Вміти:

1. Провести вологе прибирання в хірургічному відділенні із застосуванням антисептичних середників.
2. Провести заміну натільної білизни хворим із загальним і ліжковим режимами.
3. Провести заміну постільної білизни хворим із загальним і ліжковим режимами.
4. Тракувати визначення десмургії, види перев'язочного матеріалу і його основних властивостей.
5. Визначити методи утилізації використаного перев'язочного матеріалу.
6. Придати хворому необхідне функціональне положення.

7. Облаштувати ліжко хворому, провести заміну постільної і натільної білизни важкохворому.

8. Доглядати за шкірою та волоссям хворого.

9. Доглядати за очима та вухами хворого.

10. Підкладати судно і сечоприймач важкохворому, провести підмивання лежачої пацієнтки.

11. Проводити комплексну профілактику пролежнів у лежачих хворих, доглядати за хворим, в якого є пролежень.

12. Накладати типові бинтові пов'язки на живіт, промежину, нижні кінцівки.

13. Накладати шинні пов'язки (Крамера, Дитерикса та ін.).

14. Приготувати і накладати гіпсові пов'язки.

Практичні навички: оволодіти правилами накладання косиночних, бинтових, клейових, клейово-пластирних, клеолових пов'язок.

ЗМІСТ ТЕМИ

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.

Хворих в хірургічних установах ділять на «чистих» і «гнійних», у зв'язку з чим розрізняють чисту і гнійну хірургію. 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.

Хірургічне відділення складається з палат для хворих, операційного блока, перев'язочних, маніпуляційного кабінету і підсобних приміщень (санітарний вузол, ванна кімната, їдальня, буфетна, кімнати для білизни, персоналу тощо).

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

Протиепідемічний режим хірургічного відділення спрямований на запобігання виникненню та поширенню внутрішньолікарняних інфекцій.

Основні положення протиепідемічного режиму регламентуються Наказом № 720 (31.07.1978).

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.

Внутрішньолікарняна, або нозокоміальна (термін походить від грецьких слів *nosos* [хвороба] та *komein* [лікувати], а пізніше від латинського *nosocomium* [лікарня]) інфекція – це інфекція, яка вражає пацієнта при надходженні в лікарню або інший медичний заклад, а також медперсонал при здійсненні його фахової діяльності. В цілому вважається, що період тривалістю 48–72 год з моменту надходження свідчить про нозокоміальну причину інфекції. Окрім того, що зростає частота ускладнень та смертність, нозокоміальна інфекція небезпечна тим, що причиною її часто є мікроорганізми, резистентні до лікарських препаратів.

Нозокоміальна інфекція може локалізуватись в будь-якій частині тіла, проте частіше за все спостерігаються інфекції дихальних шляхів, інфікування катетерів для інфузії, інфекції сечовивідних шляхів та інфікування ранових поверхонь.

Розвиток нозокоміальної інфекції залежить від двох ключових факторів: ослаблення захисних функцій організму і колонізація патогенними чи потенційно патогенними бактеріями. Шлях розповсюдження інфекції передбачає методи профілактики його передачі. Основними резервуарами нозокоміальної інфекції є ротоглотка, травний канал і сечовивідні шляхи. Згідно з результатами аналізу, 83 % випадків нозокоміальної пневмонії пов'язані з механічною вентиляцією, 97 % випадків інфекції сечовивідних шляхів є наслідком катетеризації і 87 % випадків первинної гематогенної інфекції пов'язані з катетеризацією центральних судин. Нозокоміальний синусит, що збільшує розвиток нозокоміальної пневмонії, спостерігається частіше у пацієнтів з назогастральними зондами. Основні збудники нозокоміальної інфекції: *Staphylococcus aureus* (30 %), *Pseudomonas aeruginosa* (29 %), коагулазо-негативні стафілококи (30 %), *Escherichia coli* (13 %), *Acinetobacter* (9 %), *Klebsiella* (8 %).

Внутрішньолікарняні інфекції поділяються на госпітальні та амбулаторні.

Основні шляхи передачі внутрішньолікарняних інфекцій – аерозольний (повітряно-краплинний та повітряно-пиловий), контактний, у тому числі парентеральний, фекально-оральний, зокрема аліментарний, трансмісивний. Основними факторами передачі інфекції є повітря, руки, об'єкти довкілля.

Кожний співробітник, що влаштовується на роботу, проходить повний медичний огляд, короткий інструктаж з проведення основних санітарно-протиепідемічних заходів. При виявленні відкритих запальних процесів або ознак нездужання персонал усувають від роботи до повного одужання, при виявленні носійства – організують санацію. При виникненні внутрішньолікарняних інфекцій проводять позачерговий медичний огляд всього персоналу відділення і бактеріологічне обстеження на носійство. Хворих з виявленою внутрішньолікарняною інфекцією ізолюють в окремі палати і виділяють для них окремий персонал і предмети догляду.

При виникненні внутрішньолікарняної інфекції кожен випадок підлягає обліку, реєстрації з заповненням форми 058-0 і вимагає детального епідеміологічного обстеження з залученням епідеміолога санепідстанції. Контроль за дотриманням протиепідемічного режиму в лікувальних закладах здійснюється згідно з наказом МОЗ № 720, що передбачає обов'язковий бактеріологічний контроль стану повітряного середовища, поверхонь, якості стерилізації та дезінфекції.

Профілактика нозокоміальної інфекції у стаціонарі

1. Санітарно-гігієнічні заходи:

- режим провітрювання (вентиляція, кондиціонери, переносні повітроочишувачі);
- прибирання приміщень (регулярність проведення, використання дезінфікуючих агентів, дезінфекція прибирального інвентаря);
- дезінфекція постільних речей (дезінфекційна камера);
- разові комплекти.

2. Розміщення пацієнтів:

- дотримання санітарних норм устаткування боксів;
- устаткування палат для пацієнтів ВІЛ/СНІД;
- ізоляція пацієнтів з ускладненнями.

3. Раціональна терапія:

- раціональна антибіотикотерапія;
- обґрунтованість терапії.

4. Санітарно-протиепідемічний режим:

- дезінфекція, передстерилізаційна обробка і стерилізація інструментарію (централізовані стерилізаційні відділення);
- безпечне харчування (контроль харчоблоку, пункту роздачі; раціональне збереження продуктів);
- контроль здоров'я (медичного персоналу, госпіталізованих пацієнтів).

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 медсестри

Вперше жіноча праця для догляду за хворими в госпіталях і лазаретах була застосована при Петрі I. В роки Кримської війни (1853–1856) М. І. Пирогов був ініціатором створення і безпосереднім керівником Хрестовоздвиженської общини сестер піклування про поранених і хворих. В Севастополі надавала допомогу пораненим проста дівчина Даша Севастопольська. В народі її шанували як героїню, як першу сестру милосердя. В болгарському місті Бела встановлений пам'ятник російській сестрі милосердя Ю. П. Вревській, яка працювала у військовому госпіталі під час російсько-турецької війни (1877–1878), де померла в січні 1878 р. від висипного тифу.

В своїй роботі *медична сестра* зобов'язана виконувати розпорядження і вказівки лікарів, під керівництвом яких вона працює. Кожна медична сестра повинна уміти забезпечити перевезення і перенесення тяжкохворих і поранених і в необхідних випадках організувати їх транспортування. Вона повинна також уміти виконувати елементарні лабораторні дослідження. В поводженні з хворими медична сестра повинна володіти великим терпінням і тактом, проявляючи високий гуманізм, а також, рівно як і інші медпрацівники, строго зберігати професійну таємницю.

Старша медична сестра відділення підпорядковується завідувачу відділення лікарні, керує роботою медсестер і санітарок відділення, контролює роботу палатних медичних сестер, організовує складання палатними медичними сестрами вимог на лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, інструменти і предмети догляду за хворими, підписує їх, контролює правильність обліку і зберігання медикаментів, спостерігає за санітарним станом і господарством відділення, за харчуванням хворих та ін. Старша медична сестра здійснює заходи щодо підвищення кваліфікації середнього і молодшого медперсоналу відділення. В утруднених випадках вона перша приходить на допомогу палатній медичній сестрі.

Палатна медична сестра підпорядковується завідувачу відділення, старшій медичній сестрі відділення і лікарю-ординатору. Вона зобов'язана знати хворих в палатах, які за нею закріплені, стан їх здоров'я, особливості перебігу захворювання у них, здійснювати догляд за хворими; бути присутньою при обході хворих ординатором або черговим лікарем; виміряти хворим температуру тіла, за призначенням лікаря визначати частоту пульсу, дихання тощо. У разі різкого погіршення стану хворого медична сестра повинна негайно повідомляти про це лікаря і надати хворому до приходу лікаря термінову долікарську допомогу.

Медична сестра зобов'язана точно виконувати всі призначення лікаря: при видачі хворим ліків стежить за тим, щоб ліки були прийняті в її присутності, збирає для дослідження сечу, кал, мокротиння, бере мазок із зів'я і носа та ін., передає їх в лабораторію, стежить за отриманням з лабораторії результатів дослідження.

Палатна медична сестра забезпечує дотримання встановленого внутрішнього розпорядку і санітарного режиму в палатах, стежить за своєчасним отриманням всього необхідного для догляду за хворими і їх лікування. В її обов'язки входить також робота з обліковими медичними документами.

Всі 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 та 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.

Медична сестра-анестезист готує до роботи наркозну і дихальну апаратуру, стежить за її справністю; готує системи і засоби для інфузійної і трансфузійної терапії, а також засоби для наркозу; надає допомогу лікарю-анестезіологу; здійснює спостереження і догляд за післяопераційними хворими, які знаходяться в палаті інтенсивної терапії; веде відповідну медичну документацію.

Перев'язочна, як правило, розміщується в одній кімнаті відносно невеликих розмірів. Площа перев'язочної на 1 стіл повинна складати 22 м², а перев'язочної на 2 столи – 30 м². Між тим в одній кімнаті, окрім перев'язок, виконуються передстерилізаційна очистка та дезінфекція інструментів, тут же миють руки до і після перев'язок лікарі, медсестри і студенти. В цьому ж приміщенні встановлюють кип'ятильники для знезараження інструментів, шафи для збереження різних матеріалів, інструментальні шафи, різні потрібні для роботи меблі і оснащення. Це все певною мірою захаращує приміщення і затрудняє підтримку чистоти і порядку.

Зазвичай перев'язочні розташовуються на одному коридорі з палатами, але зручніше обладнати їх в кінцевому відсіку коридора, відгородженому скляною перегородкою. При цьому створюється тамбур, в якому можна ставити каталки, шафи для деяких предметів оснащення, в стінній ніші або у окремій шафі зберігати засоби для прибирання перев'язочної.

Стелю і стіни перев'язочної фарбують олійною фарбою, але краще, якщо стіни облицьовані керамічною плиткою. Підлога має бути вкрита керамічною плиткою. Вентиляція повинна бути припливно-витяжною

з двократним обміном за 1 год. Всі освітлювачі повинні підлягати вологому прибиранню. В перев'язочній повинні бути дві раковини, які розміщують подалі від стерильного столу і маркірують надписами на стіні: «Для миття рук», «Для інструментів».

Перев'язочні ділять на чисті та гнійні, що має суттєве значення для профілактики госпітальної інфекції. Чиста перев'язочна призначена для виконання перев'язок чистих післяопераційних ран, захитих наглухо, інколи з введенням дренажу для відтоку ранового вмісту, пункцій суглобів, черевної порожнини, грудної порожнини, пухлин, м'яких тканин і кісток – пункцій, при яких не очікується гнійний вміст. В багатьох хірургічних відділеннях чисті перев'язочні використовуються для невеликих оперативних втручань, наприклад, первинна хірургічна обробка невеликих випадкових ран, видалення атером, врослого нігтя та ін. Крім того, у відділеннях, де немає окремої ендоскопічної кімнати, в чистій перев'язочній виконують бронхоскопію, гастроскопію, цистоскопію і катетеризацію сечоводів.

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.

ОРІЄНТОВНА ОСНОВА ДІЇ

Розрізняють м'які та тверді, нерухомі (фіксуєючі) пов'язки. Нерухомі пов'язки – іммобілізуєючі 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'язочного матеріалу, який накладається безпосередньо на рану та із засобу його фіксації. Розрізняють просту м'яку (захисну і лікарську), стискальну (гемостатичну) та оклюзійну пов'язки, що накладаються при пораненнях грудної клітки. Накладання пов'язок звичайно проводиться в перев'язочній.

Під перев'язкою розуміють лікувально-діагностичну процедуру, яка складається зі зняття старої пов'язки, виконання профілактичних, діагнос-

тичних і лікувальних заходів у рані та накладання нової пов'язки. Для фіксації перев'язувального матеріалу використовують марлевий, трикотажний трубчастий бинт, сітчасто-трубчастий медичний бинт «Ретеласт», косинки з бавовняної тканини, клеол, колодій, лейкопластир.

НАКЛАДАННЯ ПОВ'ЯЗОК

Клейові пов'язки

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

Колодій є розчином колоксиліна в ефірі і в спирті. При випаруванні розчинників колодій зсихається в тверду плівку, яка міцно прилипає до шкіри. Досить широко колодійні пов'язки застосовуються для закриття операційних ран, 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 неприсмні 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 хв, 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 настойкою 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 зачисна плівка.

Ліфузол – аерозольний плівкоутворюючий препарат. Наносять його розпилюванням з балону протягом 2–3 с. Через 30 с на шкірі утворюється міцна прозора еластична плівка. Розпилювання повторюють 2–3 рази

з паузами по 15–30 с 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, залежно від розміру 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 має назву голівки, 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 міг легко та вільно розкатуватися по поверхні бинтованої ділянки тіла. Бинт при перев'язці тримають у правій руці під кутом і повертають у напрямку до того, хто бинтує. Бинт намотують 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 накладають дещо навкосо, щоб можна було притримати кінець бинта, а наступні витки його накривають.

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, яку 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 накладають на тім'я з вільно висуючими по боках голови кінцями. На рівні надбрівних дуг і потиличного бугра іншим бинтом накладають перший циркулярний виток під вільними кінцями відрізка. При кожному наступному витку роблять петлю навкруг вільного кінця, потім бинт направляють на потилицю, переходять на іншу сторону голови, де знову виконують петлю навкруг 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'язують під підборіддям.

Пов'язки на одне і обидва ока

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

Пов'язка на обидва ока. Після першого циркулярного витка навколо голови бинт проводять через тім'я і косо спускають через лоб, закривають ліве вухо, огинають голову під потиличним бугром і правим вухом, косо піднімають вгору, закриваючи праве око. Витки перехрещують в ділянці перенісся. Наступні витки поступово прикривають обидва ока. Пов'язку закінчують циркулярним витком на рівні очей. Вушні раковини залишаються відкритими.

Пов'язка «вузечка»

Використовується для прикриття бокових поверхонь обличчя, скроневої ділянки, лоба чи тім'я, а також для фіксації нижньої щелепи і прикривання підборіддя. Перший циркулярний, фіксуючий виток накладають у напрямку від здорового до пошкодженого боку. Далі бинт проводять до вуха на пошкодженому боці, косо спускають за ним вниз, проводять під потиличним бугром, під вухом на здоровому боці, через підборіддя виводять на пошкоджений бік, направляють вгору на тім'я. Потім бинт проводять вниз, прикриваючи вушну раковину на здоровому боці, проводять під підборіддям, закривають інше вухо і повертають на тім'я. З наступним витком бинт спускають вниз на здоровий бік, проводять по задньому краю вушної раковини до потилиці, виводять на пошкоджений бік, проводять по нижньому краю нижньої щелепи, а потім під вухом на здоровій стороні до потилиці. Далі бинт знову проводять під підборіддям і перед вухом на здоровому боці повертають на тім'я, потім над вухом на пошкодженому боці повертають 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, ніж описана вище, і повністю закриває голову, включаючи підборіддя. Вільними від бинта залишаються передня поверхня обличчя, а також обидві вушні раковини. Однотипні витки пов'язки починаються над одним вухом, потім бинт проводять по тімені і спускають перед іншим вухом, проводять під підборіддям і піднімають вверх на тім'я. Потім бинт проводять на інший бік, над вухом повертають на потилицю, звідти на підборіддя, далі бинт косо піднімають по верхній щелепі на тім'я, переводять на потилицю і знову під вухом проводять під підборіддям і піднімають вверх на тім'я. Аналогічними витками формують всю пов'язку. 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, тому що 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 суглоба і пахової западини. Висхідна колосоподібна пов'язка починається з першого фіксуючого витка на плечі біля пахової ділянки. Далі бинт проводять під паховою на зовнішній бік плечового суглоба, огинають його і йдуть на спину, проводять через пахвинну западину з іншої сторони на передню поверхню грудної клітки, потім по передній поверхні грудної клітки на передню поверхню плеча, що перев'язують, біля нього під пахву. Далі формують 8-подібний виток з перехрестом на передню поверхню плеча. Низхідну колосоподібну пов'язку починають з першого фіксуючого витка навколо грудної клітки на рівні пахових ділянок, потім бинт проводять з пахвинної западини здорового плеча навкоси по передній поверхні грудної клітки на передню поверхню плечового суглоба, що перев'язується, огинають його, проводять під паховою вперед і вгору на спину і протягують через пахвинну западину протилежного плеча. Таким чином формують 8-подібні низхідні витки з перехрестом на передній поверхні плечового суглоба. Пов'язку закінчують 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 пахових западин. 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 клітки. Перед накладанням пов'язки рекомендується оглянути ділянку пахвинної западини, припудрити її тальком і вкласти ватну подушку для попередження мацерації і для адсорбції поту. Подушку фіксують витком бинта чи просто вкладають без спеціальної фіксації. Характер початкових витків визначається тим, що пов'язка повинна як іммобілізувати, так і підтримувати кінцівку. Перший циркулярний виток проводять зі спини через пахвинну западину здорової руки по грудній клітці, огинаючи пошкоджену руку і притискаючи її до грудної клітки, потім бинт проводять по спині, через пахову ділянку виводять навкоси по передній поверхні грудної клітки до плеча пошкодженої руки. Такі складні витки поступово форму-

ють 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.

Пов'язки на пахову ділянку

Можуть використовуватися для прикривання як пахвинних ділянок, так і промежини. Накладання пов'язки завжди починають з циркулярних витків навколо живота на рівні талії. Потім бинт ведуть по передній поверхні живота косо вниз в пахвинну ділянку, огинаючи стегно іншої ноги позаду, і по передній поверхні живота вертають у вихідну точку. Далі бинт обводять навколо тулуба позаду, і по передній поверхні таза косо спускаються у пахвинну ділянку, симетрично повторюючи попередній виток. Пов'язку закінчують циркулярним витком на талії.

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

Пов'язку накладають при фізіологічному положенні ліктьового суглоба як ту, що сходиться, і ту, що розходиться. У першому випадку її починають з фіксуючого витка під ліктем, потім бинт косо проводять по ліктьовій ямці на плече, яке обвиває позаду. Потім 8-подібними витками, які сходяться до відростка ліктьової кістки і закривають весь суглоб, посередині якого накладають останній фіксуючий виток. При пов'язці, яка розходиться, перший фіксуючий виток накладають поверх відростка ліктьової кістки і потім 8-подібними витками розводять від середини, поступово закриваючи ліктьовий суглоб. Перехрест бинта виконують 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'язку починають з першого фіксуючого витка на зап'ястя, далі бинт проводять по тильній стороні кисті, потім через основу пальців і знову вертають 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'язку на палець починають з кільцеподібного витка у основи пальця, потім бинт проводять на тильну поверхню кисті до зап'ястя, навколо якого виконують фіксуєуючий виток, і вертають назад до основи пальця. У міру бинтування пальця від кінчика (остання фаланга) вниз використовують техніку спіральної пов'язки, а при підході до основи пальця і переході на тильну частину кисті її заміняють на колосоподібну, формуючи неповну «рукавичку».

Косинкові пов'язки на верхню кінцівку

Косинкова пов'язка на кисть. Косинку розстилають на столі, її основу підвертають один чи два рази так, щоб утворився міцний поясок шириною 1–2 см. Потім на косинку поміщують руку долонею вверх чи вниз (залежно від локалізації ушкодження) так, щоб пальці були направлені до вершини косинки. А потім верхній кут косинки відкидають, накриваючи кисть. При правильному положенні руки він повинен знаходитись за променезап'ястковим суглобом. Після цього кінці косинки завертають і перехрещують вище променезап'ясткового суглоба, закриваючи руку з обох сторін, обмотують навколо руки і зав'язують 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. Косинку накладають на передпліччя і туго намотують навкруг нього. Вільні кінці закріплюють шпильками чи лейкопластиром.

Косинкова пов'язка на лікоть. Руку розташовують на розстеленій на столі косинці так, щоб передпліччя знаходилось на основі косинки, а верхівка на задній поверхні плеча. Вільні кінці косинки завертають на долонну поверхню передпліччя і перехрещують на рівні ліктьового згину. Далі їх обертають навколо плеча, придавлюючи верхівку косинки, і зав'язують 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 її накладають на зовнішню поверхню плеча так, щоб верхівка косинки була направлена до шиї. Обидва її кінця заводять під пахвинну ділянку, де їх перехрещують і виводять вверх. Над плечовим суглобом кінці зав'язують вузлом, і для укріплення пов'язки один з них можна зав'язувати ще й з верхівкою косинки. Але така пов'язка, навіть якщо вона правильно і щільно пов'язана, може зісковзнути, тому її часто закріплюють за допомогою петлі зі 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, іншу зверта-

ють у стрічку і застосовують для її закріплення. При цьому це можна зробити двома способами. Середину цієї косинки розташовують під паховою іншою руки, а кінці перекидають через тулуб і зв'язують з вільною верхівкою першої косинки, або, навпаки, середина другої косинки прикриває пов'язку на плечі, вільні кінці зав'язуються під паховою, а верхівка першої закріплюється до другої з допомогою шпильки.

Косинкова пов'язка, яка підтримує верхню кінцівку. Пошкоджену руку згинають у лікті під прямим кутом і поміщують нижче середини косинки, верхівку якої направляють в бік ліктя, а основу розташовують на поверхні грудної клітки по вісі тіла. Нижнім кутом косинки огинають передпліччя і піднімають навкоси уверх до однойменного плеча. Верхній кут піднімають до протилежного плеча. Перевіряють положення руки, і обидва кінці зав'язують вузлом позаду на шії. Верхівкою косинки огинають лікоть і фіксують спереду за допомогою шпильки.

Дещо модифікуючи цей прийом, можна підвісити пошкоджену руку більш високо. При цьому основу косинки розташовують косо по відношенню до вісі тіла, а верхівку направляють униз. Кінці косинки аналогічно зав'язують позаду на шії, а верхівкою огинають передпліччя і фіксують навколо однойменного плеча шпилькою.

Підтримуюча пов'язка за допомогою квадратної косинки. Квадратну косинку накладають спереду на грудну клітку під пошкодженою рукою. Верхні кути зав'язують вузлом над протилежним плечем, ближче до шії. Заднім нижнім кінцем огинають плече пошкодженої руки і протягують спереду назад під протилежною паховою. Переднім кінцем обвивають передпліччя і піднімають вверх на плече здорової руки, де обидва кінця зав'язують вузлом.

Восьмиподібна пов'язка на гомілковостопний суглоб

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

Поворотна (зворотна) пов'язка на стопу

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

Зворотна пов'язка на дистальні відділи стопи. Бинт закріплюють круговими турами на гомілці і виводять на тильну поверхню стопи, перекидають через пальці і закривають підощву поверхні стопи, де бинт перегинають і вертають на тильну поверхню. Декількома зворотними турами закривають увесь дистальний відділ стопи, після чого закріплюють ці тури висхідною спіральною пов'язкою. Бинт закріплюють круговим туром на гомілці.

Накладання еластичних бинтів на кінцівки

Для утримання стерильного матеріалу на рані застосовують трубчасті трикотажні та еластичні сітчасто-трубчасті 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 стисної пов'язки, наприклад, після зняття гіпсу, при загоєнні опіків, для попередження набряку кінцівок, гематом після операції і утримання трансплантатів після шкірної пластики. Еластичні сітчасто-трубчасті бинти відповідно до розмірів застосовують для фіксації перев'язочного матеріалу на різних частинах тіла.

Ділянка застосування	№ бинта
Пальці, кисті у дорослих, стопа у дітей	1
Кисть, передпліччя, стопа, ліктьовий, променезап'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 розміри бинтованої ділянки тіла використовують інший, більш зручний за розміром 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 хв під тиском 120 кПа (1,2 атм.).

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ТЕМИ

Графік проведення вологого прибирання:

Вологе прибирання приміщень (миття підлоги, протирання меблів, обладнання) здійснюють не рідше двох разів на добу із використанням миючих і дезінфікуючих засобів.

Протирання віконного скла – не рідше одного разу на місяць.

Генеральне прибирання палатної секції проводять не рідше одного разу на місяць із ретельним миттям стін, підлоги, обладнання, протирання меблів.

Генеральне прибирання (миття і дезінфекція) операційного блоку, перев'язочних проводять не рідше одного разу на тиждень. Крім того, в них проводять проточні і заключні вологі прибирання.

Приміщення із особливим режимом стерильності після прибирання опромінюють стаціонарними або пересувними бактерицидними лампами із розрахунку 1 Вт потужності на 1 м² приміщення.

Вказівки щодо заміни натільної білизни

Натільну та постільну білизну змінюють один раз на 7–10 днів, відразу після гігієнічної ванни, або по мірі необхідності, після забруднення.

Відповідає за заміну білизни сестра-господарка.

Всю білизну необхідно прати, мокру від поту сушити не рекомендується.

Щоразу при заміні білизни стежать, щоб простирadlo і сорочка були добре розправлені, щоб не утворювалися грубі згортки, які перешкоджають спокійному сну хворих, а у важкохворих нерідко сприяють утворенню пролежнів.

Білизну, забруднену кров'ю або іншими виділеннями, необхідно згорнути забрудненою поверхнею до середини і транспортувати в щільних клейончастих мішках до пральні. Сортувати білизну в палатах забороняється.

Переодягання хворих із пошкодженими верхніми кінцівками: роздягання починають зі здорової руки, а одягання починають із хворої руки; те саме стосується нижніх кінцівок.

Вказівки щодо заміни постільної білизни

Ліжко хворого застеляють таким чином: поверх сітки кладуть матрац із наматрацником. Зверху стелять чисте простирadlo, краї якого повинні бути підігнані по всій довжині під матрац для попередження утворення складок.

Для важкохворих із нетриманням сечі, калу, якщо немає спеціального ліжка, з метою запобігання забруднення матрацу на наматрацник кладуть клейонку, прикріплюючи її або підгинаючи під матрац. Клейонку можна постелити на простирadlo і накрити її пелюшкою.

Під голову кладуть дві подушки: нижню з пір'я, а верхню з пуху. На кожную подушку надягають окремо наволочку. Подушки слід класти так, щоб нижня лежала прямо і виступала дещо з-під верхньої, а верхня впиралась у спинку ліжка.

Хворому дають ковдру з підковдрою, яка повинна бути бавовняною або вовняною.

Постіль хворого повинна бути чистою, застеленою без складок і рубців, перестилати її треба двічі на день – вранці та ввечері.

Кожного ранку натільну і постільну білизну витрушують і провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він теж провітрився.

При зміні постільної білизни важкохворому треба проявляти велику обережність, щоб не завдати йому додаткового болю і страждання.

Заміну простирadla у лежачих хворих здійснюють, починаючи згортання по довжині до середини, піднімаючи таз і забираючи простирadlo, в цей час згорнуте простирadlo підставляють під таз хворого і розгортають його із середини до країв. Повертають хворого на бік, згортають простирadlo з одного боку, відразу розстилають чисте, повертають хворого на чисте простирadlo, забирають брудне і розстилають чисте до кінця.

Згортають чисте простирadlo по довжині, піднімають ноги хворого, скручують брудне простирadlo і одночасно розкручують чисте, піднімають таз хворого, забирають брудне і підстеляють чисте, піднімають тулуб хворого, забирають брудне простирadlo і до кінця розстеляють чисте.

Допомога хворому під час зміни натільної білизни.

Підняти дещо голову і плечі пацієнта, який знаходиться в ліжку в положенні “лежачи на спині”. Захопити край брудної сорочки і легкими рухами підтягнути її ззаду до потилиці, а спереду – до грудей. Зняти брудну сорочку через голову. Обережно голову і плечі пацієнта покласти на подушку, допомогти йому підняти обидві руки і звільнити руки від сорочки. Брудну сорочку помістити в мішок для брудної білизни. Провести пацієнту часткову санітарну обробку. Одягнути пацієнта в зворотному порядку: спочатку – рукави сорочки, а потім саму сорочку через голову. Обережними рухами натягнути сорочку на спину і груди, ретельно розпрямити складки сорочки. Допомогти пацієнту прийняти зручне положення в ліжку, укрити його ковдрою.

Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму при зміні білизни.

При забрудненні білизни біологічними рідинами її слід змінити одразу ж. Брудну постільну і натільну білизну поміщають у водонепроникний мішок (білизну, забруднену біологічними рідинами, згортають забрудненням усередину). В палаті брудну білизну категорично забороняється кидати на підлогу або в місткість, яка не закривається кришкою. Мішок зав'язують і відносять в спеціальну окрему кімнату, призначену для сортування білизни. Після виписки або смерті пацієнта матрац, ковдру, подушку здають в дезінфекційну камеру для проведення дезінфекції. Проводять гігієнічне прибирання палати із застосуванням дезінфікуючого розчину. В кімнаті для сортування розсортувати брудну білизну, скласти її у водонепроникні мішки. Потім їх зав'язати і відправити до пральні на каталці. Провести гігієнічне прибирання приміщення сортувальної кімнати із застосуванням дезрозчину.

НАВЧАЛЬНІ ЗАВДАННЯ

1. Сестра-господарка передала в маніпуляційний кабінет для гігієнічного миття рук передала кускове туалетне мило. Чи вірно вона поступила? Яким засобом проводиться гігієнічне миття рук?

Відповідь. Сестра-господарка поступила невірно. Гігієнічне миття рук проводиться антибактеріальним милом.

2. У практично здорової медичної сестри операційної при бактеріальному дослідженні слизової носоглотки виявили патогенну мікрофлору. Яких заходів треба вжити з метою попередження розвитку внутрішньо лікарняної інфекції? Ким вважається медпрацівник з огляду на джерело збудника інфекції?

Відповідь. Медичну сестру операційної слід відсторонити від роботи в хірургічній установі і провести відповідне лікування. Повернутися до роботи їй буде дозволено після бактеріологічного контролю. Такий медпрацівник вважається бактеріоносієм.

3. В хірургічне відділення під час спалаху епідемії грипу прийшов відвідати хворого його родич і наполягає на побаченні. Чи можна йому це дозволити? Які заходи для запобігання поширенню вірусу грипу необхідно провести у відділенні?

Відповідь. Ні, не можна. Під час епідемії грипу відвідування хворих категорично заборонено. В хірургічному відділенні вводиться масковий режим, виявлених хворих на грип ізолюють в окремі палати.

4. Хворий з чистою післяопераційною раною з'явився на перев'язку тоді, коли проводяться перев'язки хворим з гнійними ранами. Чи можна його зараз перев'язати? Як повинна поступити медична сестра перев'язочної в даному випадку?

Відповідь. Перев'язувати хворого з чистою раною зараз не можна через небезпеку потрапляння патогенних мікроорганізмів в рану. Медичній сестрі слід попросити хворого почекати, доки не буде проведено прибирання та кварцування перев'язочної.

5. Лікар-хірург останній раз проходив флюорографію 2 роки тому. Можна його допустити до роботи в хірургічному відділенні?

Відповідь. Ні, не можна. Флюорографію обов'язково слід проходити щорічно.

6. У хворої 46 років, яка 10 год тому перенесла операцію з приводу міжм'язової флегмони правого стегна, постільна і натільна білизна забруднилася з післяопераційної рани. Як потрібно поступити в даному випадку?

Відповідь. Необхідно провести зміну постільної і натільної білизни.

7. Санітарка хірургічного відділення проводить зміну постільної білизни у хворих в палаті. Забруднену білизну вона склала під умивальником на простирадло. Якої помилки припустилася санітарка?

Відповідь. Забруднену білизну необхідно скласти в спеціальний водонепроникний мішок або місткість з кришкою.

8. Санітарка хірургічного відділення змінила білизну у хворих в палаті, помістила її в мішок з водонепроникної тканини. Що вона повинна робити далі із зібраною брудною білизною?

Відповідь. Віднести мішок з білизною в спеціальну кімнату, провести сортування брудної білизни і помістити його у відповідні водонепроникні мішки, які потім зав'язати і відправити до пральні.

9. Хворому 63 років планується оперативне втручання з приводу комбінованого геморою. У пацієнта супутній діагноз – доброякісна гіперплазія передміхурової залози, що може спровокувати гостру затримку сечі в ранньому післяопераційному періоді. В чому полягатиме профілактика нозокоміальної інфекції сечовивідних шляхів?

Відповідь. Профілактика нозокоміальної інфекції сечовивідних шляхів полягатиме в уникненні катетеризації, а у разі потреби – в зменшенні її тривалості.

10. Санітарка збирається провести вологе прибирання в палаті із застосуванням розчину хлораміну Б. Як їй приготувати необхідний розчин?

Відповідь. Для вологого прибирання необхідно використовувати 1 % розчин хлораміну Б, для приготування 1 л якого потрібно до 10 г сухого порошку додати 990 мл води.

11. Хворим в палаті хірургічного відділення санітарка замінила натільну білизну. Яким чином має бути виконане після цього прибирання палати?

Відповідь. Для вологого прибирання санітарка повинна застосувати 1 % розчин хлораміну або 3 % розчин перекису водню з 0,5 % синтетичним миючим засобом.

12. У хворого з гнійною раною при натисканні в рану виділяється рідке сморідне виділення з пухирцями газу, діагностована анаеробна інфекція. Які особливості догляду за таким хворим? Як вчинити з використаним перев'язувальним матеріалом?

Відповідь. Пацієнта ізолюють в окрему палату, ручку дверей і ганчірку біля входу обгортають марлею, змоченою 6 % перекисом водню. Перев'язки хворому виконують в останню чергу. Перев'язувальний матеріал збирають в бікс, стерилізують в автоклаві для знищення збудника і його спор, потім спалюють.

13. Санітарка провела прибирання в палатах хірургічного відділення вологим способом. Що вона повинна вчинити з інвентарем для прибирання?

Відповідь. Інвентар для прибирання слід занурити у 0,5 % розчин хлорного вапна або 1 % розчин хлораміну на 60 хв.

14. Під час операції розтину грижі хірург випадково розкрив просвіт кишки. На 3-ю добу після операції в ділянці післяопераційної рани з'явилися виділення кишкового вмісту. Які заходи профілактики внутрішньолікарняної інфекції потрібно провести?

Відповідь. Хворого необхідно перевести у відділення гнійної хірургії або на «гнійну половину» загальнохірургічного відділення. Перев'язки йому потрібно проводити після хворих з чистими, гранулюючими і гнійними ранами.

15. Жінка з 10-річним хлопчиком звернулась до Вас у зв'язку з тим, що дитину турбують болі в правому ліктьовому суглобі. Хлопчику в амбулаторії 6 год тому на інфіковане садно ліктьового суглоба після його обробки була накладена пов'язка. При огляді визначається легка синюшність правого передпліччя і кисті, вибухання підшкірних вен, навіть при піднятті руки догори. Що трапилось? Як допомогти дитині?

Відповідь. Пов'язка дитині накладена туго, внаслідок чого виникло порушення кровообігу. Слід послабити або змінити пов'язку.

16. На прийом прийшов чоловік 40 років, якого турбує свербіж лівого передпліччя. Три дні тому отримав термічний опік I–II ступеня. На передпліччя була накладена асептична пов'язка. При огляді встановлено, що пов'язка на тильній поверхні середньої третини передпліччя просякнута жовтуватого-сірими виділеннями. Як правильно зняти пов'язку?

Відповідь. Знімати пов'язку слід розрізавши її подалі від ділянки пошкодження або з протилежного боку опікової рани. Бинт можна розмотувати, збираючи його в клубок і перекладаючи з однієї руки в іншу на близькій відстані від рани. Присохла пов'язка знімається після змочування 3 % розчином перекису водню.

17. В приймальне відділення доставлений чоловік 34 років з різаною ранною долонною поверхні середньої третини правого передпліччя. Зі слів постраждалого, рану 1,5 год тому на вулиці наніс ножом невідомий. Проведений туалет рани, накладено первинні шви. Перев'язочний матеріал на рані медсестра закріпила пов'язкою, зав'язавши кінці бинта у вузол над ранною. Після цього вона ввела йому (хворому) підшкірно 0,5 мл правцевого анатоксину і 3 000 МО протиправцевої сироватки. Яка помилка допущена в техніці накладання пов'язки?

Відповідь. При закріпленні пов'язки навхрест один з одним ні кінці надрізаного бинта, ні сам вузол не повинні накладатися на ранову поверхню.

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

Відповідь. В наведеному випадку для бинтування зручна кругова (циркулярна) пов'язка на нижню третину гомілки.

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

Відповідь. На початку бинтування для втримання перев'язочного матеріалу на значному протязі кінцівки застосовують повзучу (змівидну) пов'язку. Після цього слід накласти висхідну спіральну пов'язку. Внаслідок конічної форми гомілки для бинтування її є зручною спіральна пов'язка з пережинами бинта. В подібних випадках можна застосовувати і теденіанівське бинтування нижньої кінцівки, суть якого у поєднанні декількох пов'язок: восьмиподібної пов'язки стопи, черепашиної пов'язки п'яркової ділянки, спіральної пов'язки з пережинами на го-

мілку, черепашиачої пов'язки на ділянку колінного суглоба, спіральної пов'язки з перегинами на стегно, висхідної колосовидної пов'язки в ділянці кульшового суглоба і таза.

20. Хворому 20 років у зв'язку з травмою шийного відділу хребта і пошкодженням спинного мозку з метою його декомпресії проведена невідкладна ламінектомія. Рана на задній поверхні шиї зашита, закрита марлевими серветками. Яку бинтову пов'язку Ви накладете для закріплення перев'язочного матеріалу?

Відповідь. Для закріплення перев'язочного матеріалу на задній поверхні шиї необхідно накласти хрестоподібну пов'язку. Перед бинтуванням з метою попередження здавлювання шиї передню її поверхню бажано обкласти шаром вати. Щоб пов'язка не зсунулась догори, її доцільно доповнити ходами бинта типу хрестоподібної пов'язки спини.

21. Ви – лікар швидкої допомоги. Вас викликали до хворого з проникним пораненням грудної клітки справа. Стан постраждалого важкий. Він інстинктивно прикриває рану рукою, нахилившись в правий бік. При огляді рани відмічається засмокування повітря через неї в момент вдиху, а при видиху повітря з шумом виходить з неї. Ваші дії?

Відповідь. Необхідно терміново накласти оклюзійну пов'язку в момент видиху. Для цього шкіру навколо рани змазують 5 % розчином йоду, рану закривають стерильною марлевою серветкою, а зверху черепицеподібно накладають смужки лейкопластиру, які заходять далеко за краї серветки. Якщо Ви маєте індивідуальний перев'язочний пакет, то можна скористатись ним. В цьому випадку рану закривають ватно-марлевою подушечкою, шкіру навколо для кращої герметизації змазують вазеліном, накладають на неї внутрішньою (стерильною) поверхнею прорезинену упаковку пакета і закріплюють спіральною бинтовою пов'язкою на груді. Для більш надійного попередження зміщення пов'язки бажано прибинтувати і відповідну руку до ураженого боку грудної клітки. Хворому вводять знеболюючі, за показаннями – серцеві засоби і транспортують в хірургічний стаціонар.

22. Хворому 28 років проведено розкриття гнійного ліктьового бурситу. Сумка прошита розчином антисептика, дренована турундою, змоченою гіпертонічним розчином натрію хлориду, прикрита марлевою серветкою. Як Ви закріпите перев'язочний матеріал?

Відповідь. Можна накласти черепашиачу пов'язку на ліктьовий суглоб в напівзігнутому його положенні або закріпити перев'язочний матеріал за допомогою трубчато-еластичного бинта.

23. Хворий 36 років постраждав під час автодорожньої пригоди. Наявні різана рана, яка рясно кровоточить, в правій скроневій ділянці, і велика рублено-рвана рана по зовнішній поверхні правого плечового суглоба. Ознак перелому плеча немає. Які пов'язки слід накласти хворому при наданні йому першої допомоги?

Відповідь. При наявності у скроневій ділянці рани, яка кровоточить, раціональніше накласти так звану вузлову пов'язку. Перев'язочний матеріал на рані в ділянці плечового суглоба може бути надійно закріплений колосовидною пов'язкою. Крім того, права верхня кінцівка в даному випадку повинна бути підвишена за допомогою косинки.

24. Ви – випадковий свідок нещасного випадку: дитина обпекла окропом праву кисть, кричить від болю. На тильній поверхні пальців і кисті з'явилися пухирі. В домашній аптечці є розчин фурациліну (1:5 000) і в упаковці стерильний бинт. З метою надання першої допомоги яку пов'язку слід накласти постраждалому?

Відповідь. Шматком бинта, змоченим в розчині фурациліну, необхідно вкрити обпечену кисть, вдавивши складки бинта між розведеними пальцями для попередження склеювання обпечених ділянок і мацерації шкіри. Після цього накласти пов'язку, що повертається, на кисть. В подібному випадку, коли під рукою немає потрібного перев'язочного матеріалу, можна накласти косиночну пов'язку зі складеної по діагоналі хустки.

25. В сільську дільничну лікарню доставлений 52-річний робітник радгоспу з забійно-рубленою раною правої тім'яної ділянки, яку постраждалий сам прикриває складеною носовою хусткою. Який об'єм медичної допомоги повинен бути наданий хворому?

Відповідь: Необхідно широко постригти волосся навколо рани, обробити шкіру розчином йоду, прошити рану розчином антисептика, прикрити її стерильною серветкою і накласти закріплюючу пов'язку (шапочку Гіппократа, чепець або вуздечку).

26. Як дільничний педіатр Ви, оглянувши вдома дитину, порекомендували накласти їй на праве вухо зігріваючий компрес. Мати дитини, посилаючись на невміння виконати цю процедуру, попросила Вас допомогти. Як накласти зігріваючий компрес на вухо і за допомогою якої пов'язки закріпити його?

Відповідь. Зігріваючий компрес на ділянку вуха готують наступним чином. Бинт складають у 6–8 шарів, в центрі отриманої серветки вирізають отвір для вушної раковини. Серветку змочують водою в суміші зі спиртом (1:1) чи маслом (камфорним або ін.), віджимають і накладають на шкіру навколо вушної раковини. Серветку закривають поліетиленовою плівкою (тонкою клейонкою або восковим папером) так, щоб плівка на 2–3 см перекривала її. Ззовні накладають шар вати товщиною 2–3 см, який перекриває всі нижчележачі шари. Компрес на ділянку вуха зручно закріплюють неаполітанською пов'язкою.

27. До лікаря сільської амбулаторії звернувся хлопчик 11 років, який близько години тому під час гри в хокей отримав удар клюшкою в ділянку

лівого ока. Відразу була надана перша допомога у вигляді накладання на це око снігу. Візуально визначається помірна гіперемія очного яблука, ерозія рогівки. При пальпації – око болюче. Встановлено діагноз: тупа травма лівого ока. Який об'єм першої лікарської допомоги повинен бути наданий дитині і чим закріпити перев'язочний матеріал?

Відповідь. Необхідно закапати в око 5 % розчин новокаїну, внутрішньом'язово ввести вікасол, дати всередину прийняти анальгін, аскорутин, прикрити ліве око стерильною серветкою, накласти легку монокулярну пов'язку і терміново направити дитину на прийом до окуліста.

28. Чоловік 47 років упав з велосипеда. Скаржиться на болі в ділянці правого надпліччя. Візуально відмічається припухлість, деформація, болючість і крепітація в проекції середньої третини правої ключиці. Пульс на правій променевій артерії задовільний. Який Ви поставите діагноз і яку бинтову іммобілізуючу пов'язку накладете?

Відповідь. У постраждалого травматичний перелом правої ключиці.

Праву верхню кінцівку необхідно іммобілізувати пов'язкою Дезо або Вельпо.

29. Після вправлення травматичного вивиху правого плеча у постраждалого необхідно іммобілізувати праву верхню кінцівку в середньому на 1–1,5 тиж. Яку бинтову іммобілізуючу пов'язку Ви накладете?

Відповідь. Після вправлення вивиху плеча показана іммобілізуюча пов'язка Дезо або Вельпо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. ; за ред. О. І. Дронова, В. О. Сипливого, І. О. Ковальської та ін. – Київ : МВЦ «Медіаформ», 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие / 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. – Киев, 2006. – 100 с.
7. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – Санкт-Петербург : Изд-во «Лань», 1999. – 672 с.
8. Гребенев А. Л. Основы общего ухода за больными / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва : Медицина, 1991. – 256 с.
9. Гостищев В. К. Общая хірургія : учебник / В. К. Гостищев. – 3-є изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 5–6, 11–25, 29–31.
10. Внутрішньолікарняні інфекції / П. М. Гунько, Б. Г. Веденко, В. П. Ковальчук та ін.; за ред. Б. Г. Веденко. – Вінниця : Консоль, 2002. – 248 с.
11. Тарасюк В. С. Інфекційна безпека. Інфекційний контроль. Санітарно-протиепідемічний контроль лікувально-профілактичних закладів / В. С. Тарасюк, Г. У. Любарець, О. І. Шайдаюк. – Вінниця, 2002. – 65 с.
12. Соколова Н. Ф. Современные дезинфицирующие средства для лечебно-профилактических учреждений / Н. Ф. Соколова, Т. Б. Захарова. – Москва : Издательский дом «Медицинский вестник», 2002. – 64 с.
13. Jean-Louis Vincent. Нозокомиальная инфекция у взрослых пациентов в палатах интенсивной терапии / Vincent Jean-Louis // Медицина світу. – 2004. – Т. XVI, № 3. – С. 202–213.

Навчальне видання

**Організація роботи в чистій перев'язочній.
Десмургія, перев'язочний матеріал,
типові бинтові пов'язки.
Догляд за хворими, оперованими на органах
черевної порожнини, промежині, кінцівках.
Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки**

***Методичні вказівки
до самостійної роботи студентів
2-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни «Догляд за хворими»***

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

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. 1,8. Зам. № 20-34059.

**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.