**Тема лекции:** Десмургия

 **Составитель: Швецов Д.А.**

#####

Десмургия (от греч. desmos — повязка, егgоn — дело) — раздел медицины, изучающий виды повязок, способы их нало­жения и цели, с которыми они накладываются.

Слово **«повязка»** имеет два понятия:

1) собственно перевязочный материал, накладываемый не­посредственно на зону повреждения (сухие, влажные, мазевые повязки);

2) наружную часть повязки, применяемую для укрепления (фиксации) перевязочного материала, наложенного на зону по­вреждения (повязка в узком значении слова).

**Перевязка** — лечебная процедура, состоящая из нескольких последовательных манипуляций:

1) снятие повязки; 2) манипуляция в зоне повреждения (туалет окружности раны, обработка самой раны, снятие швов); введение в рану антисептиков и пр.; 3) покрытие раны стерильным перевязочным материалом; 4) закрепление перевязочного материала в зоне раны — наложение фиксирующей повязки.

Классификация повязок

В настоящее время отсутствует единая общепринятая классификация повязок.

По виду материала, применяемого для наложения повязок , их делят на 2 группы: мягкие (клеевые, косыночные, бинтовые и др.) и твердые, или жесткие (шинные, крахмальные, гипсовые).

В зависимости от цели повязки могут быть разделены на следующие группы:

1) укрепляющие или закрепляющие, т.е. удерживающие перевязочный материал на ране или поврежденном участке тела;

2) иммобилизирующие , или неподвижные, обеспечивающие неподвижность костных отломков при транспортировке пострадавшего в лечебное учреждение и надежную фиксацию репонированных костных отломков до момента консолидации;

3) повязки с вытяжением (экстензионные) и апппараты для вытяжения, накладываемые в лечебных учреждениях для обеспечения надежной фиксации костных отломков на весь период консолидации.

Укрепляющие повязки по способу фиксации перевязочного материала делятся на липкопластырные, клеевые (коллодийные, клеоловые), косыночные, пращевидные, Т-образные и бинтовые.

Иммобилизирующие повязки разделяют на 2 группы: шинные и отвердевающие. Шинные повязки могут быть простыми (фиксационными или транспортными) и экстензионными (лечебные шины или аппараты для вытяжения). Простые шины, обычно служащие для временной или транспортной иммобилизации, бывают металлические (жесткие, проволочные и др.), деревянные, картонные, прочие (импровизированные, т.е. из любого подручного материала). Из отвердевающих повязок, в состав которых входит то или иное быстро затвердевающее вещество, применяются крахмальные, клеевые, повязки из жидкого стекла, гипсовые повязки. Наибольшее распространение получили гипсовые повязки. Они бывают круговые (циркулярные), лонгетные, окончатые, створчатые, мостовидные (прерывистые), гипсовые кроватки, гипсовые корсеты. В настоящее время чаще применяются комбинированные гипсовые повязки.

Широко используются мягкие бинтовые повязки, которые накладываются на раны и дефекты кожи (ожоги, отморожения, язвы и др.).

Каждая повязка применяется по показаниям. Например, сухая асептическая повязка, состоящая из 2-3 слоев стерильной марли, наложенная на рану, надежно защищает ее от вторичного микробного загрязнения. Наложение окклюзионной (герметичной) повязки при проникающем ранении груди является средством оказания первой помощи пострадавшему, так как она исключает проникновение воздуха в плевральную полость извне и нарушение акта дыхания.

Виды перевязочного материала

Перевязочный материал, применяемый во время операций и для перевязок, должен удовлетворять следующим требованиям: быть биологически и химически интактным; обладать капиллярностью и хорошей гигроскопичностью; быть минимально сыпучим; быть мягким, эластичным и не травмировать мягкие ткани; легко стерилизоваться и не терять при этом своих качеств; быть дешевым в производстве.

Наиболее распространенным перевязочным материалом, используемым в хирургической практике, является марля. Для перевязок применяется гигроскопическая марля - редкая, сеткообразная, хлопчатобумажная ткань, легко впитывающая жидкость. Гигроскопичность марли определяют, опуская небольшой ее кусочек (5х5 см) в воду, который должен быстро пропитаться водой и утонуть менее чем через 10 секунд. Имеется вискозная марля, отличающаяся шелковистостью, белизной и гигроскопичностью. Выпускается также гемостатическая марля, которая применяется для остановки капиллярного и паренхиматозного кровотечения. Из гигроскопической марли изготовляют большие и малые салфетки, тампоны, турунды, шарики и бинты. Норма расхода за год на хирургическую койку - 200 м марли и 225 штук бинтов.

Очень ценным перевязочным материалом является приготовляемая из хлопка вата, которая бывает двух видов - простая (необезжиренная) и гигроскопическая. Последняя обладает высокой всасывающей способностью. Простая вата не гигроскопична и применяется в хирургии как мягкая подкладка, например, при наложении шин, гипсовых повязок, а также как материал, задерживающий тепло (согревающие компрессы и др.). Недостатком ваты является ее относительная дороговизна.

Дешевым перевязочным материалом, к тому же обладающим весьма высокими всасывающими свойствами, является лигнин - особым образом обработанная древесина деревьев хвойных пород, выпускаемая в виде пластов тонкой гофрированной бумаги. В связи с малой эластичностью и прочностью, а также недостаточной популяризацией его среди медицинских работников, лигнин не нашел широкого применения. Другие перевязочные материалы - джут (индийская конопля, юта), торф, мох - в современных условиях не используются.

**Укрепляющие повязки**

Повязку необходимо накладывать правильно, чтобы она прочно фиксировала перевязочный материал, достаточно хорошо закрывала пораженную часть тела, не сбивалась и не сдавливала поврежденный участок , была удобной для пациента, легкой и красивой. Чаще всего для наложения укрепляющей повязки используют бинт, иногда бинт можно заменить косыночной повязкой, реже - различными наклейками. При наложении повязки необходимо создать для фиксируемых суставов наиболее выгодное в функциональном отношении положение.

**Липкопластырные повязки**

Простейшей формой укрепляющей повязки является липкопластырная повязка, когда перевязочный материал на ране удерживается полосками липкого пластыря, причем эти полоски с краев наложенного на рану перевязочного материала переходят на обнаженную кожу с той и другой стороны повязки и плотно приклеиваются к ней, удерживая повязку на ране. Данную повязку можно использовать также для сближения краев гранулирующей раны. Липкий пластырь применяют для лечения переломов методом постоянного вытяжения, особенно у детей.

**Клеевые повязки**

Перевязочный материал, наложенный на рану, необходимо хорошо фиксировать. С этой целью применяются клеевые повязки. Их преимущества при использовании на некоторых участках тела, особенно на туловище, заключаются в следующем:

1) закрывая непосредственно область раны, можно наблюдать за состоянием окружающего кожного покрова;

2) просто и быстро накладываются;

3) не ограничивают движений больного; 4) требуется небольшой расход материала.

Наиболее распространенными клеевыми повязками являются коллодийные и клеоловые.

Коллодий - раствор коллоксилина в эфире и спирте. Раствор наносят кисточкой на края марлевой салфетки, наложенной поверх перевязочного материал. При испарении растворителей коллодий застывает, плотно фиксируя повязку к коже. Недостатками данной повязки являются раздражение кожи, а также неприятные ощущения в результате стягивания кожи на месте смазывания коллодием, кроме того коллодий легко воспламеняется.

В настоящее время для повязок-наклеек широко применяется клеол, который не стягивает и меньше раздражает кожу. После наложения перевязочного материала на рану кожу вокруг смазывают тонким слоем клеола. Через 10-20 секунд сверху накладывают растянутую марлевую салфетку и плотно прижимают ее края к коже. Свободные края марлевой салфетки, не приставшей к коже, срезают.

В клинике находят применение пленкообразующие препараты - клей БФ-6, пластубол, лифузол, которые наносятся методом распыления или разбрызгивания; после высыхания образуется эластичная защитная пленка. предупреждающая развитие раневой инфекции.

**Косыночные повязки**

Косыночная повязка является распространенной повязкой первой медицинской помощи, так как она не требует сложных присоблений, может быть быстро наложена с использованием головного платка, простыни, лоскута марли, холста и пр. Обычно применяют треугольную косынку или повязку в виде квадратного куска ткани, сложенного вдвое по диагонали. В косынке различают основание. середину. верхушку и два конца. При оказании первой медицинской помощи косынка, сделанная из головного платка, может служить для наложения повязки практически на любую часть тела. Чаще всего косыночную повязку применяют для подвешивания верхней конечности, особенно при травмах предплечья и кисти.

**Пращевидные повязки**

Данная повязка относится к повязкам упрощенного типа. Ее изготавливают из длинной полосы марли или бинта, оба конца которой надрезают в продольном направлении на равном расстоянии от краев, несколько не доходя до середины. У такой повязки образуется 4 конца; средняя часть предназначена для прикрытия участка повреждения поверх перевязочного материала и закрепления последнего. Пращевидную повязку наиболее часто применяют на лице в области носа, лба, затылка, подбородка. Как и косыночная повязка, она не закрывает герметически поврежденную область и непрочна.

**Т-образные повязки**

Данная повязка удобна для удержания перевязочного материала на промежности. При необходимости может быть быстро наложена и снята. Проста в изготовлении, состоит из горизонтальной и вертикальной (более широкой) полосок бинта, причем горизонтальная часть идет вокруг талии в виде пояса, а вертикальная - от поясницы через промежность вперед и привязывается к тому же поясу. Т-образная повязка с успехом может заменить так называемый суспензорий, применяемый для поддержания мошонки, например, после операции по поводу водянки яичка, при орхитах, орхоэпидидимитах и т.д.

**Бинтовые повязки**

Бинтовые повязки являются самыми распространенными, так как удовлетворяют требованиям, предъявляемым к современной рациональной повязке (прочность, эластичночть, пористость, создание нужного давления и др.). В настоящее время для бинтования почти исключительно употребляют мягкую марлю, обладающую хорошей эластичностью. Марлевые бинты не препятствуют испарению влаги из повязки. Бинты из более плотной ткани (фланель, холст, коленкор) в настоящее время не применяются. Скатанная часть бинта называется головкой, а началом его является свободный конец. Бинты могут быть одноглавые и двуглавые (скатанные с двух концов до середины), последние используют в исключительных случаях (повязка на голову). Тыльная часть бинта, т.е. поверхность, обращенная к бинтуемой части тела, именуется спинкой, а противоположная сторона - брюшком, причем при бинтовании брюшко должно быть обращено кнаружи, чтобы бинт легко и свободно мог раскатываться на поверхности бинтуемого участка тела.

**Правила наложения мягкой бинтовой повязки**

Несмотря на большую распространенность бинтовых повязок, наложение их требует определенного навыка, знаний и умения. Правильно наложенная повязка не беспокоит больного, аккуратна, прочно и длительно фиксирует перевязочный материал. Чтобы повязка лежала правильно, следует употреблять бинты соответствующей ширины, в зависимости от размеров бинтуемой анатомической области. Так, для туловища необходимы бинты шириной 10-12см, для головы - 6-8 см, для кисти и пальцев - 4-6 см.

Приступая к бинтованию, следует позаботиться о том. чтобы пациент находился в удобном для него положении, а бинтуемая часть тела была доступна со всех сторон. Обязательным условием является наложение повязки при горизонтальном положении больного (исключение составляют мелкие повреждения) с целью предупреждения осложнений (шок, обморок). Повязку накладывают в таком положении конечности, какое в функциональном отношении наиболее выгодно, особенно при наложении повязки на длительный срок. Очень важно, чтобы наложение повязки, как и сама повязка не вызывали у больного неприятных ощущений, что во многом зависит от умения бинтующего. Во время бинтования он должен стоять лицом к пациенту, чтобы постоянно наблюдать за его состоянием. Бинтование очень утомительно и неудобно, если бинтуемому приходится сильно наклоняться или поднимать вверх руки, поэтому лучше всего располагать бинтуемую часть тела на уровне нижней части груди бинтующего.

Бинтование состоит из следующих этапов:

1) наложение начальной части повязки;

2) наложение собственно ходов повязки;

3) закрепление повязки.

Бинтование следует начинать с периферических отделов, постепенно покрывая турами бинта более центральные области тела. Исключение составляют повязки на кисть, стопу и пальцы кисти и стопы, когда туры бинта располагают от центра к периферии. Головку бинта держат в правой руке, начало бинта - в левой, раскатывают бинт слева направо спинкой по бинтуемой поверхности тела, не отрывая рук от нее и не растягивая бинт в воздухе. В некоторых случаях может быть проведено бинтование справа налево, например, при наложении повязок на правую область лица и груди. Бинт должен катиться гладко, не образовывать складок; края его не должны отставать от поверхности и образовывать “карманы”. Рука бинтующего должна сдедовать за ходом бинта, а не наоборот. При наложении повязки, кроме ползучей, каждый последующий тур прикрывает предыдущий на 1/3 или на 1/2 ширины бинта.

Для закрепления повязки по окончании бинтования конец бинта надрывают или (лучше) надрезают ножницами в продольном направлении; оба конца перекрещивают и завязывают, причем ни перекрест, ни узел не должны ложиться на раневую поверхность. Иногда конец бинта подгибают за последний круговой ход или прикалывают к предыдущим турам английской булавкой.

**Ошибки при наложении мягких повязок**

1. Если повязка наложена туго, возникают цианоз, отек, уменьшается температура дистального отдела конечности, появялются пульсирующие боли. При транспортировке больного с туго наложенной повязкой в зимнее время может наступить отморожение дистального отдела конечности. В случае появления описанных симптомов поврежденной конечности придают возвышенное положение. Если через 5-10 минут не наступит улучшения, повязку необходимо ослабить или заменить.

2. При слабом натяжении бинта повязка быстро сползает. В таком случае лучше ее сменить, обеспечив при бинтовании полное пассивное положение поврежденной конечности.

3. Целостность повязки легко нарушается, если не сделаны первые закрепляющие туры. Для исправления ошибки повязку необходимо подбинтовать, укрепив ее с помощью клеола и лейкопластыря. При снятии повязки бинт либо разрезают, либо разматывают. Разрезать повязку начинают вдали от поврежденного участка либо с противоположной ране стороны. При разматывании бинт собирают в ком, перекладывая его тз одной руки в другую на близком расстоянии от раны.

**Типы бинтовых повязок**

Чтобы правильно наложить любую повязку, необходимо знать анатомические особенности той или иной части тела и так называемые физиологические положения в суставах. Различные отделы конечностей имеют различную форму (цилиндрическую - плечо, коническую - предплечье, голень), что необходимо учитывать при наложении бинтовых повязок. На характер бинтования (большее количество перегибов бинтов) могут также влиять более выраженная мускулатура у мужчин и большая округлость форм у женщин. С учетом этих положений разработаны различные типы бинтовых повязкок.

Выделяют следующие типы бинтовых повязок: круговую или циркулярную (fascia circularis), спиральную (fascia spiralis), ползучую или змеевидную (fascia serpences), крестообразную или восьмиобразную (fascia cruciata ceu octoidea), колосовидную (fascia spica), возвращающуюся (fascia reccurens), черепашью сходящуюся и расходящуюся (fascia testudo inversa or reversa). Однако следует отметить, что бинтовая повязка на любом участке тела не может быть только круговой или только спиральной и т.д., так как такая повязка может легко смещаться, поэтому она обязательно должна быть подкреплена 8-образными ходами, чтобы плотно прилегать к поверхности бинтуемой части тела. Возможна импровизация и комбинация различных типов повязок при бинтовании обширных участков тела. Так, при бинтовании всей нижней конечности могут быть использованы все 7 основных вариантов повязок.

**Повязки с использованием эластичных сетчато-трубчатых бинтов**

Для удержания стерильного материала на ране широко используются трубчатые трикотажные бинты и эластичные сетчато-трубчатые бинты “Ретиласт”, которые, обладая большой растяжимостью, плотно облегают любую часть тела, не распускаются при надрезании и в то же время не ограничивают движений в суставах. Техника и этапы наложения данных бинтов идентичны. Имея сетчатую структуру, эластичные сетчато-трубчатые бинты обеспечивают возможность аэрации и наблюдение за состоянием паравульнарной области. Они могут применяться не только для наложения фиксирующей повязки, но и давящей, предупреждающей развитие отеков конечностей, способствующей остановке кровотечения, удерживающей трансплантаты после кожной пластики.

**Специальные повязки**

При оказании само- и взаимопомощи широко используют готовые мягкие стандартные повязки, изготовленные промышленным способом. Многие из них стерильные, удобные в употреблении, значительно экономят время при оказании первой медицинской помощи, высокоэффективны. Различают следующие готовые мягкие повязки: индивидуальный перевязочный пакет (ИПП) и перевязочный пакет, повязка стерильная малая и повязка стерильная большая, подушечки ватно-марлевые стерильные, лента ватно-марлевая медицинская, лента ватная медицинская, повязки фиксирующие, контурные. Основным элементом готовой стандартной стерильной повязки являются ватно-марлевые подушки, которые в зависимости от площади раневой поверхности бывают трех размеров. Готовые мягкие стандартные стерильные повязки выпускают в виде пакетов, который изнутри выстлан пергаментной бумагой, а снаружи покрыт прорезиненной тканью, полимерной прозрачной пленкой или пергаментной бумагой. Чтобы перевязочный материал обладал антибактериальным действием, более длительно сохранял стерильность, его пропитывают антисептиком.

При нейротрофических синдромах, трофических язвах на голени накладывают цинк-желатиновую повязку. Цинк-желатиновая повязка Кефера-Унна имеет следующий состав: Gelatinae 30,0; Zinci oxydi, Glycerini aa 50,0; Aq. destill. 90,0. Пасту перед употреблением подогревают и наносят равномерным слоем на голень и стопу. Забинтовывают туго марлевым бинтом без каймы в один слой. Вновь наносят слой пасты и опять бинтуют в один слой. Таким образом попеременно смазывают и бинтуют конечность четыре раза. Повязку накладывают на неделю, затем ее меняют и так до полного заживления язвы.

**Перевязка**

Перевязка - процесс наложения повязки, лечебно-диагностическое мероприятие, применяемое с целью создания наиболее благоприятных условий для заживления раны.

Выполнение перевязки преследует не только лечебную, но и диагностическую цель: определение характера заживления раны, фазы раневого процесса и необходимых лечебных мероприятий, динамики течения заболевания, выполнение фистулографии, зондирование свищевого хода и т.д. Перевязка проводится в специально оборудованном помещении - перевязочной с соблюдением правил асептики (аподактильный метод работы, использование стерильного хирургического инструментария и перевязочного материала).

Основными этапами перевязки являются обезболивание (при необходимости), снятие повязки, осмотр раны, туалет раны, выполнение диагностической или лечебной процедуры, наложение повязки.

**6. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТЫ:**

6.1. В начале занятия преподаватель уделяет время организационным вопросам, отмечает в журнале присутствующих студентов, указывает на необходимость соблюдения учебной дисциплины, бережного отношения к имуществу кафедры; знакомит с общим планом практического занятия. Проводится мотивация, разъясняется важность темы для студентов, ее прикладное значение.

 6.2. Студенты отвечают на вопросы контроля исходного уровня знаний по данной теме.

 6.3. Далее преподаватель выясняет уровень подготовки к занятию каждого студента путем его опроса и оценки ответов по пятибальной системе.

 6.4. В процессе обсуждения преподаватель выясняет сложные вопросы, требующие совместного разбора и уточнения.

 6.5. Студенты переходят к практической части занятия (курация тематических больных, участие в операциях, разбор тематических историй болезней).

6.6. Проводится заключительный контроль знаний студентов устно или путем решения тестовых задач.

6.7. Выводится рейтинговая оценка.

**7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ВОПРОСЫ:**

**1**

Женщина с 10-летним мальчиком обратилась к Вам в связи с тем, что ребенка беспокоят боли в правом лок­тевом суставе. Мальчику 6 ч назад в амбулатории на инфицированную ссадину локтевого сустава после ее обработки была наложена повязка.

При осмотре определяются легкая синюшность пра­вого предплечья и кисти, выбухание подкожных вен, даже при поднятии руки кверху.

Что случилось? Как помочь ребенку?

**2**

На прием пришел мужчина 40 лет, которого беспо­коит зуд левого предплечья. Три дня назад получил тер­мический ожог 1—11 степени. На предплечье была на­ложена асептическая повязка.

При осмотре установлено, что повязка на тыльной поверхности средней трети предплечья намокла желто­вато-серым отделяемым, сухая.

Как правильно снять повязку?

**3**

В приемный покой доставлен мужчина 34 лет с реза­ной раной ладонной поверхности средней трети правого предплечья. Со слов пострадавшего, рану 1,5 ч назад на улице нанес ножом неизвестный.

Произведен туалет раны, наложены первичные швы. Медсестра перевязочный материал на ране закрепила повязкой, завязав концы бинта в узел над раной. После этого она ввела больному подкожно 0,5 мл столбняч­ного анатоксина и 3000 ME противостолбнячной сыво­ротки.

Какая ошибка допущена в технике наложения повязки?

**4**

У больной, 68 лет, на внутренней поверхности ниж­ней трети правой голени имеется трофическая язва раз­мером 1,5 х 2 см с некротическим дном, гиперемией кожи и болезненностью вокруг.

Язва обработана раствором антисептика, осушена, прикрыта салфеткой с мазью "Ируксол".

Какую закрепляющую бинтовую повязку Вы наложите?

**5**

Больной вследствие варикозного расширения под­кожных вен в стадии субкомпенсации произведена венэктомия большой подкожной вены на правом бедре и голени. Раны ушиты, обработаны 1% раствором йодона-та, закрыты салфетками.

Какую бинтовую повязку следует наложить на ниж­нюю конечность для закрепления перевязочного мате­риала?

**6**

Больному К., 20 лет, в связи с травмой шейного от­дела позвоночника и повреждением спинного мозга в целях декомпрессии его произведена неотложная ламин-эктомия. Рана на задней поверхности шеи ушита, за­крыта марлевыми салфетками.

Какую бинтовую повязку Вы наложите для закрепле­ния перевязочного материала?

**7**

Вы — врач скорой помощи. Вас вызвали к больному с проникающим ранением грудной клетки справа.

Состояние пострадавшего тяжелое. Он инстинктивно прикрывает рану рукой, наклонившись в правую сторо­ну. При осмотре раны отмечается засасывание воздуха через нее в момент вдоха, а при выдохе воздух с шумом выходит из нее. Ваши действия?

**8**

Больному С., 28 лет, произведено вскрытие гнойного локтевого бурсита. Сумка промыта раствором антисеп­тика, дренирована турундой, смоченной гипертониче­ским раствором натрия хлорида, прикрыта марлевой салфеткой.

Как Вы закрепите перевязочный материал?

**9**

Больной С., 36 лет, пострадал во время автодорож­ного происшествия. Имеются резаная обильно кровото­чащая рана в правой височной области и обширная руб­лено-рваная рана по наружной поверхности правого плечевого сустава. Признаков перелома плеча нет.

Какие повязки следует наложить больному при ока­зании первой помощи?

**10**

Вы — случайный свидетель несчастного случая: ребе­нок ошпарил кипятком правую кисть, кричит от боли. На тыльной поверхности пальцев и кисти появились волдыри.

В домашней аптечке имеются раствор фурацилина (1:5000) и в упаковке стерильный бинт.

В целях оказания первой помощи какую повязку следует наложить пострадавшему?

**11**

В сельскую участковую больницу доставлен 52-летний рабочий совхоза с ушибленно-рубленой раной правой теменной области, которую пострадавший сам прикрывает сложенным носовым платком.

 Какой объем медицинской помощи должен быть оказан больному?

**12**

Как участковый педиатр Вы, осмотрев на дому ре­бенка, порекомендовали наложить ему на правое ухо согревающий компресс. Мать ребенка, сославшись на неумение выполнить эту процедуру, попросила Вас по­мочь.

Как наложить согревающий компресс на ухо и с по­мощью какой повязки укрепить его?

**13**

К врачу сельской амбулатории обратился мальчик 11 лет, который около часа назад во время игры в хок­кей получил удар клюшкой по области левого глаза. Сразу была оказана первая помощь в виде наложения на этот глаз снега.

Визуально определяются умеренная гиперемия глаз­ного яблока, эрозия роговицы. При пальпации глаз бо­лезнен.

Установлен диагноз: тупая травма левого глаза.

Какой объем первой врачебной помощи должен быть оказан ребенку?

**14**

Мужчина, 47 лет, упал с велосипеда. Жалуется на бо­ли в области правого надплечья.

Визуально отмечаются припухлость, деформация, бо­лезненность и крепитация в проекции средней трети правой ключицы. Пульс на правой лучевой артерии удовлетворительный.

Какой Вы поставите диагноз и какую бинтовую иммобилизирующую повязку наложите?

**15**

После вправления травматического вывиха правого плеча у пострадавшего необходимо иммобилизировать

правую верхнюю конечность в среднем на 1 — 1,5 неде­ли.

Какую бинтовую иммобилизирующую повязку Вы наложите?

**Ответы на задачи.**

**1**

Повязка ребенку наложена туго, вследствие чего воз­никло нарушение кровообращения. Необходимо ослабить или сменить повязку.

**2**

Снимать повязку необходимо либо разрезав ее вдали от участка повреждения, либо с противоположной сто­роны ожоговой раны.

Бинт можно разматывать, собирая его в ком и пере­кладывая из одной руки в другую, на близком расстоя­нии от раны.

Присохшая повязка легче снимается после смачива­ния ее 3% раствором водорода пероксида.

**3**

При закреплении повязки ни перекрест друг с дру­гом концов надрезанного бинта, ни сам узел не должны накладываться на раневую поверхность.

**4**

В приведенном случае для бинтования удобна круго­вая (циркулярная) повязка на нижнюю треть голени.

**5**

В начале бинтования для удержания перевязочного материала на значительном протяжении конечности применяют ползучую (змеевидную) повязку. После этого следует наложить восходящую спиральную повяз­ку. Вследствие конической формы голени для бинтова­ния ее удобна спиральная повязка с перегибами бинта.

В подобных случаях можно применять и тедениановское бинтование нижней конечности, суть которого со­стоит в сочетании нескольких повязок: восьмиобразной повязки стопы, черепашьей повязки пяточной области, спиральной повязки с перегибами на голень, черепашь­ей повязки на область коленного сустава, спиральной повязки с перегибами на бедро, восходящей колосовидной повязки в области тазобедренного сустава и таза.

**6**

Для закрепления перевязочного материала на задней поверхности шеи следует наложить крестообразную повязку. Перед бинтованием в целях предупреждения сдавливания шеи переднюю поверхность ее желательно обложить слоем ваты. Чтобы повязка не сбивалась квер­ху, ее целесообразно дополнить ходами бинта типа кре­стообразной повязки спины.

**7**

Необходимо срочно наложить окклюзионную повяз­ку в момент выдоха. Для этого кожу вокруг раны смазы­вают 5% спиртовым раствором йода, рану закрывают стерильной марлевой салфеткой, а сверху черепицеобразно накладывают полоски лейкопластыря, которые заходят далеко за края салфетки.

Если Вы имеете индивидуальный перевязочный па­кет, то можно воспользоваться им. В этом случае рану закрывают ватно-марлевой подушечкой, кожу вокруг подушечки для лучшей герметизации смазывают вазе­лином, накладывают на нее внутренней (стерильной) поверхностью прорезиненную упаковку пакета и закре­пляют спиральной бинтовой повязкой на грудь. Для бо­лее надежного предотвращения смещения повязки же­лательно прибинтовать и соответствующую руку к по­раженной стороне грудной клетки. Больному вводят обезболивающее, по показаниям — сердечные средства и транспортируют в хирургический стационар.

**8**

Можно наложить черепашью повязку на локтевой сустав в полусогнутом его положении или закрепить пе­ревязочный материал с помощью трубчато-эластичного бинта.

**9**

При наличии кровоточащей раны в височной облас­ти рациональнее наложить так называемую узловую по­вязку.

Перевязочный материал на ране в области плечевого сустава может быть надежно закреплен колосовидной

повязкой. Кроме того, правая верхняя конечность в данном случае должна быть подвешена с помощью ко­сынки.

**10**

Куском бинта, смоченным раствором фурацилина, необходимо укрыть обожженную кисть, вдавив складки бинта между разведенными пальцами для предотвраще­ния склеивания обожженных участков и мацерации ко­жи. После этого накладывается возвращающаяся повяз­ка на кисть ("варежка"). В подобном случае, когда под рукой нет нужного перевязочного материала, можно на­ложить косыночную повязку из сложенного по диагона­ли платка.

**11**

Необходимо широко остричь волосы вокруг раны, обработать кожу раствором йода, промыть рану раство­ром антисептика, прикрыть ее стерильной салфеткой и наложить закрепляющую повязку (шапочку Гиппократа, чепец или уздечку).

Кроме того, в целях профилактики столбняка надо ввести подкожно столбнячный анатоксин и по показа­ниям противостолбнячную сыворотку.

Следует организовать доставку больного в хирургиче­ский стационар.

**12**

Согревающий компресс на область уха приготавли­вают следующим образом. Бинт складывают в 6-8 сло­ев, в центре получившейся салфетки вырезают отвер­стие для ушной раковины. Салфетку смачивают водой в смеси со спиртом (1:1) либо маслом (камфорным или др.), отжимают и укладывают на кожу вокруг ушной ра­ковины. Салфетку закрывают полиэтиленовой пленкой (тонкой клеенкой или вощеной бумагой) так, чтобы пленка на 2-3 см перекрывала ее. Снаружи накладывают слой ваты толщиной 2-3 см, который перекрывает все нижележащее.

Компресс на области уха удобно закрепить с помо­щью неаполитанской повязки.

**13**

Необходимо закапать в глаз 5% раствор новокаина, внутримышечно ввести викасол, дать внутрь принять анальгин, аскорутин, прикрыть левый глаз стерильной салфеткой, наложить легкую монокулярную повязку и срочно направить ребенка на прием к окулисту.

**14**

У пострадавшего травматический перелом правой ключицы. Правую верхнюю конечность необходимо иммобилизировать повязкой Дезо или Вельпо.

**15**

После вправления вывиха плеча показана иммобилизирующая повязка Дезо или Вельпо.

**Тестовые вопросы.**

1. Циркулярной называется повязка, последующие туры которой:

- закрывают предыдущие на 1/2;

- закрывают предыдущие на 2/3;

+ закрывают предыдущие полностью;

- отстоят от предыдущих на ширину бинта;

- накладываются друг на друга по сходящемуся типу.

2. Ползучей (змеевидной) называется повязка, после­дующие туры которой:

- закрывают предыдущие на 1/2;

- закрывают предыдущие на 2/3;

- закрывают предыдущие полностью;

+ отстоят от предыдущих на ширину бинта;

- накладываются друг на друга по расходящемуся типу.

3. Укажите правило, которое должен соблюдать бин­тующий:

- находиться позади больного, чтобы не дышать ему в лицо;

- смотреть на лицо больного и бинтовать;

- смотреть только на бинтуемую часть тела;

- следить за действиями помощника и бинтовать;

+ смотреть на лицо больного и бинтуемую часть тела.

4. Какое из указанных правил бинтования верно?

- катить бинт, предварительно отмотав, брюшком к телу;

- катить бинт без отматывания брюшком к телу;

- катить бинт, предварительно отмотав, спинкой к телу;

+ катить бинт без отматывания спинкой к телу;

- раскатывать бинт по телу большим и указатель­ным пальцами.

5. Перевязочный материал должен удовлетворять всем требованиям, кроме:

- гигроскопичности;

- эластичности;

- возможности стерилизации без потери качества;

+ раздражающего действия на ткани;

- капиллярности.

6. Пращевидная повязка не применяется для удержа­ния перевязочного материала в области:

- носа;

- подмышечной ямки;

- подбородка;

+ ушной раковины;

- затылка.

7. Укажите один из существенных недостатков пращевидной повязки:

- сложна в исполнении;

- требует большого расхода материала;

+ не создает герметичного закрытия раны;

- применяется только при незначительных по­вреждениях;

- обременительна для больного.

8. С помощью какой повязки можно удержать пере­вязочный материал в области промежности?

- пращевидной;

- сходящейся черепашьей;

- расходящейся черепашьей;

+ Т-образной;

- колосовидной.

9. Для поддержания мошонки после операции на ней применяется повязка:

- пращевидная;

- сходящаяся черепашья;

- расходящаяся черепашья;

- колосовидная;

+ суспензорий.

10. На конусообразные участки тела (предплечье, го­лень) накладывается повязка:

- черепашья сходящаяся;

- черепашья расходящаяся;

- крестообразная;

+ спиральная с перегибом бинта;

- возвращающаяся.

11. Перевязочный материал на грудной клетке закре­пляется повязкой:

- колосовидной;

- черепашьей;

- возвращающейся;

+ спиральной;

- Вельпо.

12. Можно ли закрепить перевязочный материал на грудной клетке восьмиобразной повязкой?

+да;

- нет.

13. В области затылка и задней поверхности шеи пе­ревязочный материал закрепляется повязкой:

- возвращающейся;

+ восьмиобразной;

- колосовидной;

- черепашьей;

- ползучей.

14. При бинтовании области плечевого сустава при­меняют повязку:

- круговую;

- спиральную;

- возвращающуюся;

- змеевидную;

+ колосовидную.

15. Черепашья повязка накладывается на:

- подбородок;

- промежность;

- культю конечности;

+ пятку;

- кисть.

16. Какая закрепляющая повязка накладывается на область надколенника при согнутой в коленном суставе нижней конечности?

- спиральная;

+ черепашья;

- ползучая;

- возвращающаяся;

- крестообразная.

17. Какой бинтовой повязкой удерживается перевя­зочный материал на культе конечности?

- циркулярной;

- колосовидной;

+ возвращающейся;

- черепашьей;

- спиральной.

18. Какая повязка рациональнее для закрепления согревающего компресса на ухо?

- шапочка Гиппократа;

- уздечка;

- чепец;

- узловая;

+ неаполитанская.

19. Можно ли использовать с гемостатической целью узловую повязку при кровотечении из поврежденной височной артерии?

+да;

- нет.

20. Показанием к иммобилизации верхней конечно­сти повязкой Дезо является перелом:

- шейных позвонков;

+ ключицы;

- грудины;

- II-III ребер;

- костей предплечья.

21. Допустима ли иммобилизация верхней конечно­сти повязкой Дезо после вправления вывиха плеча?

+да;

- нет.

22. После вправления вывиха плеча конечность мож­но иммобилизировать повязкой:

- колосовидной;

+ Вельпо;

- восьмиобразной;

- черепашьей;

-тедениановской.

23. Можно ли перевязочный материал на I пальце кисти закрепить колосовидной повязкой?

+да;

- нет.

24. Повязка типа "панцирная перчатка" накладывает­ся в случае:

+ поражения кожи всех пальцев;

- переломов фаланг пальцев;

- после вправления вывиха основной фаланги I пальца;

- панариция указательного пальца;

- абсцесса ладонной поверхности кисти.

25. Для снятия присохшей к ране повязки применяют:

- эфир;

+ водорода пероксид;

- спирт;

-скипидар;

- клеол.

26. Липкопластырная повязка не используется для:

- лечения методом вытяжения при переломах;

- фиксации перевязочного материала на ране;

- сближения краев раны;

- окклюзии проникающей раны грудной клетки;

+ окончательного гемостаза.

27. Укажите наиболее грубую ошибку при наложении повязки на область шеи:

- чересчур свободна;

- не закреплена;

+ слишком тугая;

- использован широкий бинт;

- наложена с очень большим числом туров.

**8. ЛИТЕРАТУРА**

1. Общая хирургия / Под ред. *В.Шмидта, В.Хартиса, М.И.Кузина.* – М., 1986. – Т.1,2.
2. *Стручков.В.И., Стручков.Ю.В.* Общая хирургия. М., “Медицина” 1988.
3. *Маслов В.И.* Малая хирургия.- М., 1988.
4. *Макаренко Т.П., Харимонов Л.Г., Богданов А.В.* Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде.- М., 1989.
5. *Гостищев* В.К. Общая хирургия. Учебник.- М., 1993.
6. Хирургические болезни. Учебник / *под ред. М.И.Кузина*.- Изд. 2-е.- М., 1995.
7. *Лопухин И.С., Савельев В.С.* Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- М., 1997.
8. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. *В.С.Савельева.* 2-е изд.- М., 1986.
9. *Мурашко В.В., Шуганов Е.Г., Панченко А.В.* Общий уход за больными. - М.: Медицина, 1988.
10. *Напалков П.Н.,Смирнов А.В.. Шрайбер М.Г.* Хирургические болезни. - М.: Медицина, 1969.
11. *Аничкин В.В.* *и др.* Послеоперационный период. Учебное пособие. Минск, 1987.
12. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. *В.С.Савельева.* 2-е изд. М., 1986.
13. *Архангельская-Левина М.С.* Основные этапы ведения хирургических больных. - М., 1964.
14. *Астапенко В. Г.* Практическое руководство по хирурги­ческим болезням. - Минск, 1979.
15. *Вагнер Е. А.* и др. О самовоспитании врача. - М., 1971.
16. *Григорян А. В.* Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. - М., 1976.
17. *Губергриц А. Я.* Непосредственное исследование боль­ного. - М., 1972.
18. Общая хирургия / Под ред. *В.Шмидта, В.Хартиса, М.И.Кузина.* – М., 1986. – Т.1,2.
19. *Дудкевич Г. А.* Методика клинического исследования хирургических больных. – Ярославль, 1963.
20. *Линденбаум И. С.* Методика исследования хирургическо­го больного. - М.,1957.
21. Раны и раневая инфекция / Под ред. *М.И.Кузина*.- М., 1990.
22. *Хеглин Ю.* Хирургическое обследование (Пер. с нем.). - М., 1980.
23. *Войно-Ясенецкий В.Ф.* Очерки гнойной хирургии. - Л., 1956.
24. *Кованов В.В.* Оперативная хирургия и топографическая анатомия. - М., 1985.
25. *Литтман Н.И.* Оперативная хирургия. - М., 1986.