

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ
В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ
У 4-х модулях. Модуль 1**

У 4-х частинах

Частина 4

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів
другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

Електронний ресурс

Харків – 2025

Рецензенти:

Н. С. Шевченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

О. М. Кудрєвич – кандидат медичних наук, доцент, завідувач хірургічного відділення КНП «Красноградська ЦРЛ» Харківської області.

Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 5 від 30 січня 2025 року)

- Д 59 **Догляд** за хворими в умовах хірургічного стаціонару. У 4-х модулях. Модуль 4. У 4-х частинах. Ч. 4 : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії» [Електронний ресурс] / уклад. М. С. Матвеєнко, І. А. Рудас, Ф. В. Гладких. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 40 с.)

Дані методичні рекомендації спрямовані на формування у студентів вмінь і навичок, необхідних для якісного виконання професійних обов'язків у хірургічному стаціонарі. У них розглядається зміст догляду за пацієнтами, його роль у структурі загальноклінічних заходів стаціонару, а також практичні аспекти, пов'язані з лікуванням, гігієною та організацією медичної допомоги. Перев'язувальний матеріал і техніка накладання пов'язок є основними складовими догляду за пацієнтами з хірургічною патологією. Ефективне використання перев'язувальних засобів сприяє забезпеченню стерильності операційних та ранових поверхонь, зменшенню болю, запобіганню ускладнень і прискоренню загоєння.

Методичні рекомендації мають на меті ознайомити студентів із видами перев'язувального матеріалу, їх основними властивостями та призначенням. Правильний вибір матеріалу та техніки накладання пов'язок залежить від клінічної ситуації, анатомічної ділянки ураження та потреб конкретного пацієнта.

УДК 616-089-083(072)

- © Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025
- © Матвеєнко М. С., Рудас І. А., Гладких Ф. В., уклад., 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ.....	5
1.1. Студент повинен знати.....	6
1.2. Студент повинен уміти.....	6
2. ВСТУП.....	7
3. ВИДИ ПЕРЕВ'ЯЗОЧНОГО МАТЕРІАЛУ, ЙОГО ВЛАСТИВОСТІ	8
4. ПОНЯТТЯ ПРО ПОВ'ЯЗКУ ТА ПЕРЕВ'ЯЗКУ	10
5. ВИДИ ПОВ'ЯЗОК	11
6. ПРАВИЛА БИНТУВАННЯ	12
7. ПОВ'ЯЗКИ НА ГОЛОВУ	15
8. ПОВ'ЯЗКИ НА ШИЮ	17
9. ПОВ'ЯЗКИ НА ТУЛУБ.....	18
10. ПОВ'ЯЗКИ НА ДІЛЯНКУ ЖИВОТА І ТАЗА.....	20
11. ПОВ'ЯЗКИ НА ВЕРХНЮ КІНЦІВКУ.....	22
12. ПОВ'ЯЗКИ НА НИЖНЮ КІНЦІВКУ.....	30
13. ІНШІ ВИДИ ПОВ'ЯЗОК.....	34
14. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	35
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	39

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ФАП	- Фельдшерсько-акушерський пункт
НДІ	- Науково-дослідний інститут

1. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
Іноземна мова	Вміти працювати з іноземними джерелами для отримання актуальної інформації щодо етичних та організаційних аспектів роботи у хірургічній клініці, навичок командної роботи та ефективної комунікації з пацієнтами.
Медична біологія	Застосовувати сучасні комп'ютерні програми та вміти працювати з ними, володіти статистичними методами обробки результатів клінічних випробувань, аналізувати результати досліджень, вміти оцінювати та інтерпретувати результати клінічних випробувань.
Анатомія людини	Вміти описати будову різних ділянок тіла людини
Нормальна фізіологія, гістологія, цитологія та ембріологія	Знати нормальні функції та регуляцію серцево-судинної, легеневої системи, центральної нервової системи, розуміти і визначити взаємозв'язки їх структур та функцій з іншими органами і системами людини
Гістологія	Вміти описати будову тканин людини
Біоорганічна та біологічна хімія	Знати основні біохімічні процеси в організмі: обмін білків, вуглеводів, жирів, поняття про катаболічні та анаболічні процеси. Цикл Кребса, аеробний та анаеробний гліколіз. Продемонструвати знання показників загального білка і фракції білірубину, коагулограми, глюкози, сечовини, креатиніну, загального аналізу крові і сечі у здорових осіб.
Пропедевтика внутрішньої медицини	Проводити фізикальне обстеження пацієнтів, аналізувати результати лабораторних та інструментальних досліджень. Вміти визначати провідні синдроми і симптоми. Вміти проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати і

	формулювати діагноз на підставі фізикального обстеження і даних додаткових методів дослідження.
--	---

1.1 Студент повинен знати

- визначення та суть поняття дизмургія та її місце у хірургії;
- види пов'язок (стерильні, асептичні, компресійні, іммобілізаційні тощо) та їхнє призначення;
- основні вимоги до виготовлення та накладання пов'язок;
- види матеріалів, які використовуються для перев'язок, їхні властивості та застосування;
- показання та протипоказання до застосування певних типів пов'язок;
- техніки накладання різних видів пов'язок;
- роль стерильності у профілактиці інфекцій при проведенні перев'язок;
- використання антисептичних засобів для обробки ран перед накладанням пов'язок;

1.2. Студент повинен вміти

- визначати тип пов'язки відповідно до виду рани, її локалізації та стану пацієнта;
- правильно обирати перев'язувальні матеріали та інструменти залежно від клінічної ситуації;
- накладати пов'язки різних типів: бинтові, пластирні, трубчасті, компресійні та іммобілізаційні пов'язки;
- проводити стерильну обробку ран перед накладанням пов'язки;
- дотримуватися техніки роботи зі стерильними матеріалами та інструментами, застосовувати антисептичні засоби відповідно до характеру ураження;

- виявляти та усувати наслідки неправильного накладання пов'язок (здавлення тканин, порушення кровообігу тощо);

- роз'яснювати пацієнтам мету і хід процедури перев'язки, працювати в команді з іншими членами медичного персоналу для забезпечення якісного догляду.

2. ВСТУП

Перев'язувальний матеріал і техніка накладання пов'язок є основними складовими догляду за пацієнтами з хірургічною патологією. Ефективне використання перев'язувальних засобів сприяє забезпеченню стерильності операційних та ранових поверхонь, зменшенню болю, запобіганню ускладнень і прискоренню загоєння.

Методичні рекомендації мають на меті ознайомити студентів із видами перев'язувального матеріалу, їх основними властивостями та призначенням. Правильний вибір матеріалу та техніки накладання пов'язок залежить від клінічної ситуації, анатомічної ділянки ураження та потреб конкретного пацієнта.

Документ також охоплює основні принципи і методи накладання типових бинтових пов'язок на живіт, промежину та кінцівки. Ці знання необхідні для забезпечення фіксації пов'язки, оптимального рівня компресії, а також створення комфортних умов для пацієнта.

Запропоновані рекомендації розроблені на основі сучасних стандартів хірургічної практики та враховують специфіку роботи медичних сестер і молодшого медичного персоналу. Вони допоможуть опанувати техніку виконання перев'язок, забезпечити правильний догляд за хірургічними ранами та сприяти запобіганню ускладненням.

Дотримання технік викладених у даних методичних рекомендаціях сприятиме підвищенню якості надання медичної допомоги, покращенню

результатів лікування пацієнтів і зниженню ризику виникнення післяопераційних ускладнень.

3. ВИДИ ПЕРЕВ'ЯЗОЧНОГО МАТЕРІАЛУ, ЙОГО ВЛАСТИВОСТІ

Десмургія (з грец. desmos — зв'язок, пов'язка, ergon -- робота. дія) - вчення про пов'язки, правильне застосування й накладання їх при різних ушкодженнях і захворюваннях.

Перев'язувальний матеріал, який використовують при операціях і перев'язках, повинен відповідати таким вимогам: мати добру капілярність, бути гігроскопічним, тобто мати добру всмоктувальну дію, еластичним, не подразнювати тканини, тобто бути хімічно і механічно інертним, піддаватися стерилізації без порушення його якості.

Найбільш поширеними і вживаними в якості перев'язувальних матеріалів є марля і вата. Для перев'язок використовують гігроскопічну марлю - рідку, сітчасту, бавовняну тканину, яка легко всмоктує рідину. Гігроскопічність марлі визначають наступним чином: клаптик її розміром 5х5 см опускають у воду, і якщо гігроскопічність нормальна, то він повинен швидко просякнутися водою і зануритися у воду менше ніж за 10 с.

Випускають ще віскозну марлю, але застосування її обмежене у зв'язку з тим, що у вологому стані вона наполовину втрачає свою міцність і може розпадатися після автоклавування.

Виробляють також **гемостатичну**, або **кровозупинну** марлю, яку застосовують для зупинки капілярних і паренхіматозних кровотеч, при цьому кровотеча зупиняється через 2-7 хв. Цю марлю не можна стерилізувати, бо вона та імпregновані гемостатичні речовини є вже стерильними, а повторна стерилізація призведе до руйнування активних речовин.

Гігроскопічну марлю використовують для виготовлення великих і малих серветок, тампонів, турунд, кульок та бинтів.

Серветки - це квадратні шматки марлі різної величини, складені в декілька шарів із загорнутими всередину краями, щоб до рани не попадали нитки.

Тампони - різної довжини і ширини смужки марлі, загорнуті всередину краями. Їх використовують в основному для зупинки кровотечі.

Турунди, які менші за розмірами від тампонів, використовують для дренивання невеликих за розмірами порожнин.

Марлеві кульки - невеликі шматки марлі, складені у вигляді чотири- або трикутних пластинок. Їх застосовують для висушування рани. Іноді з цією метою використовують кульки гігроскопічної вати, загорнуті в марлю (ватно-марлеві кульки).

Бинти - це різної довжини (2-3 м) і ширини (2,5-20 см) смужки марлі, скручені в бобіну. Їх використовують для закріплення пов'язок та для фіксації іммобілізуючих пов'язок. В останній час набувають поширення трубчасті бинти. Їхня перевага в тому, що вони завдяки своїй еластичності добре моделюють конфігурацію тіла і надійно фіксують перев'язувальний матеріал.

Цінним перев'язувальним матеріалом є вата. Вона буває двох видів - **проста** (незнежирена) і **гігроскопічна**. Остання має велику всмоктувальну здатність. Проста (сіра або компресна) вата не є гігроскопічною і використовується як підкладка при накладанні шин, гіпсових пов'язок, а також для компресів як утримувач тепла.

На даний час у хірургічній практиці в основному користуються асептичним перев'язувальним матеріалом, тоді як антисептичний, тобто імпрегнований різними антисептичними препаратами, не знайшов широкого застосування.

4. ПОНЯТТЯ ПРО ПОВ'ЯЗКУ ТА ПЕРЕВ'ЯЗКУ

Вчення про пов'язки, показання до їх застосування та правила накладання називають десмургією. Розрізняють поняття про *пов'язку* і *перев'язку*.

Під *пов'язкою* слід розуміти все те, що накладають на уражену частину тіла з лікувальною метою. Пов'язка складається з перев'язувального матеріалу, що накладається безпосередньо на рану, та різних додаткових засобів (клеол, лейкопластир, бинт і ін.), що укріплюють і утримують перев'язувальний матеріал у відповідному положенні. *Перев'язкою* називають процес накладання пов'язки. Залежно від характеру ушкодження, визначають тактику і вид пов'язки (закріплювальна, іммобілізуюча, стискальна та ін.).

Класифікація пов'язок.

I. За типом використаного матеріалу пов'язки поділяють на 2 групи:

- а) м'які (клейові, бинтові, косинкові та ін.);
- б) тверді, або жорсткі, (шинні, крохмальні, гіпсові пов'язки).

II. Залежно від мети накладання, пов'язки можуть бути:

1) закріплювальні, тобто ті, які утримують перев'язувальний матеріал на рані або на ураженій поверхні;

2) іммобілізуючі, або нерухомі, які забезпечують нерухомість ураженої частини тіла. Ці пов'язки, як правило, застосовують при травмах опорно-рухового апарату для попередження болю при транспортуванні, а в лікарняних умовах - для утримання в правильному положенні відламків кісток після репозиції або після операцій на кістках;

3) екстензійні - пов'язки з витягненням. З цією метою використовують апарати для витягнення (Г.Н. Ілізаров, О.М. Єдинак й ін.), які забезпечують достатні рухи в здорових відділах кінцівки при одночасному збереженні нерухомості ушкодженої частини кінцівки.

Закріплювальні пов'язки за способом фіксації перев'язувального матеріалу поділяються на:

- а) бинтові;
- б) липкопластирні;
- в) клейові (колоїдні, клеолові);
- г) косинкові;
- д) пращоподібні;
- е) Т-подібні.

Імобілізуючі або нерухомі поділяють на 2 групи:

- а) шинні;
- б) тверднучі (гіпс, пластмаса, крохмаль і ін.).

Шинні пов'язки бувають простими (фіксаційні або транспортні) і екстензійними (лікувальні шини або апарати для скелетного витягнення).

У загальнохірургічній практиці найчастіше використовують м'які бинтові пов'язки, які попереджують висихання рани, вторинне інфікування її, сприяють зупинці кровотечі.

5. ВИДИ ПОВ'ЯЗОК

Розрізняють: **укріплювальні пов'язки**, перев'язувальний матеріал на рані утримується за допомогою смужок липкого пластиру (пластирні пов'язки), при цьому потрібно в разі необхідності зголити волосся в місці його накладання. Ці пов'язки можна застосовувати для зближення країв рани, а також для лікування переломів ключиці. Недоліком їх є подразнення шкіри.

Клейові пов'язки використовують для фіксації перев'язувального матеріалу на рані і для закриття невеликих ушкоджень та лінії швів після операцій, захисту шкіри.

Для фіксації пов'язок застосовують колодій і клеол. Більш широке застосування отримав клеол, оскільки, порівняно з колодієм, він менше подразнює шкіру і не є таким вогненебезпечним.

Для закриття невеликих ушкоджень (в основному пальців рук) застосовують клей БФ-6.

Для прикриття лінії швів і захисту шкіри під час операції використовують пластубол, ліфузол, церигель.

Косинкові пов'язки. При наданні першої медичної допомоги косинка може слугувати для накладання пов'язки практично на будь-яку частину тіла. Найчастіше косинкову пов'язку застосовують для підвішування верхньої кінцівки при травмах плеча, передпліччя, китиці, стопи, голови та ін.

Бинтові пов'язки є найрозповсюдженішими. Вони міцні, еластичні, створюють потрібний тиск, легку модуляцію та інші. Для бинтування використовують м'яку марлю, яка не перешкоджає випаровуванню вологи із рани. Найчастіше застосовують марлю, яка має 12х12 ниток в 1 см².

6. ПРАВИЛА БИНТУВАННЯ

Для того, щоб пов'язка лежала правильно і надійно фіксувала уражену ділянку необхідно використовувати бинти відповідної ширини і довжини, залежно від того, на яку частину тіла накладають пов'язку. Так, для тулуба використовують бинти шириною 10-12 см, для голови - 6-8 см, для китиці і пальців - 4-6 см.

1. Перед бинтуванням хворий повинен зайняти зручне для нього положення, а ділянка, яка підлягає бинтуванню, повинна бути легкодоступною.

2. Обов'язковою умовою є горизонтальне положення хворого (за виключенням невеликих пошкоджень), щоб уникнути небажаних ускладнень (непритомність, шок).

3. Для зручності пошкоджену частину тіла (голову, кінцівки) повинні підтримувати помічники. При бинтуванні грудної клітки, живота хворого кладуть на перев'язувальний стіл так, щоб частина тіла, яка підлягає бинтуванню, була легкодоступною. З цією метою використовують спеціальні підставки.

4. Необхідно завжди дотримуватись такого правила: пов'язка повинна бути закріплена в такому положенні, яке найбільш функціонально вигідне, особливо у випадку накладання її на тривалий час.

5. Накладання пов'язки і сама пов'язка не повинні викликати у хворих неприємні відчуття, а навпаки - після її накладання хворий повинен відчувати полегшення.

6. Бинтування складається із трьох наступних етапів:

- 1) накладання початкової частини пов'язки;
- 2) накладання власне турів пов'язки;
- 3) фіксація пов'язки.

7. Бинтування починають з периферійних відділів, поступово накриваючи турами бинта центральну ділянку. Бинт потрібно накладати так, щоб не утворювались складки, краї його не відставали від поверхні шкіри і не утворювали кишені. Рука повинна йти за ходом бинта, а не навпаки.

8. Змотану частину бинта (голівку) беруть в одну руку, а вільну частину (початок) - в іншу. Розмотують бинт навколо кінцівки, тулуба або голови в напрямку зліва направо (за ходом годинникової стрілки), прихопивши першими двома оборотами (турами) кінець бинта і притримуючи кожен тур вільною рукою. Починають бинтування з найтоншої частини тіла, поступово просуваючись до товстішої (на

кінцівках, як правило, від китиці або стопи до тулуба). Перші два тури повинні повністю покрити один одного, щоб добре закріпити початок бинта, а кожен наступний частково повинен прикривати попередній, закріплюючи його.

9. Закріплення пов'язки відбувається таким чином: кінець бинта розрізають ножицями в повздовжньому напрямку, кінці його перехрещують і зав'язують. Слід зауважити, що ні перехрест, ні вузол не повинні лягати на ранову поверхню. Можна кінець бинта підігнути під останній круговий хід і приколоти його до попередніх турів англійською шпилькою. Якщо пов'язка накладена правильно, то вона повністю і добре закриває хвору частину тіла, не викликаючи порушень кровообігу і не обмежує активних рухів.

Якщо пов'язка не відповідає хоча б одній із цих вимог, її необхідно переробити.

Тип пов'язки залежить від тієї частини тіла, на яку її накладають.

Розрізняють такі типи пов'язок:

- **колова, або циркулярна** (в основному застосовується при бинтуванні лоба, середини плеча, зап'ястка, нижньої третини гомілки);
- **спіралеподібна пов'язка** (використовують при серйозних ураженнях грудної клітки, живота, кінцівок;
- **повзуча, або змієподібно** (накладають в основному для утримання перев'язувального матеріалу на значній частині кінцівки, як правило, на початку бинтування;
- **хрестоподібна** (за формою нагадує цифру "8", застосовують при бинтуванні частин тіла з неправильною формою - потилиця, задня поверхня шиї, ділянки суглобів і ін.);
- **колосоподібна і черепахоподібна пов'язки**, які є варіантами 8-подібною (накладають, як правило, на суглоби);

- **вертаюча** (накладають на округлі поверхні - голова, кукси кінцівок).

Слід зазначити, що майже завжди складні пов'язки можна замінити простими циркулярними або спіралеподібними з доповненням їх 8-подібними перехресними турами.

Імобілізуючі пов'язки використовують для утримання в тому чи іншому положенні якоїсь частини тіла, передусім кінцівок.

Вони поділяються на два види:

- 1) тимчасові;
- 2) постійні.

7. ПОВ'ЯЗКИ НА ГОЛОВУ

Пов'язки на голову накладають бинтом шириною 5-8 см. Вони можуть бути: простими або поворотними. Їх накладають таким чином: спочатку покривають поворотними турами бинта склепіння черепа в сагітальному напрямку, а потім ці тури фіксують коловою пов'язкою.

Можна застосовувати іншу методику - спочатку накладають закріплювальні тури навколо голови, потім бинт перегинають на лобі і ведуть по боковій поверхні голови вище попереднього туру до потилиці, де роблять другий перегин і покривають бокову поверхню протилежної сторони, після чого їх фіксують коловими турами. У зазначеному порядку бинтування продовжують до тих пір, поки повністю не закриють склепіння черепа.

Шапку Гіппократа накладають за допомогою двоголового бинта або двох бинтів. Роблять коловий хід навколо голови нижче потиличного виступу. Після перехресту бинтів у потиличній ділянці однією рукою проводять голівку бинта через склепіння черепа на лоб, де його закріплюють коловим туром. Ці прийоми повторюють до тих пір, поки не

буде закриті склепіння. Сагітальні тури бинта повинні поперемінно накладатися вправо і вліво від першого сагітального туру.

Чепець є більш простою, зручною і надійною пов'язкою. Кусок бинта довжиною 60-100 см кладуть на тім'яно-скроневу ділянку спереду вушних раковин. Накладають перший горизонтальний тур навколо голови, при цьому хворий утримує кінці зав'язки в натягнутому стані. Потім бинт перекидають над зав'язкою, підводять його під неї і ведуть назад, закриваючи потилицю. На протилежному боці бинт знову обводять навколо зав'язки і ведуть його допереду, прикриваючи лоб. Ці прийоми повторюють до повного закриття черепа. Кінець бинта фіксують до однієї із зав'язок.

Пов'язка на одне око. Спочатку накладають циркулярні закріплювальні ходи, потім у потиличній ділянці опускають бинт під вухо і проводять косо вверх по боковій поверхні щоки і закривають хворе око, після чого закріплюють циркулярним туром висхідний. При накладанні пов'язки на праве око бинт ведуть зліва направо, на ліве - навпаки.

Пов'язка на обидва ока. Бинт фіксують двома горизонтальними турами навколо голови. Потім його ззаду опускають вниз, ведуть під правим вухом догори і закривають праве око, після чого ведуть горизонтально навколо голови і далі в ділянці лоба - під ліве вухо, закриваючи ліве око. Цей порядок повторюють до завершення пов'язки. Фіксують її горизонтальними колами бинта.

Пов'язка на вуха, або "неаполітанська пов'язка". Спочатку накладають циркулярні фіксуючі тури, потім продовжують бинтувати таким чином, що кожний наступний тур розташовується нижче попереднього аж до повного закриття вуха і соскоподібного відростка.

Вузечку накладають при ушкодженнях нижньої щелепи. Для її фіксації спочатку роблять два горизонтальні фіксуючі тури навколо голови, потім у ділянці потилиці бинт ведуть вниз під правим вухом на бокову поверхню шиї і під нижню щелепу, далі - вертикально попереду лівого вуха

на тім'я. Після цього накладають декілька вертикальних турів для надійної іммобілізації щелепи і далі від підборіддя бинт ведуть з іншого боку шиї на потилицю з переходом на горизонтальні закріплювальні ходи.

Вузлова пов'язка належить до компресійних, і її використовують для зупинки кровотечі у разі поранення скроневої артерії. Під час надання допомоги потерпілому натисненням пальця за виличною кісткою тимчасово перетискають пошкоджену артерію. Ділянку пошкодження покривають стерильною марлевою серветкою і шаром вати. Вузлову пов'язку накладають двоголовим бинтом. Бинтування починають із скроневої ділянки здорової сторони, обводячи головки бинта навколо голови. У ділянки пошкодження роблять перехрест бинта, для чого праву головку бинта беруть до лівої руки, а ліву головку - до правої руки. Далі бинт ведуть у фронтальній площині, перпендикулярно до першого туру. Головки бинта зустрічаються на скроневій ділянці здорової сторони, а потім їх проводять на ділянку пошкодження, де знову роблять перехрест і ведуть бинт навколо лоба і потилиці. Подальші ходи бинта повторюються. Перехрест бинтів розташовують кожного разу над ділянкою пошкодження.

У разі пошкодження потиличної ділянки накладають зазвичай хрестоподібну пов'язку.

Пращоподібні пов'язки накладають на ніс, підборіддя, нижню щелепу, голову. Пращу виготовляють з марлі, широкого бинта або стрічки матерії, у яких розрізані кінці. Середня частина її забезпечує закриття ушкодженої ділянки тіла.

8. ПОВ'ЯЗКИ НА ШИЮ

Бинтування передньої частини шиї проводять за допомогою хрестоподібної пов'язки на потилицю, чергуючи її ходи з циркулярними турами.

При бинтуванні задньої частини шиї застосовують циркулярні ходи, укріплюючи їх восьмиподібними турами на голові або хрестоподібною пов'язкою грудної клітки.

За локалізації пошкодження в верхній частині шиї застосовують **хрестоподібну пов'язку**. Під час бинтування всієї шиї з прилеглими ділянками грудної клітки накладають хрестоподібну пов'язку на потиличну ділянку, шию і задньоверхній відділи грудної клітки.

Закріплюючи тури проводять навколо голови через лоб. Третій тур ведуть косо над лівим вухом на потилицю, по потиличній ділянці вниз і до правої бокової поверхні шиї, обходять шию спереду і по потиличній області піднімають косо вгору над правим вухом. Наступний круговий тур - навколо голови. Тури бинта, подібні до третього і четвертого, повторюють 2-3 рази, а потім круговими ходами бинтують всю верхню і середню частину шиї, причому бинт накладають вільно, щоб не здавлювати органи шиї. З задньої ділянки шиї бинт ведуть косо вниз до правої пахвової ділянки, потім по передній поверхні грудної клітки в ліву пахвову ділянку, а звідти по задній поверхні грудної клітки косо на шию, обходячи її справа і спереду, і по лівій бічній поверхні шиї спускають на задню поверхню грудної клітки і у праву пахвову ділянку. Такі ходи бинта повторюють 3-4 рази.

У разі локалізації пошкодження в нижньому відділі шиї і в верхньому відділі грудної клітки по її задній поверхні застосовують **кругову пов'язку** на шию і хрестоподібну пов'язку на задньоверхній відділі грудної клітки.

Вільно накладають тури бинта навколо шиї в нижньому відділі, а потім роблять хрестоподібні тури по задній поверхні грудної клітки і циркулярні - навколо шиї.

9. ПОВ'ЯЗКИ НА ТУЛУБ

Їх застосовують при ушкодженнях грудної клітки, переломі ребер тощо.

Спіральна пов'язка на грудну клітку. Перед накладанням пов'язки кладуть бинт довжиною 1м серединою на ліву дельтоподібну ділянку, кінці його вільно звисають на спині і на передній поверхні грудної клітки. Другим бинтом накладають фіксуючі тури в нижніх відділах грудної клітки, а потім бинтують спіральними ходами знизу вверх до підпахвових ямок, де закріплюють пов'язку круговими ходами. Кінець бинта, який вільно звисає, на грудній клітці кладуть на праву дельтоподібну ділянку і зв'язують з другим вільним кінцем бинта.

Хрестоподібну пов'язку на грудну клітку накладають на передню або задню поверхню. Спочатку накладають закріплювальні циркулярні тури навколо грудної клітки, потім бинт ведуть по передній поверхні косо вверх на надпліччя і через спину поперечно на протилежне надпліччя і далі косо під протилежну підпахвову ділянку, перехрещуючи попередній хід. Далі повторюють хрестоподібні ходи. Пов'язку закріплюють на грудній клітці.

Пов'язку на молочну залозу застосовують при ушкодженнях, опіках, маститах, після оперативних втручань. Перші закріплювальні колові тури накладають нижче молочних залоз. При бинтуванні правої молочної залози бинт ведуть проти годинникової стрілки; лівої - за годинниковою стрілкою. Після колового ходу доходять до правого боку молочної залози, охоплюють її нижню і внутрішню поверхню, ведучи бинт на ліве надпліччя, далі косо вниз по спині до правої підпахвинної ямки і роблять коловий закріплювальний тур. Повторюють у такому ж порядку ходи до повного закриття молочної залози.

Пов'язка на обидві молочні залози. Початок бинта фіксують двома горизонтальними турами під молочними залозами. Третій тур ведуть з бокової поверхні грудної клітки до правої молочної залози, припіднімаючи її на ліве надпліччя. Від спини бинт проводять косо вниз під праву підпахвинну ямку і молочну залозу, потім - під лівою молочною залозою і

підпахвинною ділянкою косо вверх на праве надпліччя і звідти - вниз косо на ліву молочну залозу, після чого роблять коловий закріплювальний тур. У такому порядку повторюють ходи до повного закриття обох молочних залоз.

10. ПОВ'ЯЗКИ НА ДІЛЯНКУ ЖИВОТА І ТАЗА

Для накладення пов'язки використовують широкий бинт. **Просту спіральну пов'язку на живіт** - застосовують у разі відкритих пошкоджень і відвисання живота. Фіксуючий тур накладають у нижній частині живота, над лобковим симфізом. Потім ведуть власне спіральні тури бинта у напрямку знизу вгору, закриваючи ділянку живота. Після кожного туру бинт слід підтягувати, доки він не ляже щільно, особливо по задній поверхні тулуба.

Просту спіральну пов'язку застосовують рідко, бо вона погано утримується без додаткової фіксації і сповзає догори. Тому її зміцнюють на стегнах за допомогою колосоподібної пов'язки.

Колосоподібні пов'язки на ділянку таза. Застосовують у разі пошкодження нижніх відділів живота, промежини, пахової ділянки, ділянки великого вертлюга, пролежнів крижів.

Залежно від того, в якому місці виробляють перехрест турів бинта, розрізняють наступні види колосоподібних пов'язок: пахову, бічну, задню, на промежину, двосторонню.

Низхідна колосовидна пов'язка на пахову ділянку. Закріплюючий циркулярний тур накладають в ділянці живота над гребенями клубових кісток (1, 2). Потім бинт ведуть косо на передню поверхню стегна (3), роблять напівкруговий хід ззаду навколо стегна на його зовнішню поверхню. Звідси бинт піднімають косо (4) через пахову ділянку, де він

перетинається з попереднім ходом, на бічну поверхню тулуба. Зробивши хід навколо спини, знову ведуть бинт на живіт (5).

Далі повторюють попередні ходи бинта через пахову ділянку (6, 7, 9, 10), причому кожен тур повинен розташовуватися нижче за попередній, покриваючи його на $1/3-1/2$. Пов'язку закінчують циркулярним ходами навколо живота (11, 12).

На відміну від описаної вище пов'язки **висхідну колосоподібну пов'язку** накладають у зворотному порядку. Після циркулярного закріплюючого ходу навколо стегна (1,2) бинт косо ведуть (3) через пахову ділянку на живіт, навколо тулуба (4), знову на стегно (5).

Далі ходи бинта повторюють, причому кожний наступний тур розташовують вище за попередній на $1/3-1/2$. Закінчують пов'язку циркулярним ходом навколо живота.

Бічну колосоподібну пов'язку накладають аналогічно до пахової, однак перехрещення ходів бинта здійснюють по боковій поверхні тазостегнового суглоба.

Задню колосовидну пов'язку, як і попередні, починають із циркулярного туру навколо живота. Потім бинт через сідницю хворого боку ведуть на внутрішню поверхню стегна, обходять його спереду і косо піднімають знову на тулуб, перетинаючи попередній хід бинта по задній поверхні. Зробивши напівкруговий хід навколо живота, повторюють кілька разів попередні тури, поступово зміщуючи їх донизу. Пов'язку закінчують зміцнюючим циркулярним ходом навколо живота.

Колосоподібна пов'язка на промежину. Після фіксуючого туру навколо живота (1,2) бинт ведуть косо на промежину (3) і оги нають стегно (4). Звідси через промежину, перетинаючи тут попередній хід, бинт ведуть напівкруговим ходом навколо другого стегна (5). Такі восьмиподібні тури, перехрещуються на промежині, повторюють кілька разів.

Ділянка промежини може бути закрита і по-іншому. Роблять циркулярний хід навколо живота (1, 2). З його правої бічної поверхні бинт ведуть косо (3) на промежину, навколо задньої поверхні лівого стегна, косо по передній поверхні живота до початку цього ходу, тобто до правої бічної поверхні живота. Роблять хід навколо спини і вже зліва бинт направляють косо (5) через живіт на промежину, огинають напівкруговим ходом задню поверхню правого стегна (6) і знову повертають (7) на бічну поверхню тулуба, після чого повторюють описані тури.

Двосторонню колосоподібну пов'язку на ділянку таза починають із циркулярного ходу навколо живота (1). З правого боку живота бинт ведуть косо вниз до передньої поверхні лівого стегна (2), обходять стегно навколо до перетину з попереднім ходом на передній поверхні стегна (3). Звідси піднімають бинт на тулуб. Обводять його навколо спини знову на праву сторону. Далі ведуть бинт вниз на праве стегно (4), обходять його навколо до перетину з попереднім туром по його передній поверхні (5), знову вертають косо по передній поверхні живота на тулуб. Роблять напівкруговий хід навколо спини і ведуть бинт знову на ліве стегно, повторюючи попередні тури.

Описаний хід бинта слід повторити кілька разів, кожен наступний тур повинен розташовуватись трохи вище попереднього. Пов'язку закінчують фіксуючим циркулярним туром навколо живота.

11. ПОВ'ЯЗКИ НА ВЕРХНЮ КІНЦІВКУ

Пов'язка, що вертається на палець. Застосовують у випадку пошкодження дистальної або середньої фаланги, коли необхідно закрити кінець пальця. Ширина бинта - 3-5 см.

Бинтування починають від долонної поверхні основи пальця, ведуть бинт по цій поверхні, огинають кінець пальця і по тильній стороні проводять знову до основи пальця. Після перегину бинт ведуть повзучим

ходом до кінця пальця і далі - спіральними турами у напрямку до його основи, де і закріплюють.

Спіральна пов'язка на палець. Застосовують у випадку захворювань і пошкоджень пальців кисті.

Пов'язку починають з фіксації її циркулярними турами в ділянці зап'ястя. Потім по тилу кисті бинт ведуть до кінцевої фаланги хворого пальця, звідси - спіральними ходами до основи пальця і знову через тил кисті вертають на передпліччя. Бинт закріплюють у нижній третині передпліччя циркулярним турами.

Колосоподібна пов'язка на палець. Застосовують для закриття ділянки п'ястно-фалангового суглоба і кисті.

Пов'язку починають, як і попередню, з циркулярних турів у ділянці променевоzap'ястного суглоба. Далі бинт ведуть із ліктьової поверхні по тилу кисті до променевої поверхні I пальця, огинають його на рівні проксимальної фаланги і, знову вийшовши на тильну поверхню, повертають вже до променевої сторони променевоzap'ястного суглоба.

Переводять бинт на ліктьову сторону суглоба, далі на тил кисті і знову до основи I пальця. Обводять його дещо нижче за попередній тур і повертають до нижньої третини передпліччя. Роблять кілька таких ходів, кожного разу обводячи навколо I пальця все ближче до п'ястно-фалангового суглоба. Пов'язку закінчують циркулярним турами в ділянці променевоzap'ястного суглоба. Для закриття всього I пальця пов'язку доповнюють турами, що вертаються.

Пов'язка Бедринського (Л. А. Бедринський, 1975). Зручна як під час надання першої допомоги, так і під час лікування пошкоджень і захворювань пальців кисті, особливо дистальної фаланги.

По тильній поверхні передпліччя, кисті і пальців укладають бинт довжиною близько 40 см. Потім трьома турами бинта від основи пальця до периферії накладають спіральну пов'язку.

Далі бинтування ведуть за типом «шапки Гіппократа»: поздовжньо по тильній і долонній поверхнях пальця укладають вільний кінець бинта, який фіксують поперечними витками.

Пов'язка не обмежує рухів в променевоzap'ястному суглобі, економна, не сповзає під час рухів пальця.

З метою попередження випадкового намокання пов'язки, накладеної на палець, можна використовувати гумовий напальчник.

«Рукавичка» (пов'язка на всі пальці кисті). Застосовують за пошкоджень і захворювань пальців кисті, а також за опіків і відморожень.

Кисть у положенні пронації (долоню звернена донизу). Праву кисть бинтують, починаючи з I пальця. Накладають фіксуючі циркулярні тури в ділянці променевоzap'ястного суглоба. Потім бинт ведуть косо через тил кисті до I пальця, який закривають від дистальної фаланги до основи за типом спіральної пов'язки. Після цього бинт по тилу кисті направляють до променевої поверхні променевоzap'ястного суглоба. Зробивши половину кругового обороту навколо передпліччя, знову через тил кисті ведуть його до II пальця. Закривають палець по типу спіральної пов'язки. Аналогічно продовжують пов'язку на інші пальці кисті. Пов'язку закінчують циркулярним тури в ділянці променевоzap'ястного суглоба.

Під час накладення пов'язки за типом рукавички на ліву кисть починають бинтувати з V пальця.

Пов'язка, що вертається на кисть. Застосовують у разі пошкоджень і захворювань кисті. Повністю закриває кисть, включаючи кінчики пальців (крім I пальця).

Бинт шириною 8-10 см закріплюють циркулярним ходами в ділянці променевоzap'ястного суглоба. Потім його ведуть по тильній поверхні кисті до кінчиків пальців, огинають їх, переходячи на долонну поверхню.

Ходами, що повертаються, закривають кисть і чотири пальці. Ці тури фіксують спіральними ходами бинта, починаючи з дистальних відділів

кисті; кожний наступний хід розташовують проксимальніше за попередній. Пов'язку зміцнюють у ділянці променевоzap'ястного суглоба.

Під час накладення пов'язки необхідно робити ватно-марлевий прошарок між пальцями, щоб уникнути мацерації, особливо у спекотну пору року.

Колосоподібна пов'язка на кисть. Застосовують у випадку захворювань і пошкоджень кисті. Закриває тильну і долонну поверхні кисті (крім пальців).

Пов'язку починають із фіксуючих турів навколо променевоzap'ястного суглоба. Косо перетинають тильну поверхню кисті від променевого боку суглоба до основи V пальця і переходять на долоню до основи 1 пальця. Звідси по тилу кисті бинт косо повертають до ліктьової поверхні променевоzap'ястного суглоба. Обійшовши суглоб, знову ведуть його по тильній поверхні косо до основи мізинця, при цьому хід бинта розташовують проксимальніше за попередній. Після кількох таких ходів пов'язку закріплюють у ділянці променевоzap'ястного суглоба.

Пов'язка на передпліччя. Застосовують у разі пошкоджень або захворювань м'яких тканин передпліччя. Зазвичай використовують бинт шириною 6-8 см.

Кількома циркулярними ходами фіксують бинт у ділянці променевоzap'ястного суглоба. Нижню третину передпліччя закривають спіральними турами. Проксимальніше передпліччя має конусоподібну форму. Щоб забезпечити щільне прилягання бинта на всій довжині, необхідно продовжити пов'язку у вигляді спіральних турів з перегинами до верхньої третини передпліччя. Тут пов'язку фіксують циркулярними турами бинта.

Пов'язка на ділянку ліктьового суглоба. У випадку пошкодження м'яких тканин цієї локалізації краще використовувати «черепашачу» пов'язку.

«Черепашачу» пов'язку, що сходиться, накладають за локалізації пошкодження безпосередньо в ділянці ліктьового згину. Якщо воно розташовується проксимальніше або дистальніше за ділянку ліктьового згину, застосовують пов'язку, що розходиться. «Черепашачу» пов'язку накладають за зігнутого положення ліктя.

«Черепашачу» пов'язку, що сходиться, починають на декілька сантиметрів дистальніше за ліктьовий суглоб циркулярними турами, а потім по згинальній поверхні суглоба бинт повертають до початку пов'язки. Повторюють ходи бинта кілька разів, поступово закриваючи ділянку суглоба. Ходи бинта перехрещуються лише в ділянці ліктьового згину. Закінчують пов'язку циркулярним туром по лінії суглоба.

З метою профілактики здавлення м'яких тканин згинальної поверхні ліктьового суглоба під ходи бинта, що перехрещуються, підкладають шар вати товщиною 5 мм.

«Черепашачу» пов'язку, що розходиться, починають циркулярним ходом по лінії суглоба, і потім бинт по черзі проводять дистальніше і проксимальніше за ліктьовий згин, прикриваючи на 1/3 попередні тури. Всі ходи перехрещуються по згинальних поверхнях ліктьового суглоба. Таким чином закривають всю ділянку суглоба. Пов'язку закінчують циркулярним ходом на плечі або передпліччі.

Пов'язка на плече. Ділянку плеча закривають звичайною спіральною пов'язкою або спіральною пов'язкою з перегинами. Використовують бинт шириною 10 см. У проксимальних відділах плеча бинтування можна закінчити колосоподібною пов'язкою.

Колосоподібна пов'язка на ділянку плечового суглоба. Застосовують для закриття ділянки плечового суглоба і дельтоподібної ділянки.

Висхідну колосоподібну пов'язку починають із двох закріплюючих циркулярних ходів бинта навколо проксимального відділу плеча

пошкодженої сторони. Далі бинт ведуть по задній поверхні плечового суглоба, по спині до пахвової області здорової сторони, по передній поверхні грудної клітки, по передній, зовнішній, задній поверхням плеча в пахвову ямку, піднімаються догори на дельтоподібну ділянку хворого боку, при цьому перетинають попередній хід бинта і виводять бинт на спину. Подібні ходи бинта повторюють кілька разів, поступово піднімаються і повністю закриваючи ділянку плеча і дельтоподібну ділянку. Пов'язку закінчують циркулярним ходом навколо грудної клітки або плеча.

Для того щоб закрити область плечового суглоба і дельтоподібну ділянку, можна застосовувати низхідну колосоподібну пов'язку, яку накладають в зворотному порядку. Кінець бинта фіксують циркулярними ходами навколо грудної клітки, потім із пахвової ямки здорової сторони піднімають бинт по передній поверхні грудної клітки до хворого плеча, огинають його і виводять з пахвової ямки хворого боку. Потім по спині бинт спускають у пахвову ямку здорового боку. Такі ходи бинта повторюють кілька разів; кожний наступний хід прикриває попередній на $1/3$ або $1/2$.

Під час бинтування всієї верхньої кінцівки застосовують комбіновану пов'язку. На пальці і кисть накладають пов'язку по типу рукавички, на передпліччя - спіральну пов'язку з перегинами, ділянку ліктьового суглоба закривають черепащачою пов'язкою, що сходиться, плече - спіральною пов'язкою або спіральною пов'язкою з перегинами, ділянку плечового суглоба - висхідною колосовидною пов'язкою.

Пов'язка на пахвову ділянку. Найбільш часто застосовують за гідраденіту для зміцнення перев'язувального матеріалу.

Бинтування починають із декількох ходів колосоподібної пов'язки, закриваючи ділянку плечового суглоба. Потім бинт ведуть косо по спині, через дельтоподібну ділянку здорової сторони, косо перетинають передню поверхню грудної клітки, проводять через пахвову ямку з хворого боку. Після цього роблять циркулярний хід навколо грудної клітки. Кілька разів

повторюють подібні косі і циркулярні ходи бинта. Бинтування можна закінчити декількома турами колосоподібної пов'язки.

Накладену пов'язку бажано зміцнити, прошивши пересічні ходи бинта по передній і задній поверхнях грудної клітки.

За обмеженої кількості перев'язувального матеріалу на пахвову ділянку можна накласти пов'язку, запропоновану А. П. Юрініним (1975). З пахової ділянки здорової сторони проводять смужку бинта по типу портупей на дельтоподібну ділянку з хворої сторони, де кінці його зав'язують вузлом.

Кінець другого бинта шириною 10 см прив'язують до марлевої стрічки на передній поверхні грудної клітки і звідси тур бинта проводять над паховою ділянкою з хворої сторони на спину, де бинт перекидають через марлеву смужку, що косо йде, і повертають через пахвову ділянку на груди, прикриваючи на $2/3$ попередній хід. Перекинувши бинт через марлеву стрічку, знову проводять його на спину, повторюючи ходи бинта до повного закриття пахової ділянки. Кінець бинта зв'язують із бинтомпортупесю.

Пов'язка Дезо. Застосовують в якості транспортної іммобілізації у разі перелому ключиці, рідше - у разі перелому інших кісток плечового пояса. Забезпечує спокій верхньої кінцівки.

Перед накладенням пов'язки в пахвову ділянку поміщають невеликий ватно-марлевий валик. Це дозволяє створити більш фізіологічне положення для пошкодженої кінцівки і частково зменшує зміщення уламків по довжині. Руку згинають у лікті під прямим кутом і приводять до тулуба. У такому положенні фіксують її декількома циркулярними ходами бинта в напрямку від здорового до хворого боку. Потім бинт ведуть із пахової ямки здорового боку косо вгору по передній поверхні грудної клітки через дельтоподібну ділянку з хворої сторони, обходячи її спереду назад, і опускають до ліктьового суглоба. Огинають лікоть, через тильну поверхню

передпліччя ведуть бинт у пахвову ямку здорової сторони і звідси косо піднімають по спині до пошкодженої дельтоподібної ділянки; огинають її ззаду наперед. По зовнішній поверхні плеча бинт спускають до ліктьового суглоба, обходять його спереду назад, підхоплюючи передпліччя, і через спину направляють до пахвової ямки здорової сторони. Повторюють декілька разів ходи бинта.

За правильної методики накладення пов'язки Дезо тури бинта утворюють фігури рівнобедрених трику - ників на грудях і на спині. Вертикальні боки трикутників проєктуються на плече пошкодженої сторони.

Закінчуючи пов'язку, бинт ведуть косо через спину, потім через дельтоподібну ділянку зі здорової сторони по передній поверхні грудної клітки до променевоzap'ястного суглоба пошкодженої кінцівки, огинають його і направляють до пошкодженої дельтоподібної ділянки. Два-три такі утримуючі тури дозволяють краще фіксувати кінцівку. Для міцності пов'язку можна прошити в місцях перетину ходів бинта як по передній, так і по задній поверхням грудей.

Пов'язка Вельпо. Застосовують для тимчасової іммобілізації за переломів ключиці, після вправлення вивихів плечового суглоба. Руку пошкодженої сторони згинають у ліктьовому суглобі, щоб утворився гострий кут і долоня була розташована в дельтоподібній ділянці здорової сторони. У такому положенні кінцівки накладають пов'язку.

Спочатку руку фіксують циркулярним ходом бинта, який охоплює плече і передпліччя хворого боку, йде через здорову пахвову ямку назад. Звідси косо піднімають бинт по спині з пошкодженої дельтоподібної ділянки, огинають її ззаду наперед, спускають бинт вниз по плечу і, підхоплюючи лікоть знизу, направляють до пахвової ямки здорової сторони.

Ходи бинта повторюють кілька разів, причому кожен вертикальний хід бинта розташовують досередини у напрямку від попереднього, а кожний горизонтальний нижче за нього.

12. ПОВ'ЯЗКИ НА НИЖНЮ КІНЦІВКУ

Пов'язку на палець, що повертається, застосовують у випадку захворювань або пошкоджень (потертість, мікротравма і ін.) пальців стопи. Ширина бинта 3-5 см. Подібна пов'язка зазвичай служить для закриття 1 пальця стопи і дуже рідко - для закриття інших пальців, які бинтують зазвичай разом зі стопою.

Пов'язку починають від підошовної поверхні основи пальця. Закривши цю поверхню, огинають кінчик пальця і ведуть бинт по його тильній поверхні до основи. Роблять перегин. Одним-двома повзучими ходами бинтують до кінчика пальця, а потім спіральними турами до його основи, де і фіксують пов'язку.

Спіральна пов'язка на палець. Застосовують у випадку захворювань і пошкоджень 1 пальця стопи. Ширина бинта 3-5 см.

Бинт фіксують циркулярними турами в ділянці гомілковостопного суглоба. Потім через тильну поверхню стопи ведуть бинт до дистальної фаланги I пальця. Звідси спіральними турами закривають весь палець до основи і знову через тил стопи вертають бинт до гомілковостопного суглоба, де пов'язку закінчують фіксують циркулярними турами.

Колосоподібна пов'язка на палець. Застосовують вкрай рідко. Накладають так само, як і на палець кисті.

Пов'язка на дистальні відділи стопи, що повертається. Застосовують у разі захворювань і пошкоджень м'яких тканин дистальних відділів стопи. Між пальцями стопи прокладають перев'язувальний матеріал для вбирання шкірних виділень.

Пов'язку починають із фіксуючих циркулярних ходів у середніх відділах стопи. Потім уздовж підошви ведуть бинт через пальці на тил стопи до її середини. Знову вертають через пальці на підошву і т. д., щоб закрити стопу по всій ширині. Повзучим ходом бинт ведуть косо до кінчиків пальців, звідки спіральними турами вертають до середини стопи, де пов'язку закінчують.

Така пов'язка на стопі зазвичай погано тримається, тому середній відділ стопи обробляють клеолом або роблять зміцнюючий 8-подібний хід навколо гомілковостопного суглоба.

Пов'язка на стопу, що повертається. Застосовують у випадку захворювань, пошкоджень стопи, опіків, відморожень, коли потрібно закрити всю стопу, включаючи пальці.

Пов'язку починають із циркулярного фіксуючого туру в нижній третині гомілки. Переходять на стопу і ведуть бинт по її бічній поверхні від п'яти до і пальця, потім назад по протилежній стороні стопи. Роблять кілька таких ходів бинта. Кругові тури фіксують спіральною пов'язкою, починаючи з пальців і продовжуючи її в проксимальному напрямку. До накладення пов'язки, щоб уникнути попрілості, між пальцями прокладають вату.

Колосоподібна пов'язка на стопу. Застосовують у випадку захворювань і пошкоджень тильної або підошовної поверхні стопи. У цій пов'язці пальці залишаються незакритими.

Бинтувати починають від п'яти, ведуть бинт вздовж зовнішнього краю стопи (ліву стопу зручніше бинтувати з внутрішнього боку) до основи пальців. Звідси косо по тильній поверхні переходять на протилежну сторону стопи, потім на підошовну поверхню і, зробивши оборот навколо основи пальців, вертають бинт на тил стопи. Перетинаючи попередній тур, бинт проводять на медіальну поверхню стопи до п'яти. Обійшовши п'яту ззаду, повторюють описані вище ходи бинта, поступово зміщуючи їх у

проксимальному напрямку, ближче до гомілковостопного суглоба. Пов'язку фіксують у ділянці щиколоток.

Хрестоподібна (восьмиподібна) пов'язка на стопу. Застосовують за розтягнення зв'язок гомілковостопного суглоба.

Пов'язку починають з циркулярного фіксуючого туру в нижній третині гомілки. Звідси косо по тилу стопи бинт ведуть на протилежну сторону, роблять оборот навколо стопи і знову косо через тил повертають бинт на гомілку, перетинаючи попередній тур по передній поверхні гомілковостопного суглоба. Обійшовши ззаду гомілку, повторюють ці восьмиподібні ходи бинта кілька разів. Пов'язку закінчують циркулярним туром на гомілці.

Пов'язка на п'яткову ділянку. Застосовують за пошкоджень м'яких тканин у ділянці п'яти.

Можна використовувати «черепашачу» пов'язку, що розходитьсся. Однак у цьому випадку під час її накладання спостерігається нещільне прилягання ходів бинта. Щоб уникнути цього, рекомендується тури пов'язки зміцнювати косим ходом бинта, що йде від задньої поверхні гомілковостопного суглоба вниз і допереду до зовнішньої поверхні стопи, далі по підшовній поверхні до внутрішнього краю стопи. Потім накладають тури «черепашачої» пов'язки, що розходяться.

Пов'язка на гомілку. Застосовують у разі захворювань або пошкоджень м'яких тканин гомілки.

Пов'язку починають із циркулярного туру у ділянці гомілковостопного суглоба. Потім ведуть спіральні тури з перегинами по передній поверхні гомілки. Закривши гомілку, фіксують пов'язку нижче колінного суглоба.

Пов'язка на ділянку колінного суглоба. Застосовують у разі пошкоджень і захворювань ділянки колінного суглоба.

Найчастіше виникає необхідність у накладенні пов'язки в нейтральному положенні кінцівки. У таких випадках можна скористатися спіральною пов'язкою з перегинами, починаючи її, як зазвичай, з циркулярного ходу у верхній третині гомілки і закінчуючи фіксуючим туром у нижній третині стегна.

Якщо пошкоджена підколінна ямка, бажано накласти пов'язку за типом восьмиподібної. Пов'язку починають із декількох циркулярних ходів, наприклад, в нижній третині стегна, потім бинт ведуть косо через суглоб до верхньої третини гомілки, роблять напівкруговий хід і знову вертають через суглоб на стегно. Перехрещення бинта відбувається в підколінній ямці. Такі ходи повторюють кілька разів, поступово закриваючи всю ділянку суглоба.

Якщо потрібно закрити колінний суглоб в зігнутому положенні кінцівки, застосовують «черепашачу» пов'язку. Якщо пошкодження знаходиться безпосередньо в ділянці суглоба, краще застосувати «черепашачу» пов'язку, що сходиться, а в разі розташування пошкодження поруч із колінним суглобом - пов'язку, що розходиться. Техніка накладення таких пов'язок описана вище.

Пов'язка на стегно. Застосовують під час пошкоджень і захворювань м'яких тканин цієї ділянки.

Як і гомілка, стегно має конічну форму, тому закривати його краще спіральною пов'язкою з перегинами на передній поверхні. Як правило, такі пов'язки погано тримаються, тому рекомендується доповнювати їх турами колосоподібної пов'язки на таз.

За необхідності бинтування всієї нижньої кінцівки (наприклад, за варикозного розширення вен) спочатку на стопу накладають восьмиподібну пов'язку, залишаючи пальці вільними, а на п'яткову ділянку - «черепашачу» пов'язку.

Гомілку бинтують спіральною пов'язкою з перегинами на передній поверхні, ділянку колінного суглоба в положенні розгинання гомілки - спіральною пов'язкою або спіральною пов'язкою з перегинами. У зігнутому ж положенні кінцівки на колінний суглоб накладають «черепашачу» пов'язку. Стегно бинтують спіральною пов'язкою з перегинами і закінчують бинтування висхідною колосоподібною пов'язкою на ділянку тазу.

13. ІНШІ ВИДИ ПОВ'ЯЗОК

На сьогодні, окрім звичайних марлевих бинтів, використовують еластичні сітчасто-трубчасті бинти, котрі дозволяють надійно фіксувати перев'язувальний матеріал, а методика їх накладання надзвичайно проста. Вони також не порушують кровообіг ураженої ділянки і не обмежують рухів у суглобах.

Суспензорій - це спеціальна пов'язка, яку застосовують для фіксації калитки після оперативних втручань на яєчках та придатках.

Суспензорій виготовляють зі звичайного широкого бинта або марлі. Пов'язка складається з пояса, котрий накладають навколо талії, і мішечка з тасьмою, який прикріплюють до пояса на животі і спині.

Бандаж. Спеціальне пристосування, виготовлене з тканини та шкіри і призначене для укріплення слабких ділянок черевної порожнини. Бандажі, як правило, застосовують при черевних грижах у тих випадках, коли хворого з тих чи інших причин не можна оперувати.

Індивідуальний перев'язувальний пакет. Пакет складається з двох ватно-марлевих подушок, прикріплених до бинта. Одну з них можна пересувати вздовж нього. Перев'язувальний матеріал знаходиться у трьох пакетах: внутрішньому - паперовому (із шпилькою), прогумованому і зовнішньому. Бинт і подушки стерильні. Після зняття зовнішнього пакета

прогумовану оболонку розривають по надрізу і знімають, потім розгортають внутрішню паперову оболонку, розводять подушки на необхідну відстань і накладають на рану тим боком, до якого не торкалися руками. При проникаючих пораненнях однією подушкою закривають вхідний, а другою - вихідний отвори рани, після цього подушки прибинтовують.

14. ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Який з наведених матеріалів є основним для стерильних перев'язок у хірургії?

- А. Вата
- Б. Марля
- В. Бавовняна тканина
- Г. Поліетилен

2. Які властивості повинен мати перев'язувальний матеріал для забезпечення стерильності?

- А. Міцність, еластичність, стерильність
- Б. Водопоглинання, щільність, кольоровість
- В. М'якість, водопроникність, стерильність
- Г. Водопоглинання, повітропроникність, стерильність

3. Яка пов'язка зазвичай використовується для фіксації перев'язувального матеріалу на животі?

- А. Спіральна
- Б. Черепащача
- В. Вісімкоподібна
- Г. Колосоподібна

4. Для якої ділянки тіла зазвичай використовують вісімкоподібну пов'язку?

- А. Гомілковостопного суглоба
- Б. Живота
- В. Голови
- Г. Промежини

5. Який тип перев'язки найбільш доцільно використовувати для промежини?

- А. Спіральна пов'язка
- Б. Колосоподібна пов'язка
- В. Черепащача пов'язка
- Г. Т-подібна пов'язка

6. Який матеріал використовують для виготовлення стерильних тампонів?

- А. Бавовняна тканина
- Б. Гігроскопічна марля
- В. Поліестерова тканина
- Г. Лляна тканина

7. Який перев'язувальний матеріал найкраще підходить для накладання на відкриті рани?

- А. Поліетиленова плівка
- Б. Стерильна марля
- В. Нестерильний бинт
- Г. Гумові пластини

8. Для якого типу пов'язки характерна необхідність чергування витків бинта в протилежних напрямках?

- А. Спіральна пов'язка
- Б. Черепащача пов'язка
- В. Вісімкаподібна пов'язка
- Г. Т-подібна пов'язка

9. Який із перелічених матеріалів є непридатним для використання як перев'язувальний?

- А. Марля
- Б. Вата
- В. Поліетилен
- Г. Льон

10. Який метод перев'язки найкраще використовувати для рани на ліктьовому суглобі?

- А. Спіральна пов'язка
- Б. Вісімкаподібна пов'язка
- В. Колосоподібна пов'язка
- Г. Т-подібна пов'язка

11. Для якої ділянки тіла найчастіше використовують колосоподібну пов'язку?

- А. Груди
- Б. Живіт
- В. Плечовий суглоб
- Г. Гомілковостопний суглоб

12. Який основний недолік використання вати як перев'язувального матеріалу без захисного покриття?

- А. Вона недостатньо міцна
- Б. Вона не є водонепроникною
- В. Вона прилипає до рани
- Г. Вона є занадто еластичною

13. Яка з наведених властивостей найважливіша для стерильного бинта?

- А. Здатність до розтягування
- Б. Гігроскопічність
- В. Щільність
- Г. Кольорова структура

14. Який вид пов'язки найчастіше застосовують для накладання на стегно?

- А. Спіральна пов'язка
- Б. Черепащача пов'язка
- В. Колосоподібна пов'язка
- Г. Т-подібна пов'язка

15. Який із матеріалів може використовуватися для фіксації перев'язок?

- А. Поліетиленова стрічка
- Б. Лейкопластир
- В. Ватний тампон
- Г. Бавовняна тканина

16. Що є основною метою застосування типових бинтових пов'язок?

- А. Покращення зовнішнього вигляду рани
- Б. Забезпечення нерухомості ушкодженої ділянки
- В. Захист від інфекції та створення оптимальних умов для загоєння
- Г. Полегшення доступу до рани

Правильні відповіді на тестові питання

1) Б; 2) Г; 3) А; 4) А; 5) Г; 6) Б; 7) Б; 8) В; 9) В; 10) Б; 11) В; 12) В; 13) Б; 14) В; 15) Б; 16) В.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 494 с.
2. Десмургія : підручник / кол. авт.; за ред. проф. М. О. Коржа, проф. В. О. Рад-ченка, проф. І. В. Белозьорова. - Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. - 188 с.
3. Догляд за хворими (практика): підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, С.І. Шевченко та ін.; за ред. О.М. Ковальової, В.М. Лісового, С.І. Шевченка, Т.В. Фролової. — 3-є вид., випр. — Київ: ВСВ «Медицина», 2010. — 487 с.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Матвєєнко Марія Сергіївна
Рудас Іван Андрійович
Гладких Федір Володимирович

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ
В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ
У 4-х модулях. Модуль 1

У 4-х частинах

Частина 4

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять студентів
другого курсу з дисципліни «Догляд за хворими в хірургії»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 30.01.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 2,58. Обсяг 0,697 Мб. Зам. № 7/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна