

Викладач	Стоянова Л.П.
Предмет	МС в хірургії
Група	3 – А с/с
Дата	Згідно розкладу 02.04.2022
Тема Практика 7	Гіпсова техніка



Рис. 6. Види гіпсового корсета в за-
висимості от уровня поражения (ука-
зан стрелкой).
Рис. 2. складывание бинтов.
Гіпсова техніка -
імобілізація за
допомогою гіпсу. Гіпсова

Рис. 3. Участки тела, подлежащие за-
щите при наложении гипсовой повязки.

пов'язка широко
застосовується для лікування
в травматології, ортопедії та хірургії. Ця пов'язка добре
моделюється, забезпечує надійну фіксацію, щільно і рівномірно
прилягає до тіла, швидко твердне, просто знімається і може бути

накладена в будь-яких умовах.

Медичний гіпс, застосовуваний у гіпсовій техніці, - напівводний сірчаноокисла сіль кальцію, одержувана прожарюванням природного гіпсового каменю при температурі 130°. Медичний гіпс - дрібно помелений порошок білого або злегка жовтуватого кольору, без домішок, сухий, м'який на дотик, повинен швидко застигати і бути міцним у виробі. Ці якості визначаються оглядом, обмацуванням і з допомогою спеціальної проби. До гіпсу додають теплу воду у відношенні 2:1 до утворення пластичної маси, яка повинна затвердіти протягом 5-6 хв. Занадто швидке затвердіння (за 1-2 хв.) гіпсу небажано, так як гіпсований бинт, виготовлений з такого гіпсу, може затвердіти під час бинтування. Застигла маса повинна насилу ламатися, не розминатися між пальцями і не виділяти вологу. Гіпс поганого помелу з домішками просівають через дрібне сито. Уповільнене тужавіння гіпсу усувається додаванням гарячої води або квасців з розрахунку 20 г на відро води. Необхідно знати швидкість застигання гіпсу, з яким доводиться працювати, і відповідно регулювати температуру води.

Гіпсові пов'язки накладають у спеціальному приміщенні - гипсовальной, де є шафа для зберігання гіпсу і гипсованных бинтів, стіл для приготування гіпсових лонгет, тазі для замочування гипсованных бинтів, інструменти для зняття і обрізання гіпсових пов'язок, кушетка або спеціальний ортопедичний стіл.

Гипсованные бинты бувають фабричного виробництва або їх виготовляють на місці втиранням гіпсового порошку в звичайні марлеві бинти без кромки (рис. 1). Для виготовлення гіпсової пов'язки гипсованные бинты або гіпсові лонгети опускають глибоко в таз з теплою водою (рис. 2). Намокання бинта визначають за припинення виділення бульбашок повітря. Виймають бинт, захопивши з обох кінців так, щоб гіпс не витікав.

Зближуючи руки, віджимають зайву воду.

Гіпсові пов'язки накладають без підкладки безпосередньо на шкіру, прикриваючи кісткові виступи спеціальними ватяними подушечками (рис. 3); іноді в ортопедичній практиці застосовують тонкі прошарки вати.

Для накладання гіпсової пов'язки часто використовують гіпсові лонгети, приготовані з 6-8 шарів замоченого гіпсованного бинта. Довжина лонгет 60 см - 1 м. Закріплюється лонгета гіпсованим або звичайним марлевым бинтом. Бинтують без зайвого натягу і перетяжок, розгортаючи головку гіпсованного бинта коловими ходами у висхідному або низхідному напрямку, прикриваючи наступним туром бинта попередній тур не менш ніж на половину ширини, розправляючи при цьому складки і розгладжуючи тури бинта. Весь час необхідно ретельно моделювати вологу пов'язку по контурах тіла. Після накладання гіпсової пов'язки необхідно уважно стежити за станом кровообігу в кінцівки, звертаючи особливу увагу на кінчики пальців: біль, порушення чутливості, похолодання, набряки, зміна кольору з блідістю або синюшністю вказують на здавлення судин і на необхідність зміни пов'язки. Гіпсова ліжечко застосовується при захворюваннях хребта. Виготовляють 5-6 великих лонгет у два шари кожна, довжиною від тім'я до середини стегон і шириною дещо більшою ніж 1/2 окружності грудей. Хворого укладають на [живіт](#). Кісткові виступи захищають ватою, а голову, спину, стегна покривають двома шарами марлі. Поверх марлі кладуть гіпсову лонгету і добре її моделюють (рис. 4). Потім накладають по черзі наступні шари. Після затвердіння гіпсову ліжечко знімають і обрізають так, щоб [голова](#) хворого входила в неї до середини тім'я, а вуха залишалися відкритими; збоку краю повинні досягати гребінців клубових кісток і підкрильцевий западини, але з таким розрахунком, щоб рухи в [плечових суглобах](#) не були обмежені. В області [промежини](#) роблять овальну вирізку для зручності користування судном (рис. 5). Після обрізання краю гіпсової ліжечка обтягують марлею і затирають гіпсової кашкою. Висохлу гіпсову ліжечко зсередини обклеюють м'яким матеріалом.

Накладають гіпсовий корсет при захворюваннях і [пошкодженнях хребта](#). Вид корсета визначається локалізацією ураження (рис. 6). Корсет накладають на спеціальному ортопедичному столі або в рамі, що дозволяє розвантажити [хребет](#) і усунути деформацію (рис. 7). Попередньо захищають ватниками гребні клубових кісток, остисті відростки хребців, лопатки, ключиці. Для корсета використовують широкі гіпсові бинти або спеціально викроєні лонгет; їх по черзі накладають по 4 пласта ззаду і спереду, ретельно моделюючи. Пов'язку зміцнюють турами гіпсованного бинта в 1-2 шари. На корсет йде близько 20 бинтів шириною 25 див. Правильно накладений корсет має внизу 3 точки опори - гребні клубових кісток і лобок, вгорі спереду впирається в груди. В області живота зазвичай вирізають вікно для полегшення дихання. При накладенні корсета-нашийника [рот](#) хворого повинен бути відкритий. Корсет-нашийник обрізають так, щоб вгорі він закінчувався трохи вище потилиці, нижче вух і на рівні підборіддя, внизу - на рівні XI-XII грудних хребців.

В області надпліччя і пахвових западин корсет вирізують з розрахунком, щоб рухи в плечових суглобах не були обмежені.

Тазостегнова, або так звана кокситная, пов'язка (рис. 8) застосовується при захворюванні або пошкодженні [тазостегнового суглоба](#), стегнової кістки. Для кокситною пов'язки потрібні широкі гіпсованні бинти, гіпсові лонгети довжиною 60 см або 1 м і ватні подушки для прокладки в області крижів і гребінців клубової кістки. Перші 2-3 довгі лонгет укладають навколо живота і тазу і закріплюють циркулярними турами гіпсованного бинта. Потім дві метрові лонгет накладають по задньої і зовнішньої поверхонь нижньої кінцівки до нижньої третини [гомілки](#) і фіксують їх гіпсованим бинтом. Двома короткими лонгетами зміцнюють передню і внутрішню поверхні кульшового суглоба, одна з них йде косо, утворюючи промежностную частину пов'язки. Короткі лонгет накладають спереду від нижньої третини стегна до [гомілковостопного суглоба](#) і ззаду від середньої третини гомілки до кінчиків пальців. Всі лонгет зміцнюють

турами гипсованных бинтов. Пов'язку можна виготовити і з меншої кількості лонгет, але з використанням більшого числа бинтів. Особлива міцність потрібно в області пахового згину, де пов'язки нерідко ламаються.

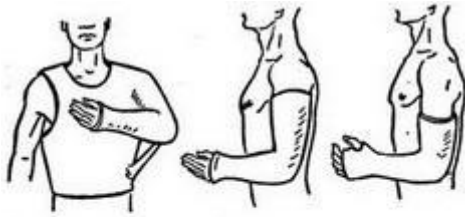


Рис. 9. Торако-брахиальная повязка. Рис. 10. Циркулярная гипсовая повязка при повреждении в области локтевого сустава. Рис. 11. Циркулярная гипсовая повязка при переломе костей предплечья.

Торако-брахиальная пов'язка (рис. 9) накладається при переломах в області плечового суглоба і плечової кістки. Розпочинають з накладення гіпсового корсета, потім укладають довгу лонгету по внутрішній поверхні руки від кисті до підкрильцевої западини з переходом на корсет. Другу накладають лонгету по

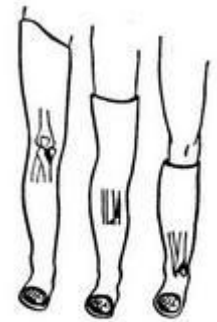


Рис. 12. Циркулярные гипсовые повязки при переломе костей голени.

задньо-зовнішньої поверхні від кисті через [ліктьовий](#) і плечовий [суглоби](#) на корсет. Лонгет фіксують гипсованным бинтом і зміцнюють пов'язку додатковими лонгетами у плечового суглоба. Між корсетом і ліктьовим суглобом вгипсовывают дерев'яну паличку - розпірку. Циркулярні гіпсові пов'язки широко застосовуються при переломах кісток кінцівок (рис. 10, 11, 12). Циркулярна гіпсова пов'язка, накладена безпосередньо на рану, носить назву глухий гіпсової пов'язки. Поряд з іммобілізацією уламків така пов'язка захищає рану від вторинної інфекції, оберігає від висихання і охолодження, усуває необхідність перев'язок, забезпечуючи оптимальні умови не тільки для зрощення кісткових відламків, але і для загоєння рани м'яких тканин. Глуха гіпсова пов'язка широко застосовується для лікування вогнепальних ушкоджень, полегшує транспортування поранених і догляд за ними. Для спостереження за раною або місцем ушкодження у циркулярної гіпсової пов'язці іноді роблять вікно - окончатая пов'язка (рис. 13). Його вирізують ножом, не затверділої ще пов'язці на наміченому ділянці. Для полегшення вирізки вікна зсередини кладуть ватяну подушечку, а гіпсову пов'язку в цьому місці роблять тонше. Краю вікна затирають гіпсової кашкою.

Мостовидна пов'язка (рис. 14) є різновидом окончатой, коли для зміцнення пов'язки через вікно перекидають металеві або картонно-гіпсові дуги, вгипсованные в пов'язку.

Циркулярну пов'язку, захоплюючи тільки один з суглобів кінцівки, називають татором, а взагалі не захоплюючи суглобів - гільзою. Остання накладається головним чином як складова частина складних пов'язок.

При пошкодженні захворюванні суглобів, частіше [колінного](#) та ліктьового, накладається татора (рис. 15), який створює повний спокій суглобу. Він повинен захоплювати вишележащую частину кінцівки до верхньої третини і нижележащую до нижньої третини. Основою татора служить гіпсова лонгета, поверх якої бинтують гипсованными бинтами. Знімна гіпсова шина (рис. 16 і 17) виготовляється з широкою гіпсової лонгети, яка повинна охоплювати 2/3 окружності кінцівки. Лонгету добре моделюють на кінцівки і фіксують марлевым бинтом. При необхідності, розмотав бинт, можна легко зняти пов'язку. Знімна гіпсова шина широко застосовується в дитячій практиці.

Для поступового усунення деяких форм деформацій і контрактур застосовується етапна пов'язка. Існує кілька видів такої пов'язки. Наприклад, при лікуванні вродженої клишоногості у маленьких дітей [стопу](#) максимально виводять з порочного стану і на неї в такому вигляді накладають гіпсову пов'язку. Через деякий час пов'язку знімають, знову усувають хибне положення і накладають гіпсову пов'язку. Так поступово, поетапно змінюючи гіпсові пов'язки, стопу приводять у природне положення. Іншого виду етапна пов'язка, застосовувана для усунення контрактур в суглобах і кутових деформацій кісток, являє собою циркулярну гіпсову пов'язку з вирізом над исправляемым ділянкою.

Напрямок вирізу повинна бути протилежно куті деформації. Поступово зменшуючи

розміри вирізу з допомогою важелів, загіпсованих в пов'язку, усувають деформацію. Після закінчення лікування гіпсову пов'язку знімають. Для цієї мети існує спеціальний набір інструментів (рис. 18). При розтині гіпсової пов'язки спеціальними ножицями внутрішня бранша повинна увесь час знаходитися паралельно пов'язці (рис. 19). На ділянках з вираженою кривизною краще користуватися пилкою. Після розсічення краї пов'язки розсовують і звільняють загіпсовану частину тіла. Залишки гіпсу видаляють теплою водою з милом.

.Задачі для самоконтролю:

1. Пацієнт 72 років знаходиться в травматологічному відділенні на скелетному витяганні з приводу перелому стегнової кістки. З анамнезу відомо, що хворіє багато років на цукровий діабет. Маса тіла знижена, шкіряні покриви сухі, рухомість обмежена. Оцініть ступінь ризику розвитку пролежнів.

- A. Зона небезпечності.
- B. Зона незначного ризику.
- C. Зона високого ризику.
- D. Зона ризику.
- E. Зона дуже високого ризику.

2. У пацієнта під час перев'язки, після оперативного втручання на кисті, раптом з'явилась нудота, відчуття різкої слабкості, потемніння в очах. Обличчя стало блідим, на шкірі з'явився піт. Які із зазначених дій треба терміново здійснити?

- A. Покласти пацієнта на кушетку з піднятими ногами.
- B. Покласти пацієнта на кушетку з піднятим головним кінцем.
- C. Надати пацієнту напівсидячого положення.
- D. Покласти пацієнта на кушетку з опущеними ногами.
- E. Посадити пацієнта у крісло.

3. Пацієнт, 62 років, знаходиться в післяопераційній палаті травматологічного відділення. Йому призначений суворий ліжковий режим. Який лікарський засіб буде використовувати медична сестра для профілактики пролежнів?

- A. 10 % розчин камфорного спирту.
- B. 1:5000 розчин фурациліну.
- C. 70 % етиловий спирт.
- D. 3 % розчин перекису водню.
- E. 2 % розчин гідрокарбонату натрію.

4. Пацієнт Л., 45 років лікується в травматологічному відділенні з приводу відкритого перелому плечової кістки, пацієнту призначене внутрішньом'язеве введення антибіотика. Через 2 години після введення пацієнт скаржиться на сверблячку та почервоніння у місці ін'єкції. Назвіть ускладнення, яке виникло.

- A. Абсцес.
- B. Алергічна реакція.
- C. Інфільтрат.
- D. Флегмона.
- E. Парез.

5. Пацієнт Л., 65 років лікується в травматологічному відділенні. Об'єктивно: пацієнт тривалий час перебуває в ліжку. Положення – пасивне. На шкірі в ділянці крижової кістки спостерігається відшарування епідермісу, пухирі. Назвіть препарат для лікування.

- A. Спирт етиловий 70 %.
- B. Розчин йоду спиртовий 5 %.
- C. Діамантовий зелений 1 %.
- D. Розчин фурациліну 1 : 5000.
- E. Спирт камфорний 10 %.

6. У пацієнта 26 років, в палаті травматологічного відділення, відразу після операції, температура тіла підвищилася до 38,2° С. Він відчуває остуду, різку слабкість, головний біль. Який елемент догляду необхідно застосувати в I періоді лихоманки?

- A. Обкласти пацієнта грілками з холодною водою.
- B. Дати прохолодне пиття.
- C. Застосувати міхур з льодом до голови.
- D. Зігріти пацієнта.
- E. Розкрити пацієнта.

7. Пацієнт 38 років знаходиться в травматологічному відділенні в ранньому післяопераційному періоді (операція була під загальним наркозом). Не може здійснити самостійно акт сечовиділення протягом 12 годин. Призначена пацієнту катетеризація сечового міхура. Вкажіть розчин, яким доцільно змастити катетер перед введенням.

- A. 70 % етиловий спирт.

- В. Стерильний гліцерин.
- С. Стерильний розчин фурациліну.
- Д. Стерильний розчин борної кислоти.
- Е. Стерильний розчин перманганату калію.

8. Пацієнтка 65 років потрапила у травматологічне відділення, в якому перебуває вже 3 тижні. Вона дуже ослаблена, тривалий час перебуває у ліжку. Замінюючи їй білизну, медична сестра помітила пухирці в ділянці крижової кістки. Який захід необхідно вжити?

- А. Змащувати 10 % розчином камфорного спирту.
- В. Змащувати брильянтовим зеленим.
- С. Змащувати 1 % розчином саліцилового спирту.
- Д. Протирати 70 % етиловим спиртом.
- Е. Змащувати 5–10 % розчином калію перманганату.

9. Жінка з 10-річним хлопчиком звернулася до Вас у зв'язку з тим, що дитину турбують болі в правому ліктьовому суглобі. Хлопчику 6 годин тому, в амбулаторії, на інфіковане садно ліктьового суглобу, після його обробки, було накладено пов'язку. При огляді визначається невелика синюшність правого передпліччя, кисті, набухання підшкірних вен навіть при піднятій кінцівці. Що сталося? Як допомогти дитині?

- А. Починається флегмона верхньої кінцівки. Антибіотикотерапія.
- В. Гнійний артрит. Дренування суглобу.
- С. Бурсит ліктьового суглобу. Консервативне лікування.
- Д. Здавлення пов'язкою кінцівки з порушенням кровообігу. Послабити пов'язку або змінити на нову.
- Е. Синдром тривалого здавлення. Провести гемодіаліз.

10. В приймальне відділення доставлений пацієнт з різаною раною долонної поверхні середньої третини правого передпліччя. Зі слів пацієнта, рану йому наніс 1,5 години тому невідомий на вулиці. Проведений туалет рани, накладені первинні шви. Медсестра наклала пов'язку, зав'язав кінці бинта вузлом над раною. Після чого ввела пацієнту підшкірно 1,0 мл правцевого анатоксину та 3000 МО протиправцевої сироватки. Яка помилка була допущена?

- А. Не треба було накладати первинні шви.
- В. Вузол бинта розташували над раною.
- С. Ввели 1,0 правцевого анатоксину.

Д. Провели туалет рани.

Е. Ввели анатоксин підшкірно.