

Различают несколько видов бинтовых повязок. Повязка, у которой все туры бинта ложатся на одно и то же место, полностью накрывая друг друга, называется **круговой**, или **циркулярной**. Такие повязки можно накладывать на область лба, шею, живот, нижнюю треть голени и область лучезапястного сустава.

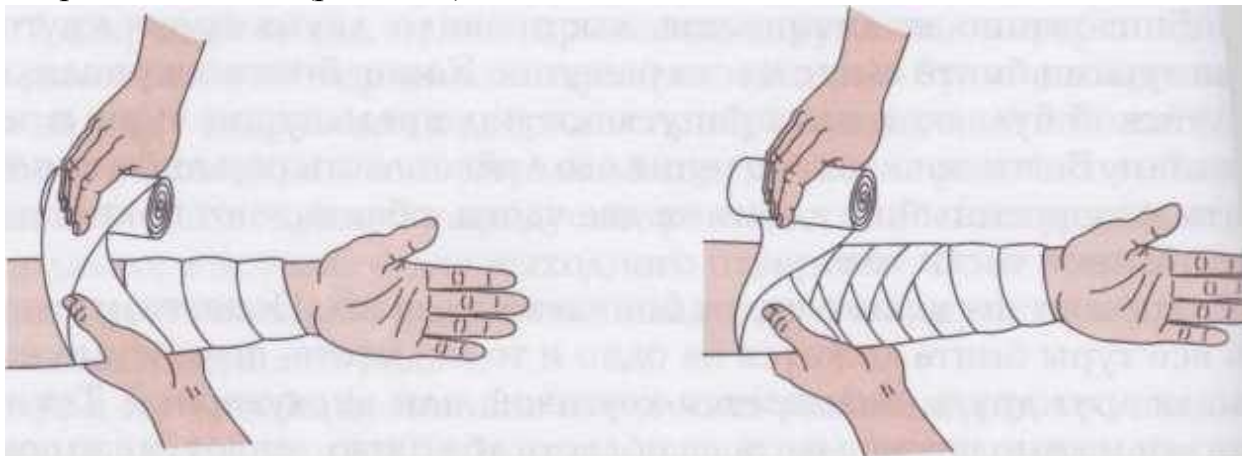
**Спиральную** повязку накладывают, если необходимо забинтовать значительную часть тела — пальцы кисти, грудную клетку, отделы верхних и нижних конечностей. Это достигается тем, что туры бинта расположены косо снизу вверх, причем каждый последующий тур закрывает только половину или  $\frac{2}{3}$  ширины предыдущего. Такая повязка начинается несколькими круговыми турами бинта.



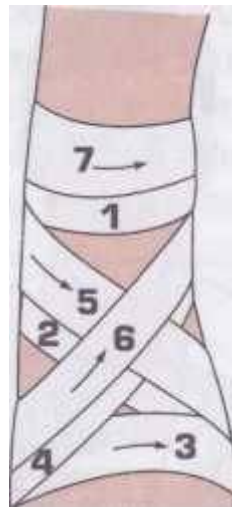
Спиральную повязку применяют при бинтовании грудной клетки (рис. 11.2). Повязку накладывают так, чтобы она не сползла. Для этого пользуются дополнительной лентой длиной 1,5м, которую еще до наложения повязки перебрасывают через левое надплечье так, чтобы ее свободные концы свисали в области спины и живота.

После этого приступают к бинтованию грудной клетки поверх висячей ленты спиральными турами снизу вверх до области подмышек, где и закрепляют туры бинта. Свободно висящие концы ленты поднимают и, перебросив через правое надплечье, связывают. Теперь спиральные туры бинта зафиксированы и не смогут опуститься (сползти) вниз.

Спиральная повязка легко выполняется на участках конечностей, имеющих одинаковую толщину. При бинтовании же, например, голени или предплечья в верхних их частях плотное прилегание туров обеспечивается перегибом бинта (рис. 11.3).



**Крестообразная** повязка («восьмерка») удобна для наложения в области голеностопного сустава (рис. 11.4), затылочной области, кисти, промежности и плечевого сустава. Разновидностями такой повязки являются колосовидные, а также сходящиеся и расходящиеся «черепаши» повязки. Крестообразная повязка и ее разновидности состоят из туров бинта, идущих в виде восьмерки и перекрещивающихся в одном месте.



«**Черепашня**» повязка удобна для бинтования согнутого коленного или локтевого сустава. Расходящаяся «черепашня» повязка (рис. 11.5, а) начинается с кругового тура через коленную чашечку. Затем туры бинта идут поочередно выше и ниже кругового тура, перекрещиваясь в подколенной области и частично прикрывая предыдущие туры, пока вся область сустава не будет забинтована.

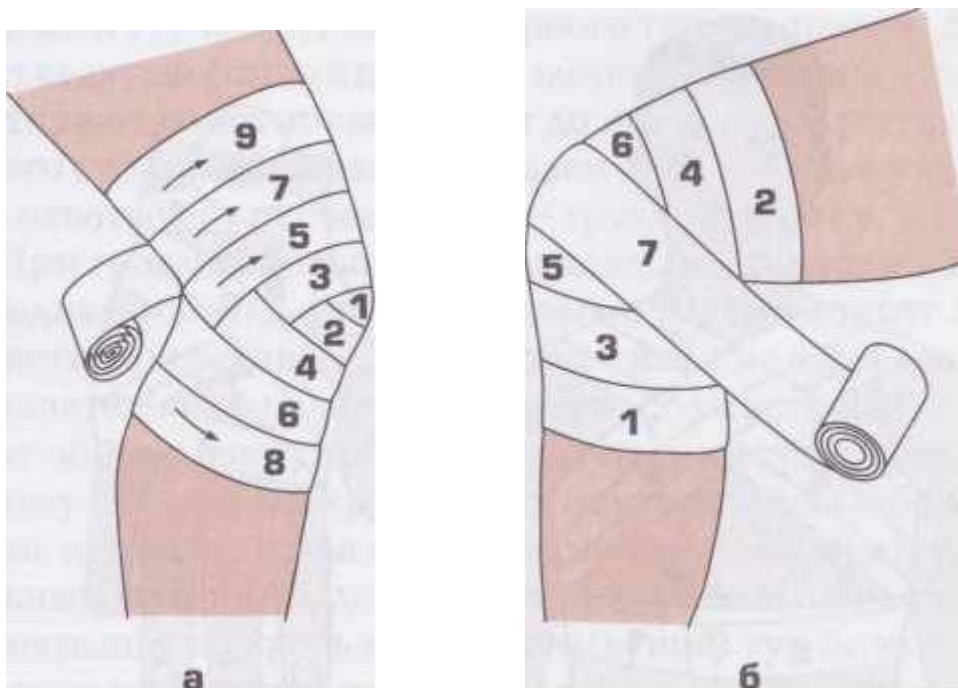
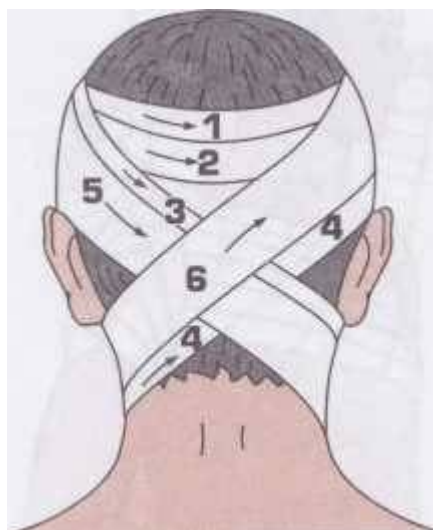


Рис 1 1.5. «Черепашья» повязка на коленный сустав:

а — расходящаяся; б — сходящаяся; цифрами обозначены номера туров бинта направо, переходя в круговой тур.

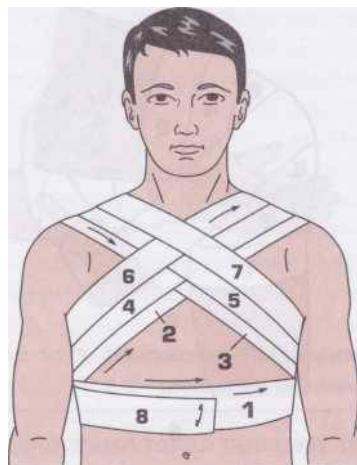
При травмах в затылочной области крестообразная повязка (рис. 11.6) начинается двумя горизонтальными турами вокруг головы, на уровне лба, которые укрепляют начало бинта. Следующий, третий тур бинта идет вниз и направо через затылочную область, охватывает шею справа, спереди, слева и, выйдя в затылочную область слева, поднимается вверх.

В итоге в верхнем кольце «восьмерки» окажется голова, в нижнем — шея, а перекрест туров бинта в области затылка закроет расположенную здесь рану.

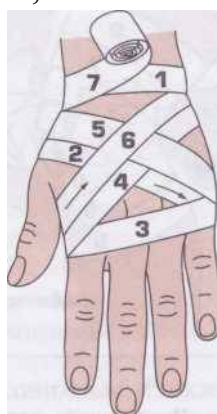


При травмах груди наложение крестообразной повязки начинают с круговых туров вокруг грудной клетки, затем из области правой подмышечной ямки бинт ведут по передней поверхности груди косо вверх и налево (к левому надплечью), охватывают последовательно слева, сзади,

справа область шеи и, выйдя на правое надплечье, опускают вниз и налево, к левой подмышечной ямке. Пройдя через нее, бинт ведут сзади по спине в правую подмышечную ямку, откуда вновь повторяется та же последовательность туров бинтования. В итоге верхнее кольцо «восьмерки» охватывает шею, а нижнее — грудную клетку (рис. 11.7). Такую повязку можно назвать «вертикальной восьмеркой». Возможен и другой вариант — «горизонтальная восьмерка». В этом случае в кольцах «восьмерки» окажутся правый и левый плечевые суставы. Закрепляются крестообразные повязки на круговых турах бинтов.



При травмах кисти наложение крестообразной повязки начинается с круговых туров в области лучезапястного сустава, где закрепляется бинт (рис. 11.8). Далее его ведут по тылу кисти, переводят на ладонную поверхность, пересекают ее в поперечном направлении и вновь выходят на тыл кисти между большим и указательным пальцами, пересекая крест-накрест предыдущие туры бинта. Процесс повторяется неоднократно до полного закрытия раны. В данном случае верхнее кольцо «восьмерки» будет охватывать лучезапястный сустав, а нижнее — ладонную часть кисти.



При травмах в области плечевого сустава накладывают колосовидную повязку (рис. 11.9). Ее первый тур ведут со стороны здоровой подмышечной ямки по передней поверхности груди, затем последовательно по передней, наружной и задней поверхностям травмированного плечевого сустава, заводят бинт сзади в подмышечную область этой же стороны и, выйдя из нее впереди, делают круговой тур вокруг плеча (чуть выше первого тура на

плече). Далее бинт ведут по спине к подмышечной ямке здоровой стороны. И вновь повторяют однотипные туры бинтования до полного закрытия плечевого сустава. При наложении такой повязки одно кольцо «восьмерки» охватывает плечевой сустав, другое — грудную клетку.



При травмах большого пальца кисти накладывается также колосовидная повязка. Бинт укрепляют круговыми турами вокруг лучезапястного сустава, затем его ведут по тылу кисти между большим и указательным пальцами к ногтевой фаланге большого пальца, делают оборот вокруг нее и возвращаются по тылу кисти к лучезапястному суставу, вокруг которого делают почти полный оборот, и вновь выходят с тыла кисти в промежуток между большим и указательным пальцами, делают новый оборот вокруг большого пальца, перекрывая на треть или наполовину предыдущий тур бинта. Этот процесс повторяют неоднократно, смещая бинт тур за туром, пока повязка не закроет большой палец кисти. Конец бинта закрепляют в области лучезапястного сустава на круговом туре. Наложение повязки на указательный палец осуществляется по той же схеме, которая используется для перевязки большого пальца кисти, с той лишь разницей, что повязка будет спиральной, а не колосовидной (рис. 11.10). При необходимости произвести перевязку всех пальцев кисти спиральные повязки поочередно накладывают на все пальцы, начиная с мизинца (рис. 11.11). Вначале, закрепив бинт круговыми турами в области лучезапястного сустава, проводят его по тылу кисти к ногтевой фаланге мизинца и накладывают спиральную повязку в восходящем направлении.

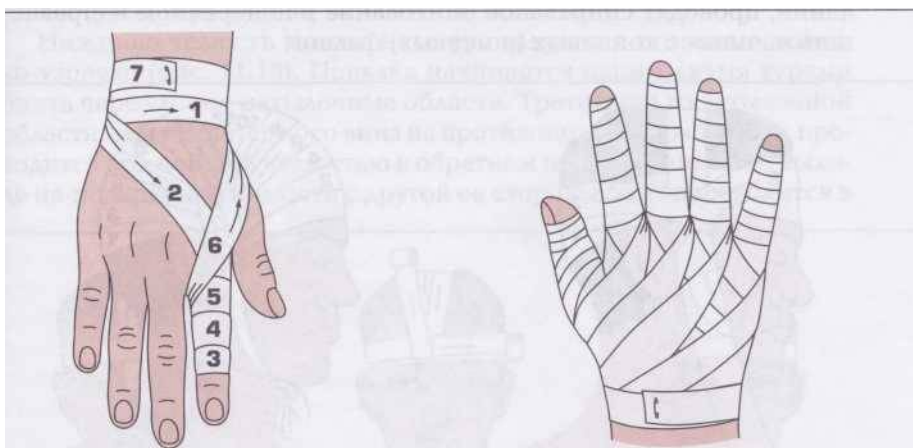
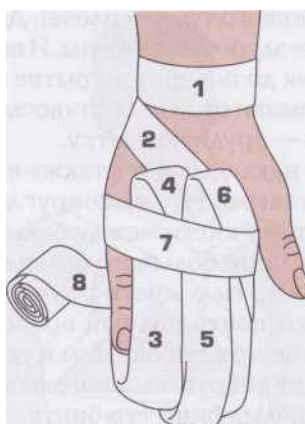


Рис 1 1.10. Спиральная повязка

Рис 1 1.1 1 Спиральная повязка



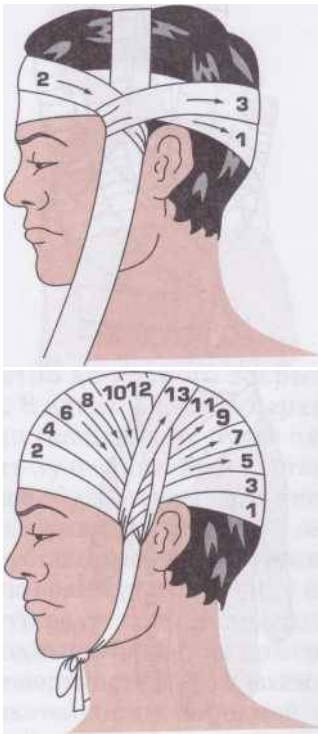
Закончив бинтование этого пальца, проводят бинт вокруг лучезапястного сустава, вновь выходят на тыльную поверхность кисти и выполняют по прежней схеме бинтование безымянного, а затем и других пальцев кисти, пока все они не будут закрыты повязкой.

Прочно зафиксировать перевязочный материал на голове, культе конечности и пальцах позволяет возвращающаяся повязка (рис. 11.12). Наложение такой повязки (например, на пальцы кисти) начинается с круговых туров бинта в области лучезапястного сустава. Эти туры фиксируют начало бинта, после чего бинт проводят между большим и указательным пальцами с тыльной на ладонную поверхность кисти и возвращающимися продольными турами бинта закрывают пальцы, пройдя с ладонной поверхности кисти на тыльную и обратно, огибая при этом кончики пальцев. Закрыв пальцы в продольном направлении, проводят спиральное бинтование в поперечном направлении, начиная с концевых (ногтевых) фаланг.

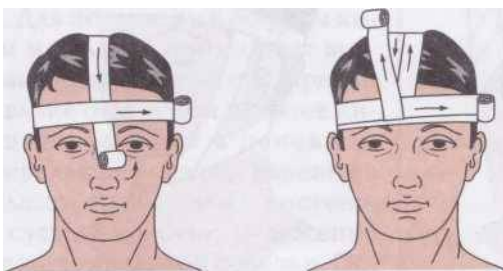
а — начальный этап наложения; б — повязка в окончательном виде; цифрами обозначены номера туров бинта

Особый интерес представляют повязки, накладываемые на область головы. При ДТП травмы головы различной степени тяжести, открытые и закрытые, встречаются довольно часто.

Для закрытия волосистой части головы применяют сравнительно простую и весьма надежную повязку «чепец» (рис. 11.13).



До начала бинтования на теменную область головы накладывают отрезок узкой ленты длиной до 1 м. Ее располагают симметрично, опуская концы вертикально вниз перед ушными раковинами. Во время бинтования концы удерживаются в натянутом состоянии самим пострадавшим или помощниками. После этого накладывают два круговых тура бинта, которые проходят через лобную и затылочную области, благодаря чему фиксируют ленту. Начиная с третьего тура, бинт доводится до ленты слева, обводится вокруг нее и далее через затылочную область проводится до ленты с противоположной, правой стороны головы, где снова обводится вокруг ленты и через лобную область возвращается на левую сторону. С каждым туром бинт, перекрывая 2/3 предыдущего тура, поднимается все выше и в конечном итоге закрывает весь свод черепа. Конец бинта прикрепляют с одной стороны к ленте, после чего правый и левый концы ленты прочно связывают друг с другом в подбородочной области. Менее надежна и более трудна в исполнении без помощника повязка-шапочка, или «шапочка Гиппократата» (рис. 11.14).



Основу ее наложения составляет принцип возвращающейся повязки, описанный выше. Возвращающиеся туры бинта закрывают крышу черепа, а

их концы (передние и задние) фиксируются при помощи круговых туров через лобно-затылочные области.

Нижнюю челюсть можно надежно закрыть с помощью повязки-уздечки (рис. 11.15).



Повязка начинается одним-двумя турами бинта через лобно-затылочные



области. Третий тур из затылочной области направляется косо вниз на противоположную сторону, проводится под нижней челюстью в обратном направлении, и по выходе из-под нижней челюсти с другой ее стороны бинт переводится в подбородочную область и нижнюю челюсть вертикальные туры, которые проходят перед ушными раковинами, закрывают боковые поверхности лицевого и мозгового черепа и фиксируют нижнюю челюсть по отношению к верхней.



Рис. 11.17. Працевидные повязки на нос (а) и подбородок (б)

Рис 1 1.15. Повязка-уздечка на  
повязки

Рис 1 1.1 в. Общий вид працевидной



Закрепив нижнюю челюсть, один из последующих туров выводят из-под нижней челюсти в затылочную область, откуда поднимают косо вверх и переводят в горизонтальные круговые туры через лоб и затылок.

Очень удобны так называемые пращевидные повязки (рис. 11.16), которые накладывают на нос, подбородок и свод черепа. Пращевидная повязка изготавливается из широкого бинта или отрезка материи длиной 75... 80 см. С обоих концов эту полоску разрезают в продольном направлении, оставляя целой ее среднюю часть длиной 15... 20 см. Неразрезанная часть накладывается на нужную область в поперечном направлении. Надрезанные концы каждой стороны перекрещивают друг с другом так, чтобы нижняя полоска стала верх-

ней, а верхняя — нижней, и связывают аналогичные полоски противоположных сторон. При наложении повязки на нос (рис.

11.17, а) два нижних конца проводят над ушными раковинами и связывают в области затылка, а два верхних — под ушными раковинами и связывают на шее.

При наложении аналогичной повязки на подбородок (рис.

11.17, б) нижние концы проводят перед ушными раковинами и связывают в теменной области, а верхние — под ушными раковинами, перекрещивают в области затылка и через височные области (над ушными раковинами) выводят на лоб, где их и связывают.

Для области уха удобна «неаполитанская» повязка (рис. 11.18).

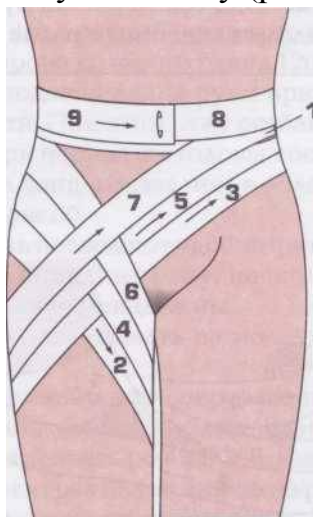


Ее начинают накладывать круговым туром через лобно-затылочные области. Последующие туры на больной стороне постепенно опускают все ниже и ниже, пока не закроются ухо и область сосцевидного отростка. Заканчивают повязку, закрепляя бинт на круговых турах.

В заключение следует отметить некоторые общие закономерности наложения повязок на конечности.

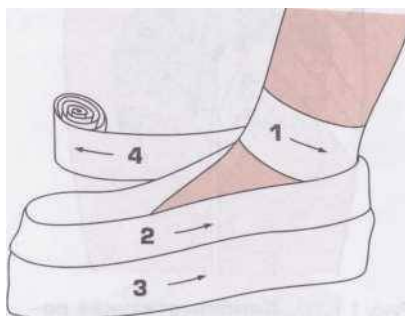
На область лучезапястного сустава и кисти обычно накладывают крестообразную повязку. Для перевязки в области кисти и пальцев применяют возвращающиеся повязки. При перевязке отдельных пальцев кисти используют в основном спиральные повязки. Ранения в области предплечья и локтевого сустава требуют наложения также спиральной повязки. Область плечевого сустава может быть закрыта колосовидной повязкой.

При ранениях верхней трети бедра, ягодичной области и нижней части живота применяют комбинированную повязку (рис. 11.19),



которая при внимательном рассмотрении является крестообразной. В верхнем кольце «восьмерки» оказывается нижняя часть передней брюшной стенки, ягодичная и паховая области, а в нижнем — верхняя треть бедра. На коленный сустав целесообразно накладывать расходящуюся «черепашую» повязку. Раны на голени защищают наложением спиральной повязки с изгибами. При травмах голеностопного сустава накладывают, как правило, крестообразную повязку.

На стопе отдельно бинтуют только первый палец, накладывая спиральную повязку и фиксируя бинт в области голеностопного сустава. Вся стопа может быть закрыта с помощью довольно простой комбинированной повязки (рис. 11.20).

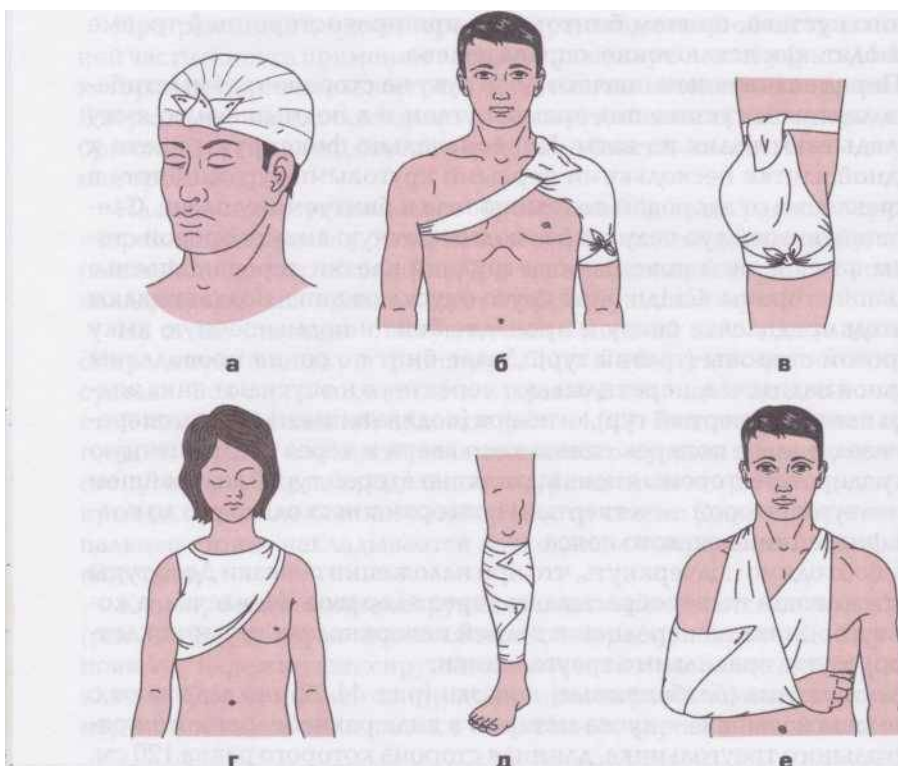


Бинт закрепляют круговыми турами в области голеностопного сустава и переходят на стопу, обертывая ее продольными турами от пятки до пальцев и закрывая при этом боковые поверхности стопы. Далее, начиная от пальцев стопы, накладывается восходящая спиральная повязка на всю стопу.

К числу бинтовых фиксирующих повязок относится повязка Дезо (рис. 11.21),



которая является наиболее распространенной среди повязок, надежно фиксирующих плечевой пояс и плечо к грудной клетке. Она применяется при оказании первой помощи в случаях переломов ключицы и плеча, а также после вправления вывиха плечевого сустава, причем бинтование при правосторонней травме проводят, как исключение, справа налево. Перед наложением повязки Дезо руку на стороне травмы сгибают в локтевом суставе под прямым углом и в подмышечную ямку закладывают валик из ваты. Первоначально фиксируют плечо к грудной клетке несколькими первыми круговыми турами бинта в направлении от здоровой половины тела к бинтуемому плечу. Следующий, второй тур ведут через подмышечную ямку здоровой стороны по передней поверхности грудной клетки через надплечье больной стороны. Сзади бинт круто опускают вниз, подхватывают бинтом предплечье снизу и проводят бинт в подмышечную ямку здоровой стороны (третий тур). Далее бинт по спине проводят на больное надплечье, перекидывают через него и опускают вниз впереди плеча (четвертый тур), огибают (подхватывают) локоть спереди назад и далее поперек спины косо вверх и через подмышечную ямку здоровой стороны вновь выходят на второй тур. В дальнейшем косые туры (второй — четвертый) повторяют несколько раз до полной фиксации плечевого пояса. Необходимо подчеркнуть, что при наложении повязки Дезо туры бинта никогда не перебрасывают через здоровое надплечье, а косые туры бинта на передней и задней поверхностях грудной клетки образуют правильные треугольники.



**Косыночные** (безбинтовые) повязки (рис. 11.22) накладывают с помощью косынки — куса материи в виде равнобедренного прямоугольного треугольника, длинная сторона которого равна 120 см. Такие повязки удобно применять для подвешивания руки при повреждениях плеча, предплечья или кисти. При этом руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом. При перевязке головы косынку располагают на ней так, чтобы все ее концы оказались в области лба, где их связывают и укрепляют булавкой.

Косыночные повязки на промежность позволяют удобно фиксировать перевязочный материал, наложенный на рану, поскольку бинтование этой области сложно, а повязки ненадежны.

Косыночные повязки можно также накладывать на молочную железу, голень и плечо.

**Клеевые** повязки также позволяют фиксировать перевязочный материал на ране. Их роль могут выполнять полоски лейкопластыря. Перевязочный материал можно приклеивать (клей БФ-6, клеол). Полоски лейкопластыря перебрасывают через наложенную на рану стерильную салфетку и приклеивают к коже по краям раны. При использовании клея его наносят на кожу по краям раны, после чего накрывают перевязочный материал на ране куском марли и приклеивают ее к коже по периферии раны. При подозрении на наличие открытого или клапанного пневмоторакса применяют герметизирующую окклюзионную повязку.

Рис. 1 1 22 Косыночные повязки:

а — на голову; б — на плечо; в — на ягодичную область; г — на молочную железу; д — на голень; е — для фиксации верхней конечности

При небольших размерах раны можно использовать прорезиненную оболочку индивидуального перевязочного пакета, которую накладывают непосредственно на рану и фиксируют круговой повязкой, используя подушечки и бинт индивидуального перевязочного пакета. Можно применять и лейкопластырь.

При обширном ранении грудной стенки герметизирующая часть повязки должна иметь большие размеры и выступать за края раны по всему периметру не менее чем на 10 см. Поэтому на рану сначала накладывают слой стерильной марли, а вокруг раны наносят слой мази (например, вазелина). Затем накладывают герметизирующий материал (полиэтиленовая пленка, клеенка или другая воздухонепроницаемая ткань), после чего грудную клетку туго бинтуют в положении выдоха.

При травме брюшной стенки с эвентрацией (выпадением) внутренних органов запрещается вправлять в брюшную полость выпавшие органы, так как это вызовет дополнительное инфицирование полости живота и может привести к развитию тяжелого шока. Вместе с тем выпавшие в рану внутренности должны быть изолированы путем наложения асептической марлевой салфетки, которую необходимо постоянно поддерживать во влажном состоянии, смачивая стерильным солевым раствором или обыкновенной чистой водой. Если такую салфетку не увлажнять, то она плотно прилипнет к выпавшим внутренним органам при высыхании, что приведет к их дополнительной травматизации.

Выпавшие внутренности особо нуждаются в полноценной иммобилизации. Однако наложение плотной круговой повязки приведет к их сдавливанию и некрозу. Чтобы предохранить выпавшие органы от сдавливания, на переднюю брюшную стенку накладывают ватно-марлевое кольцо (возможно его изготовление из подручных средств), которое окружает и защищает выпавшие внутренности. Поверх кольца накладывают тугую круговую повязку.