

Десмургия

- **Оперативная хирургия** -учение о хирургических операциях.
- **Хирургическая техника**- приёмы, выполняемые при операции.
- **Неоперативная хирургия**- операций, которые выполняются без скальпеля, т. е. без рассечения и сшивания тканей:
 - десмургия;
 - транспортная иммобилизация;
 - лечебная иммобилизация;
 - дренирование полых органов через естественные отверстия;
 - пункции;
 - инъекции;
 - инфузии;
 - трансфузии;
 - манипуляционное лечение ряда заболеваний и травм..

- **Десмургия** –учение о повязках, их применении, правильном наложении и использовании перевязочного материала, его формах и свойствах.
- **Повязка**- положение перевязочного материала с целью лечебного воздействия на рану или часть тела с целью защиты ее от повреждений, инфекция и остановки кровотечения.

Виды повязок

- *защитная* - защита от внешних факторов, профилактика вторичного инфицирования;
- *фиксирующая повязка* удержание и закрепление на поверхности тела перевязочного материала;
- *иммобилизирующая повязка* - создание неподвижности в области перелома или вывиха;
- *гемостатическая (давящая) повязка*-создание давления на ту или иную часть тела при остановке кровотечения;
- *корректирующая повязка* –устранение деформации;
- *окклюзионная повязка*- герметизация раны
- *повязки с вытяжением* - создают постоянное вытяжение в нужном направлении какой-либо части тела.
- *лекарственные повязки* - удерживают лекарственные вещества на нужном участке тела

Требование к перевязочному материалу

необходимо обладать :

- капиллярностью,
- гигроскопичностью,
- эластичностью,
- возможностью стерилизации без нарушения качеств и отсутствием раздражающего действия на ткани.

Перевязочный материал:

- марля (редкопетлистая, среднепетлистая);
- вата (обезжиренная, необезжиренная);
- бязь;
- клеенка,
- целлофан

Классификация по виду перевязочного материала

- Повязка из марли;
- Повязка из ткани;
- Гипсовая повязка;
- Шинирование;
- специальные повязки
- (цинк-желатиновая);
- Эластичные



Классификация по способу фиксации перевязочного материала

Безбинтовые:

- клеевая,
- лейкопластырная;
- косыночные,
- пращевидные,
- Т-образные,

Бинтовые: циркулярная , спиральная, ползучая, крестообразная или восьмиобразная, колосовидная, черепашня, повязка на голову, моно- и бинокулярная

Перевязочный материал, закрепленный на поверхности тела, называется повязкой.

Процесс наложения повязки, а также снятие ее и наложение новой, называется перевязкой.



Клеоловая повязка

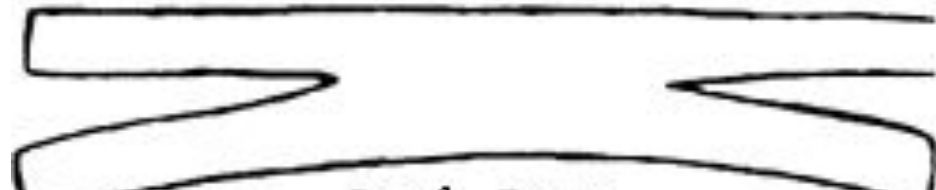


Повязки из лейкопластыря

Виды повязок



косыночная



працевидная

Основные требования, предъявляемые к бинтовой :

- закрывать пораженный участок тела;
- не нарушать крово - и лимфообращение;
- надежно держаться на участке тела;
- иметь по возможности опрятный вид.

Правила бинтования

положение хирурга и пациента

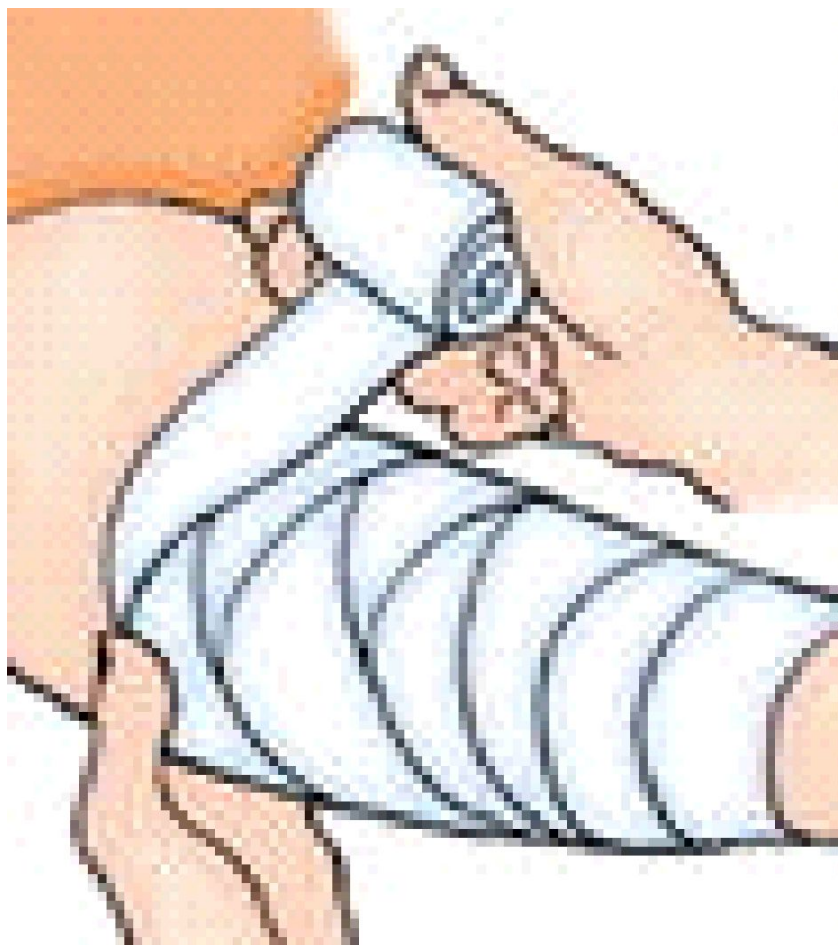
- Хирург должен находиться лицом к пациенту;
- Бинтуемая часть тела находится на уровне груди хирурга;
- Пациент должен находиться в удобном положении;
- Часть тела, на которую накладывают повязку должна быть неподвижной;
- Конечность, на которую накладывают повязку, следует придать функционально выгодное положение.

Правила бинтования

техника бинтования

- Необходимо выбрать соответствующий размер бинта , палец-5-7см, голова-10см, бедро-14см;
- Повязку накладывают от периферии к центру;
- При наложении повязки головка бинта должна находиться в правой руке, полотно в левой;
- Повязку начинают с наложения циркулярных туров;
- Туры бинта накладывают слева направо, при этом каждый последующий тур перекрывает предыдущий;
- При наложении повязки на конические участки конечности следует делать перегибы бинта;
- Фиксировать концы бинта не следует на области раны

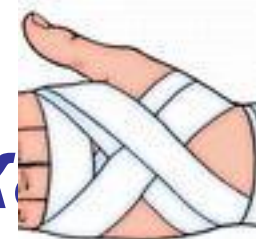
Спиральная повязка



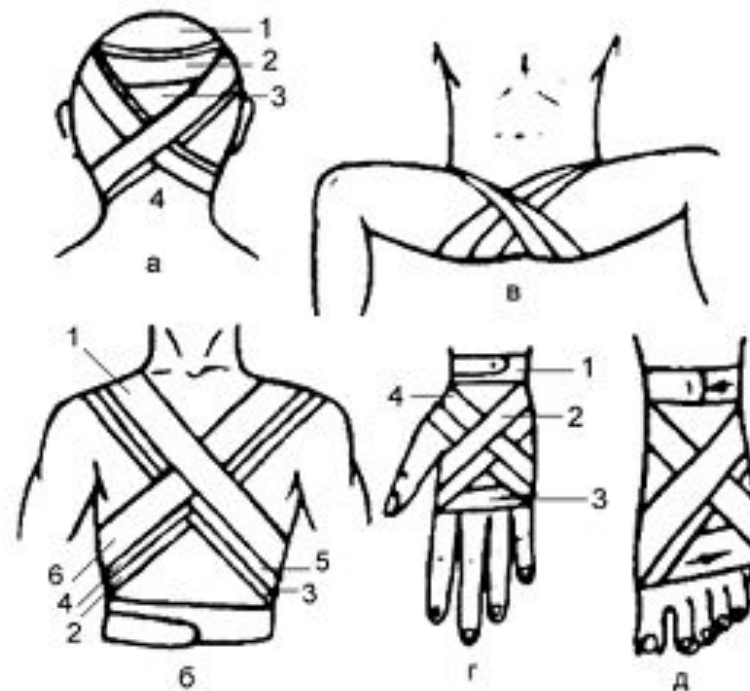
Ползучая повязка.



Крестообразная или восьмиобразная повязка

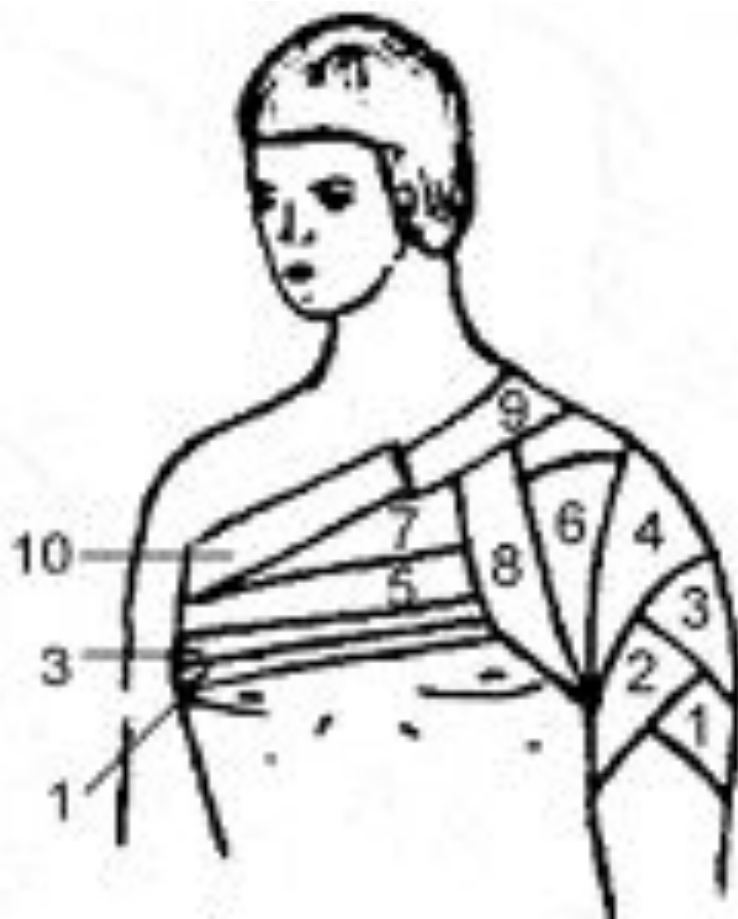


При наложении восьмиобразной повязки на область затылка вначале двумя турами бинта (ходы 1 и 2) бинт укрепляют вокруг головы на уровне лба, затем ведут косо через затылочную область, идут слева направо и вниз, как показано на рисунке, обходят шею с боковой и передней стороны и далее проводят бинт снова через затылочную область, перекрещивая предыдущий тур, ведя бинт снизу вверх налево, далее обходят голову спереди и снова повторяют тур 3 и 4. В области затылка ходы бинта перекрещиваются. Закрепляют повязку вокруг головы.

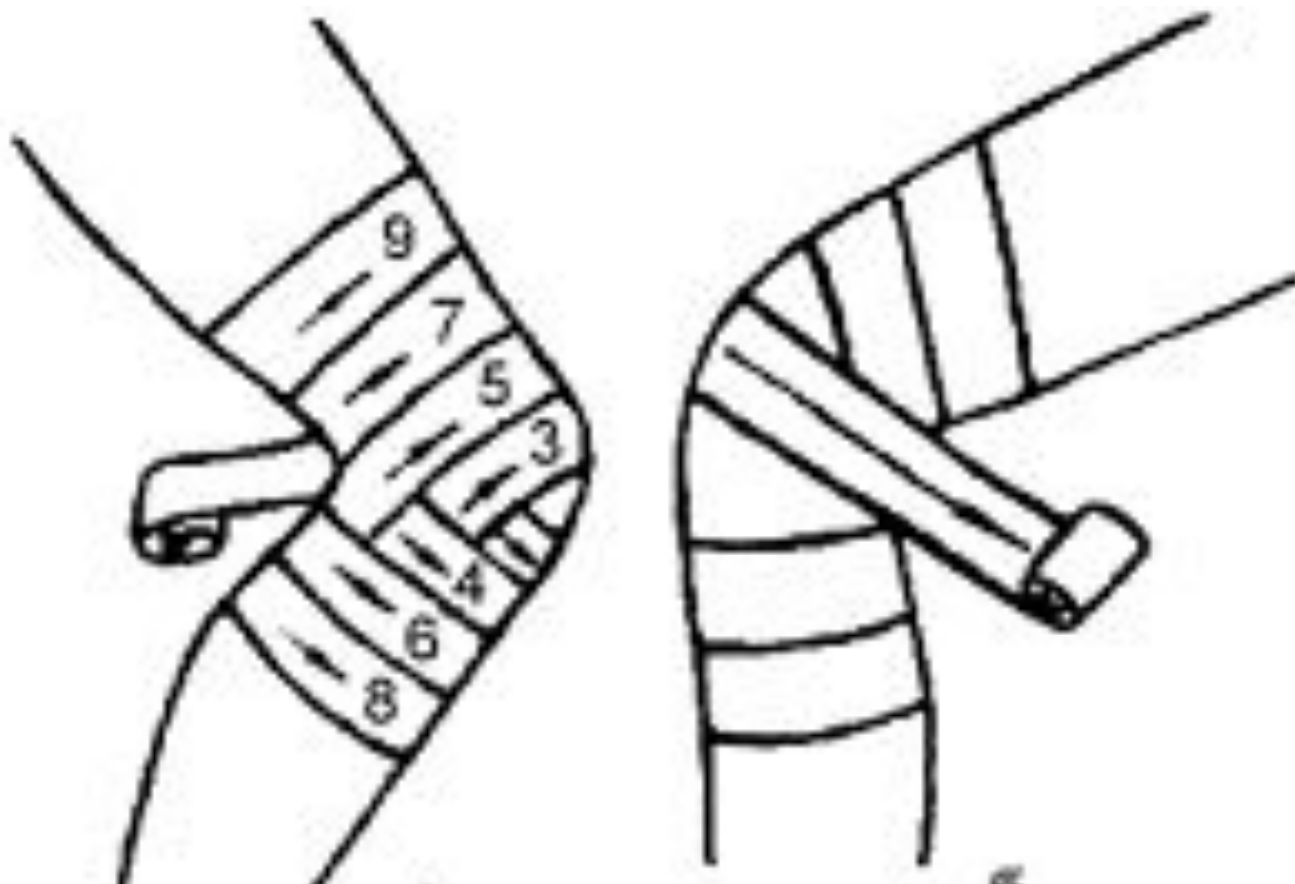


Повязка на затылок (а), грудь (б), промежность (в), кисть (г) и стопу (д).

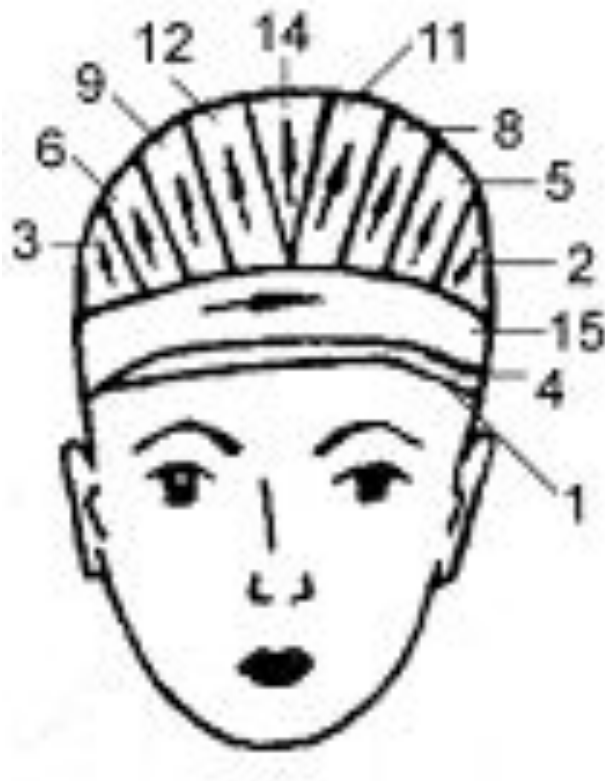
Колосовидная повязка



Черепашья повязка



Простая повязка (шапочка).



Чепец

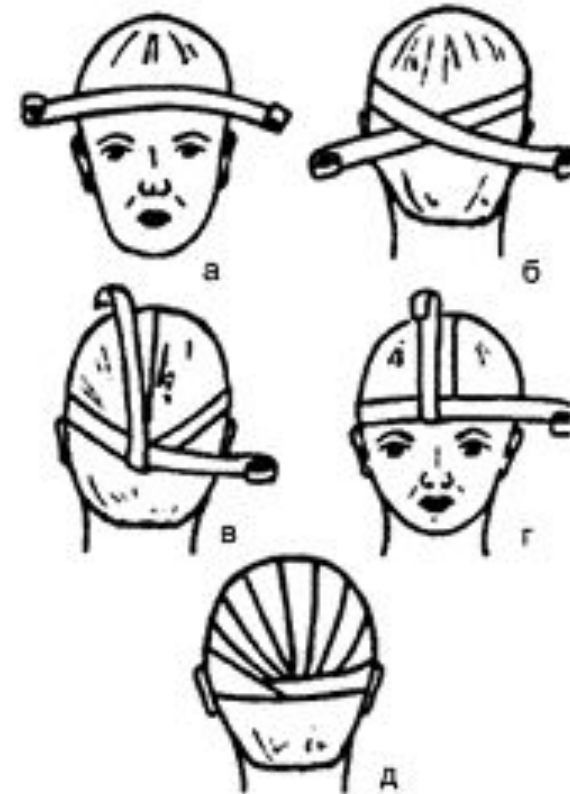


Повязка на один глаз.



Шапка Гиппократа

- Стоя лицом к пораженному, бинтующий берет в каждую руку по одной головке двуглавого бинта и, развертывая их, накладывает один или два циркулярных хода вокруг головы. Доведя обе головки бинта до затылка, левую головку подводят под правую и делают перегиб, правая головка продолжает свой циркулярный ход, а левая после перегиба, идет в сагиттальном направлении через темя ко лбу. В области лба обе головки встречаются: правая, идущая горизонтально, левая же головка вновь возвращается через темя к затылку, где снова перекрещивается с горизонтальным ходом правой головки и т.д. Продольные возвращающиеся ходы постепенно укрывают всю голову. Таким образом, одной частью бинта все делают переднезадние ходы, а другой циркулярные. Повязку закрепляют круговыми ходами обеих головок вокруг головы.



Повязка на область уха
(неаполитанская повязка)



Повязка типа уздечки



Повязка на палец



Повязка на кисть
возвращающаяся (варежка).

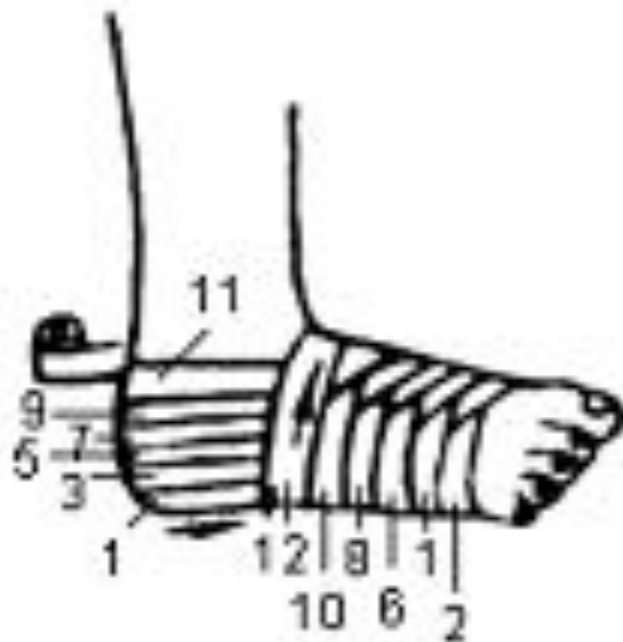


Повязка на все пальцы (рыцарская перчатка)



Повязка на всю конечность накладывается несколькими видами повязок. На пальцы накладывается «перчатка» или «варежка», на предплечье — спиральная, в области локтевого сустава — «черепашня», на плечо — спиральная, а в верхней трети его переходят на колосовидную.

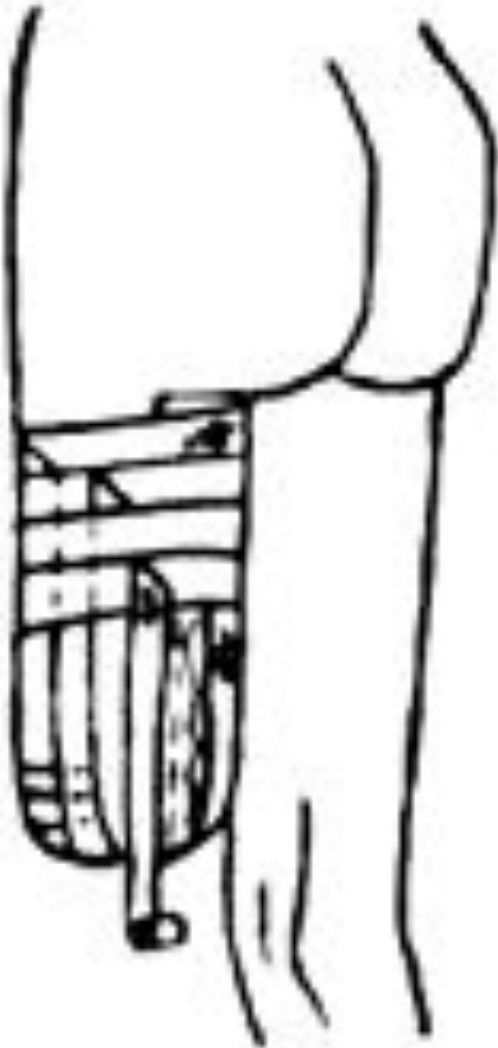
Повязка на всю стопу без пальцев



Повязка на всю стопу.



Повязка на культю (возвращающаяся).



Повязка на голеностопный сустав
-(восьмерка).

Повязка на область коленного сустава.
Для этого накладывается черепашья повязка при согнутом положении сустава. При разогнутом положении сустава можно наложить циркулярную, спиральную или восьмиобразную повязку.

Повязка на область бедра состоит из сочетания циркулярных и спиральных ходов. В верхней трети бедра может быть повязка укреплена ходами колосовидного типа повязок.

Колосовидная повязка



Повязка на обе паховые области



Специальная повязка

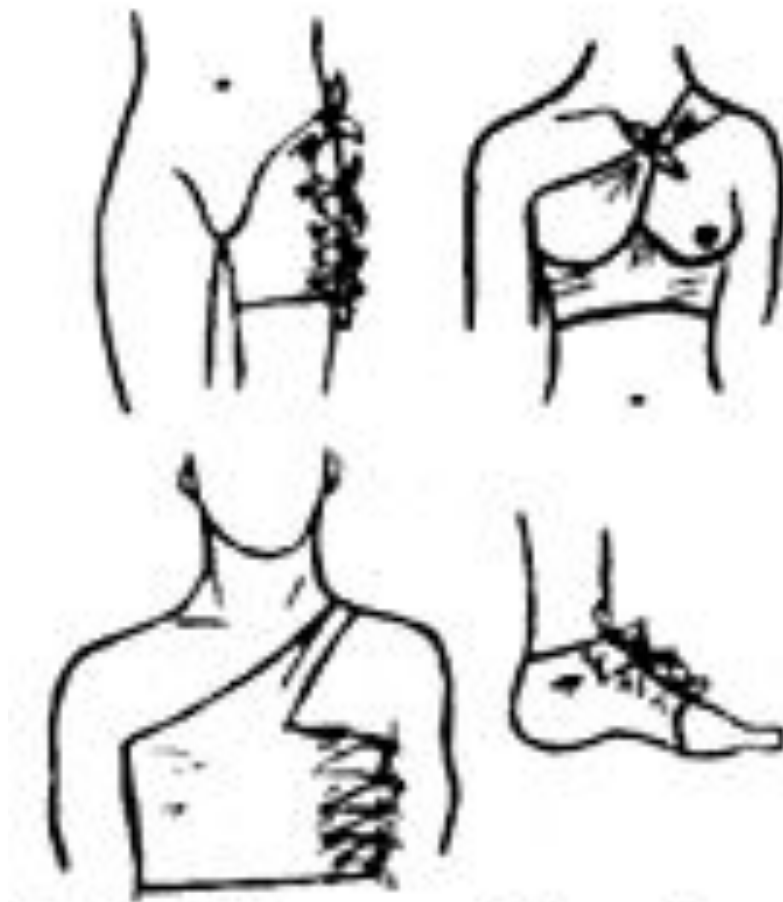


Повязка Дезо



- Первый момент -прибинтовывании плеча к туловищу, что достигается наложением ряда круговых спиральных ходов ;
- из подмышечной области здоровой стороны по передней поверхности груди бинт ведут на надплечье больной стороны;
- вертикально вниз по задней стороне плеча под локти, подхватив локоть бинтом, косо через предплечье в подмышечную впадину здоровой стороны ;
- по спине ведут бинт на больное надплечье вниз по передней стороне плеча;
- Обойдя локоть спереди, бинт ведут через спину косо в здоровую подмышечную впадину, откуда и начинают повторение ходов . Затем подвешивают кисть руки, куском бинта достаточной ширины

Контурные повязки по Маштафарову



Иммобилизация

- обезболивание и предупреждение развития травматического шока;
- предупреждение возможности превращения закрытого перелома в открытый;
- предупреждение развития инфекции в ране и ее распространения;
- предупреждение возможности первичного и вторичного кровотечения;
- предупреждение дополнительной травматизации окружающих тканей;
- улучшение кровоснабжения поврежденных тканей;
- создание условий для более благоприятного клинического течения травмы или патологического процесса и более полного восстановления функции.

Транспортная иммобилизация

- *создание неподвижности и покоя для органа, части или всего тела на период транспортировки пострадавшего с места травмы в лечебное учреждение.*



Цель транспортной иммобилизации — предупредить дополнительные повреждения тканей и органов, развитие шока при перекладывании и транспортировке пострадавшего.

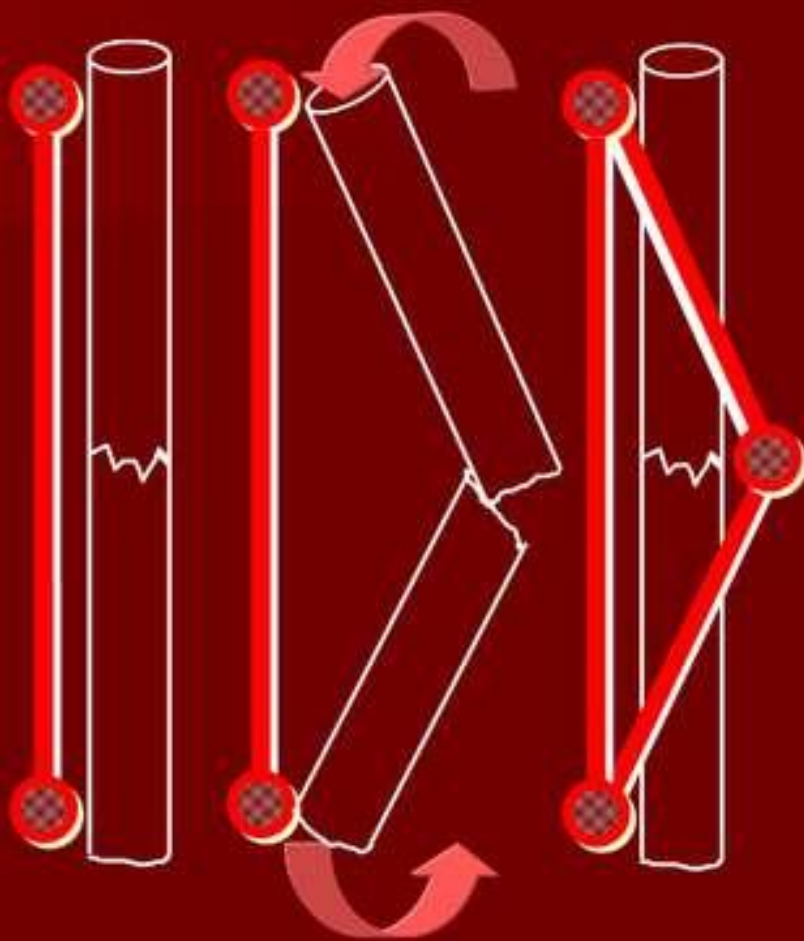
Показания к транспортной иммобилизации:

- 1) переломы костей;
- 2) повреждения суставов;
- 3) повреждения крупных сосудов и нервов;
- 4) обширные повреждения мягких тканей;
- 5) синдром длительного сдавления;
- 6) раны, зараженные токсическими и радиоактивными веществами;
- 7) обширные воспалительные процессы;
- 8) обширные отморожения и ожоги;
- 9) близость раневого канала к крупным суставам и сосудисто-нервным пучкам



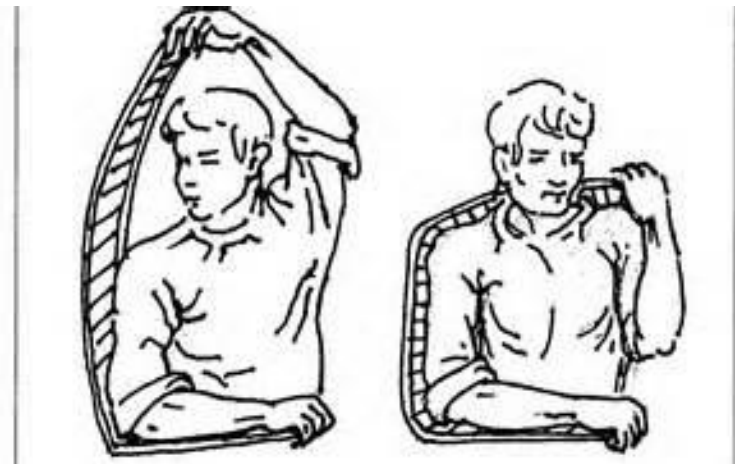
Принципы

- шина обязательно должна захватывать два, а иногда (нижняя конечность) и три сустава;



Шина должна:

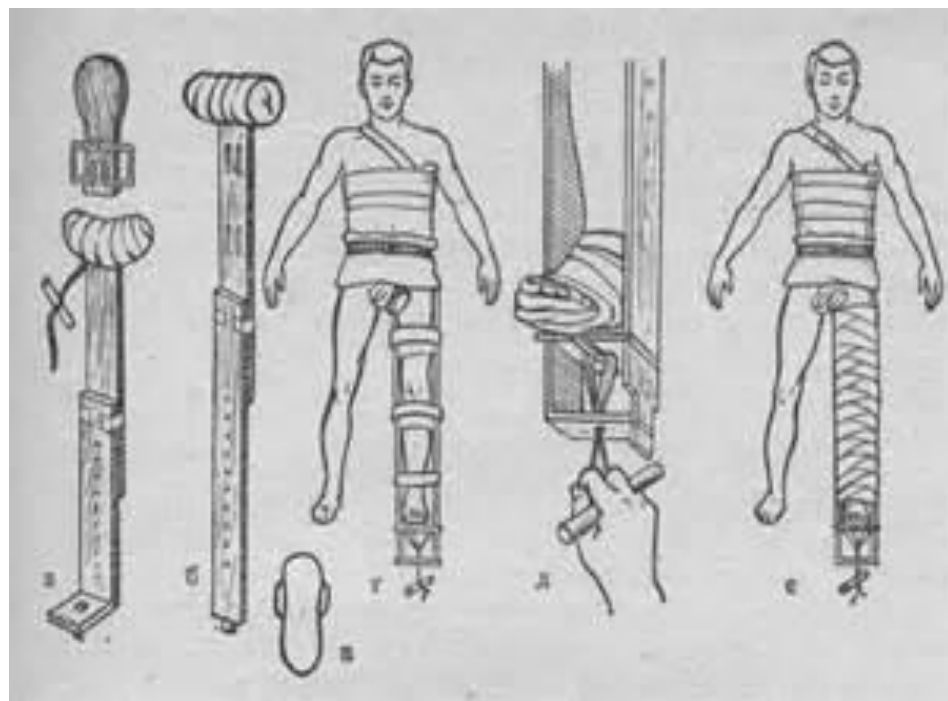
- 1) создавать хорошую иммобилизацию;
- 2) быть прочной, портативной, легкой, конструктивно простой;
- 3) легко очищаться от грязи, допускать повторное использование;
- 4) быть рентгеноконтрастной;
- 5) быть пластичной, легко моделируемой;
- 6) позволять делать осмотр и перевязку зоны без снятия шины;
- 7) оставлять открытыми кисть и стопу для наблюдения за состоянием конечности.



Наиболее признанные и распространенные средства транспортной иммобилизации:

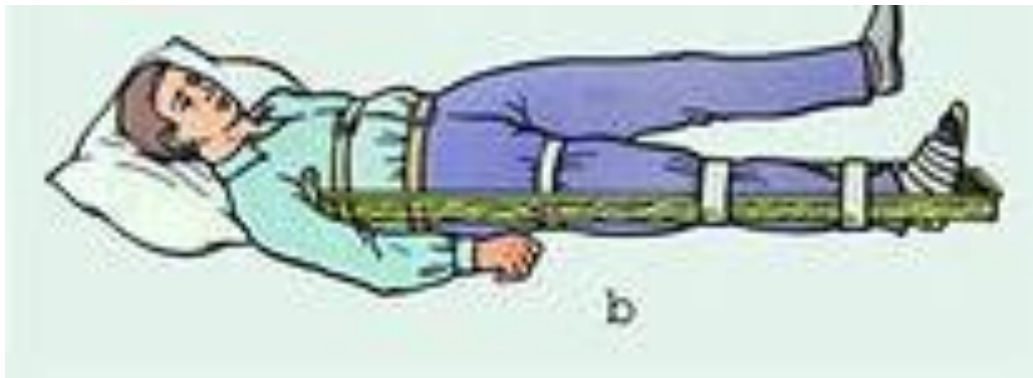
- 1) фанерная шина (А.М.Баранцевич, И.И.Куслик, 1932);
- 2) лестничная шина (Крамер, 1887);
- 3) транспортная шина для нижних конечностей Дитерихса (М.М. Дитерихс, 1923);
- 4) шина транспортная пластмассовая;
- 5) шина медицинская пневмотическая (ШМП);
- 6) пластмассовая пращевидная шина;
- 7) носилки иммобилизирующие воздушные;
- 8) шины из поливика.

Шина Дитерихса



Шина Дитериха

- Шина состоит из двух деревянных костылей — наружного и внутреннего, планки для крепления стопы (подстопника) и палочки-закрутки, прикрепленной к шине шнурком. Каждый костыль состоит из двух половин, что позволяет изменять длину шины в зависимости от роста пациента. Шину накладывают непосредственно на месте происшествия. Переноска пациента без шины категорически запрещается. Шина сочетает фиксацию с одновременным созданием вытяжения конечности. *Перед наложением шины делают анестезию.* Показания: перелом в области бедра, повреждение в тазобедренном и коленном суставах.



Шина медицинская пневмотическая



Области применения:

- В машинах скорой и неотложной помощи.
- В службах медицины катастроф.
- В формированиях МЧС и гражданской обороны.
- В подразделениях МВД и МО.
- На крупных производственных предприятиях.
- В спортивных обществах и спортивных комплексах.
- В различных транспортных предприятиях и личных автотранспортных средствах совместно с автомобильной аптечкой.
- В автомобилях ДПС.

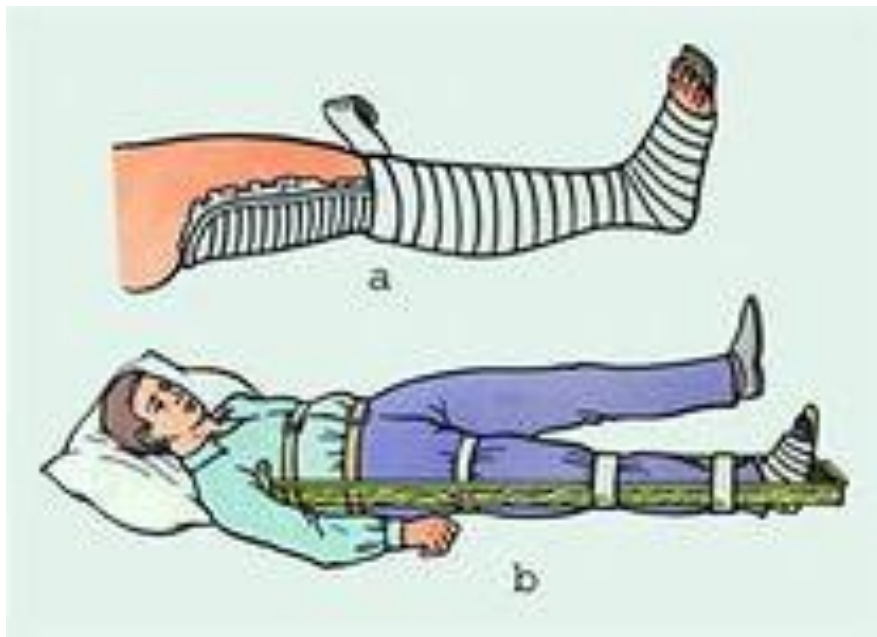
Шина медицинская пневмотическая



Пневмотическая медицинская шина



Шина Крамера

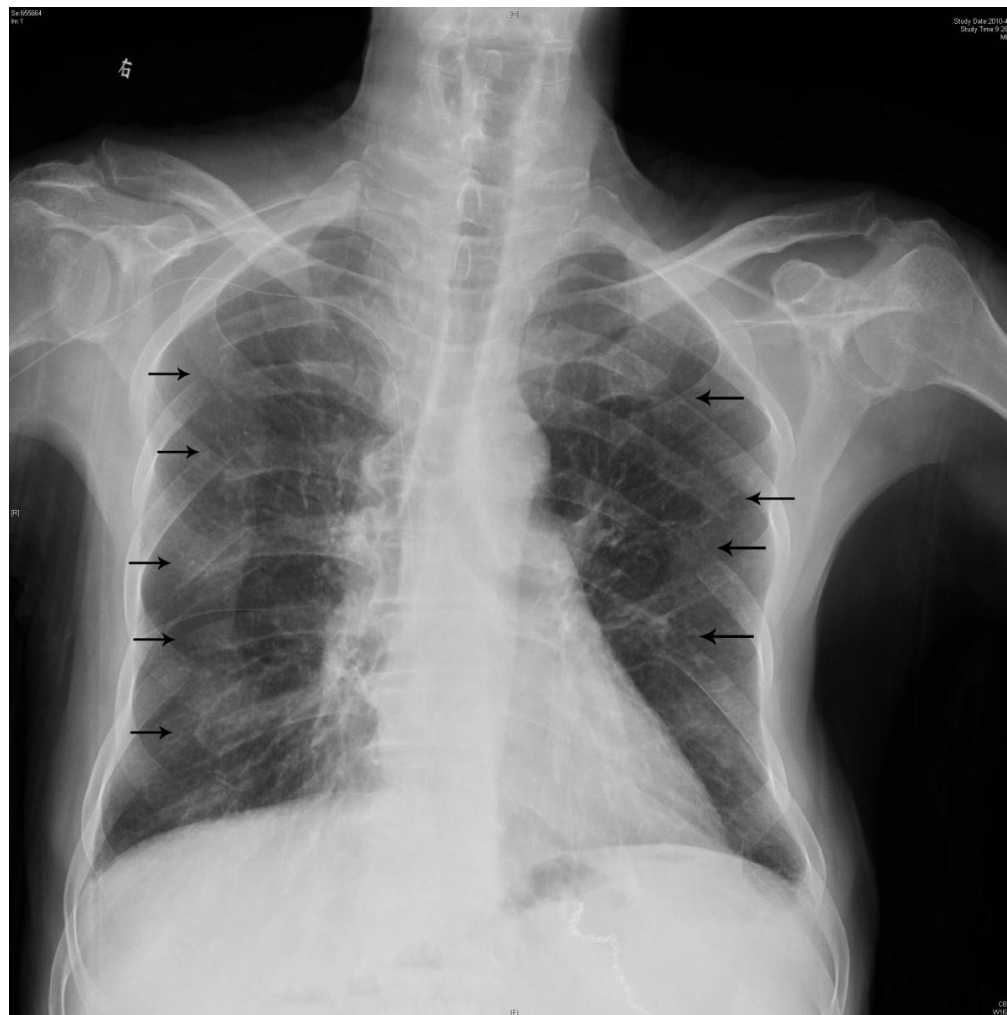
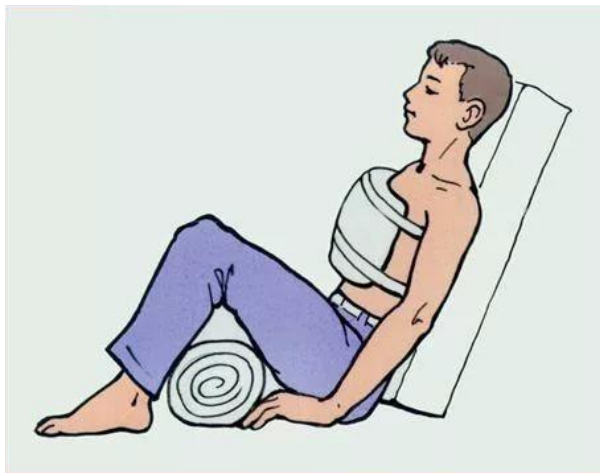


- 1. Провести психологическую подготовку пациента.
- 2. Вымыть руки.
- 3. Надеть стерильные резиновые перчатки.
- 4. Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетанов).
- 5. Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).
- 6. Встать лицом к пациенту.
- 7. Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).
- 8. На здоровой конечности отмерить расстояние от основания пальца до локтевого сустава и согнуть шину под прямым углом.
- 9. Второй конец шины должен достать середины плеча.
- 10. Наложить шину на поврежденную руку так, чтобы ладонная поверхность кисти была повернута к туловищу, пальцы полусогнуты (вложить валик в ладонь), локтевой сустав под прямым углом.
- 11. Костные выступы изолировать прокладками.
- 12. Шину фиксировать к руке спиральной повязкой снизу вверх.
- 13. Конечность дополнительно иммобилизовать косыночной повязкой.
- 14. Продезинфицировать использованное оснащение.
- 15. Вымыть и высушить руки.
- 16. Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.
- 17. Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию **первой медицинской помощи**.

Транспортная иммобилизация КИСТИ



Положение тела при повреждении груди



Лечебная иммобилизация



СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ



Шина «Поливик»



- **Область применения:** ортопедический материал многократного использования для изготовления корсетов, головодержателей, кистедержателей и других ортопедических изделий для взрослых и детей, в том числе грудного возраста.
- **Способ применения:** при нагревании заготовки до 70-80 градусов (горячая вода, термошкаф) «Поливик» становится мягким и под воздействием внешнего давления, создаваемого ладонными поверхностями рук, легко облегает и моделирует необходимый участок тела пациента, точно копируя и сохраняя приданную форму.
- **Преимущества:** материал позволяет проводить дополнительную корректировку изделия путем локального разогрева требуемого участка горячим воздухом фена или горячей водой. Края материала в изделии самослипаются и поэтому не подлежат скреплению или связыванию на больном. Материал способен к многократной переработке.

Лечебная иммобилизация- остеосинтез

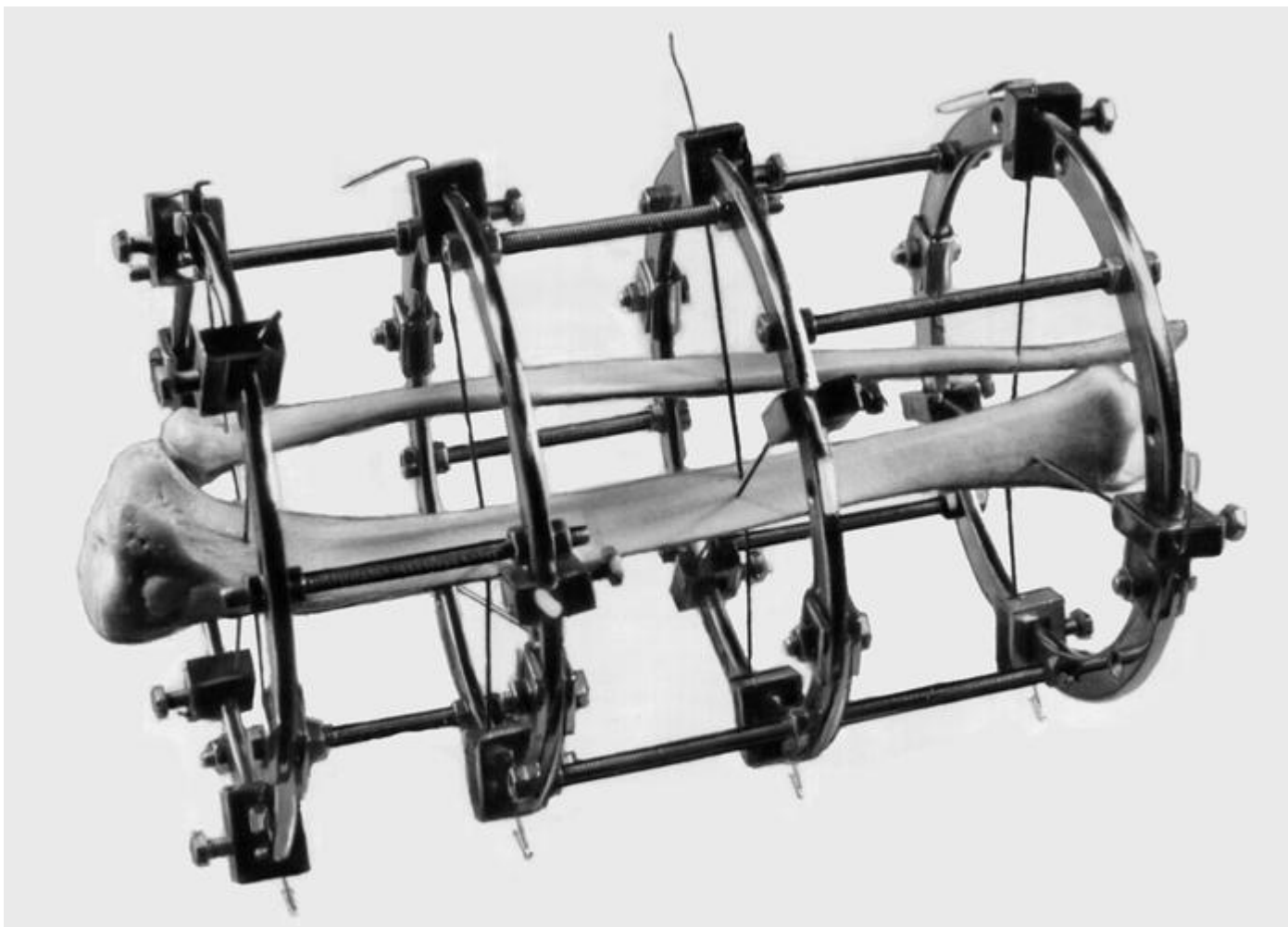


Лечебная иммобилизация



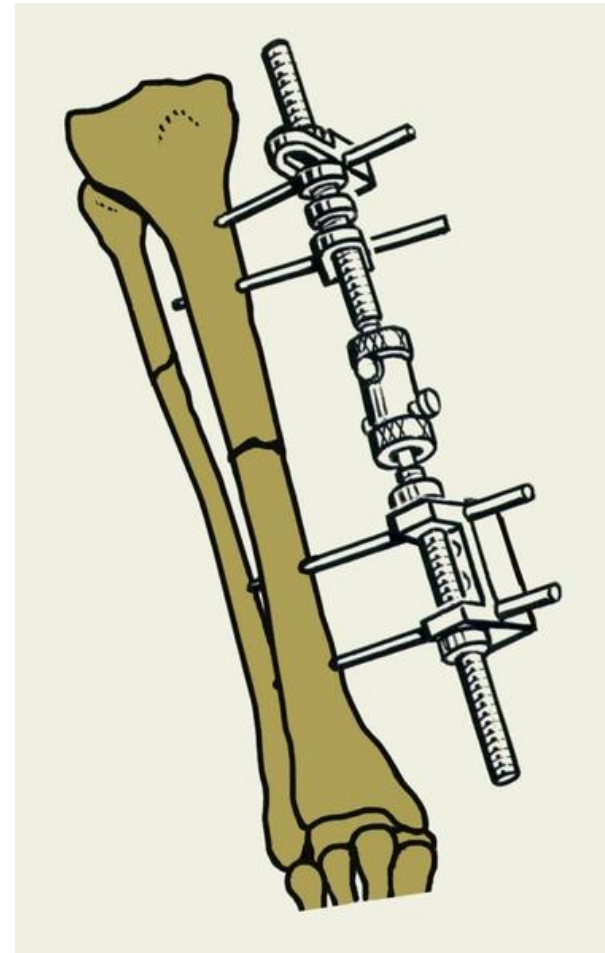
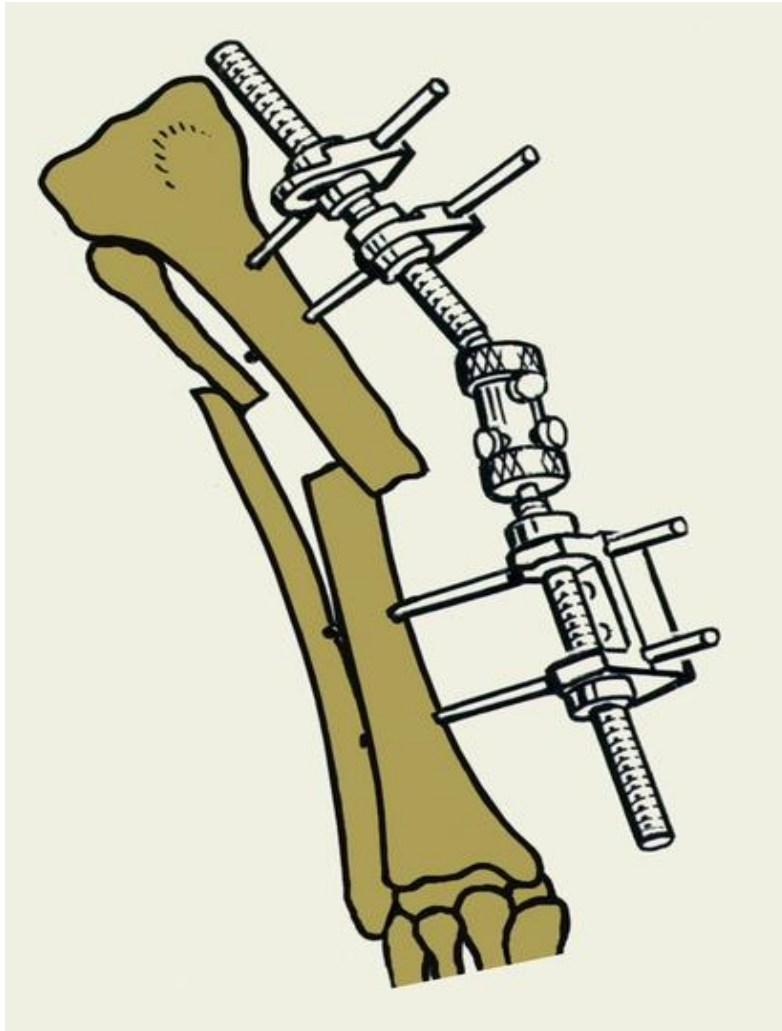
**Остеосинтез с использованием
металлической пластины**

Дистракционно-компрессионные аппараты



Спицевые аппараты (аппарат Илизарова) построены на основе напряженных спиц Киршнера или специальных утолщенных стальных спиц, натянутых на кольцах или полукольцах круглой или прямоугольной формы.

Дистракционно-компрессионные аппараты



Стержневой дистракционно-компрессионный аппарат СКИД на костях голени до репозиции отломков берцовых костей и после репозиции



Основные правила транспортной иммобилизации:

- 1) транспортная шина должна быть удобной для пострадавшего, не причинять ему дополнительных болевых ощущений;
- 2) при наличии показаний к транспортной иммобилизации она должна быть как можно более ранней;
- 3) одежда и обувь на пострадавшем не препятствуют транспортной иммобилизации и служат мягкой прокладкой под шину. Накладывать повязку на рану можно через окно, вырезанное в одежде;
- 4) перед транспортной иммобилизацией проводится обезболивание;
- 5) при наличии раны ее следует закрыть асептической повязкой до наложения шины;
- 6) при необходимости применения кровоостанавливающего жгута последний накладывается на конечность до осуществления обездвиживания и таким образом, чтобы его можно было снять, не нарушая иммобилизации;
- 7) перед наложением шины необходимо предварительно от моделировать под размер и форму поврежденной конечности;
- 8) шину нужно покрывать ватно-марлевыми прокладками для того, чтобы она не оказывала сильного давления на мягкие ткани, особенно в области костных выступов, а также на крупные кровеносные сосуды и нервные стволы;
- 9) при переломах длинных трубчатых костей обязательно должны быть зафиксированы минимум два сустава, смежные с поврежденным сегментом конечности;
- 10) конечность следует иммобилизовать в среднем физиологическом положении, при котором мышцы-антагонисты расслаблены в одинаковой степени;
- 11) надежная иммобилизация достигается при преодолении физиологического и эластического сокращения мышц поврежденного сегмента конечности. Вытяжение, которое весьма желательно при транспортной иммобилизации, не преследует цели полного расслабления мышц и репозиции костных отломков. Предусматривается лишь более или менее адекватное противодействие мышечному сокращению и частичная репозиция отломков;
- 12) транспортная шина прикрепляется бинтом. Последний должен плотно охватывать конечность, не вызывая в ней нарушения кровообращения;
- 13) при транспортной иммобилизации необходимо бережное отношение к поврежденной конечности во избежание нанесения дополнительной травмы. Желательно накладывать шину с помощниками, которые удерживают конечность в нужном положении;
- 14) в зимнее время года травмированная конечность более подвержена отморожению, чем здоровая, поэтому конечность с наложенной шиной необходимо утеплять;
- 15) при выполнении транспортной иммобилизации в случаях повреждений крупных нервных стволов, сосудов и сухожилий конечность необходимо согнуть (разогнуть) в суставах так, чтобы предупредить расхождение поврежденных образований.

Ошибки и осложнения при транспортной иммобилизации

1. Применение необоснованно коротких шин или подручных средств ведет к дополнительной травматизации места повреждения в период переноски и перевозки пострадавшего и может явиться причиной шока или раневых осложнений.
2. Наложение жестких транспортных шин без предварительного обертывания их ватой и марлей, а также несоблюдение правил моделирования шины в соответствии с формой поврежденной конечности является причиной образования пролежней от длительного сдавливания мягких тканей.
3. Недостаточная фиксация шины к поврежденной конечности бинтом сводит на нет всю работу по осуществлению транспортной иммобилизации.
4. Если наряду с иммобилизацией производилось наложение кровоостанавливающего жгута, то опасной ошибкой является закрытие его шиной. В результате этого жгут может быть своевременно не снят, что приведет к омертвлению конечности.
5. Недостаточное утепление иммобилизированной конечности в зимнее время ведет к отморожениям.
6. Недопустимо использование транспортных шин для лечебной иммобилизации.
7. Транспортная иммобилизация - это один из основных видов первой помощи при травмах, важный для профилактики тяжелых осложнений. Она не исключает необходимости введения обезболивающих, сердечных и других средств, а также внимательного ухода за пострадавшим.

Гипсовые повязки бывают:

- а) бесподкладочные;
- б) подкладочные.

Существуют следующие виды гипсовых повязок:

- 1) циркулярная;
- 2) лангетная;
- 3) лонгетно-циркулярная;
- 4) окончатая;
- 5) мостовидная;
- 6) шарнирная;
- 7) этапная;
- 8) тугор;
- 9) гипсовый корсет;
- 10) гипсовая кровать.

Правильно наложенная гипсовая повязка должна соответствовать следующим требованиям:

- 1) должна обеспечивать надежную неподвижность отломков;**
- 2) должна быть достаточно прочной, но не толстой и не тяжелой;**
- 3) не должна оказывать давления на мягкие ткани и костные выступы;**
- 4) должна быть красивой и опрятной**

Основные правила наложения гипсовой повязки

- Для наложения гипсовой повязки все должно быть заранее приготовлено и правильно разложено.
- Для достижения полной иммобилизации конечности при переломах длинных трубчатых костей повязка должна быть наложена на достаточном протяжении.
- При наложении гипсовой повязки следует обеспечить свободный доступ к поврежденной конечности и необходимые условия по уходу за больным.
- При наложении повязки на длительный срок конечности надо придать функционально выгодное положение.
- При больших гипсовых повязках подкладочный материал должен быть равномерно проложен на протяжении всей повязки и несколько выходить за ее пределы.
- В дальнейшем выступающий край мягкой подкладки заворачивается на гипс и закрепляется 1-2 ходами гипсового бинта.
- Во время изготовления гипсовой повязки нельзя менять положение конечности, т.к. в незастывшем гипсе могут образовываться складки, которые после отверждения, вдавливаясь в мягкие ткани, могут вызвать пролежни или более серьезные осложнения.
- Для придания неподвижности репонированным отломкам при переломе необходимо, чтобы помощники равномерно вытягивали поврежденную конечность каждый в определенном направлении, не допуская каких-либо движений в месте перелома.

- Помощники должны правильно удерживать повязку и не допускать в ней пальцевых вдавлений. Перехватывание рук для пропуска бинта необходимо делать быстро и спокойно, не меняя положения конечности.
- Циркулярную гипсовую повязку следует накладывать от периферии к центру. Бинтование производится без натяжения. Другой рукой каждый ход наложенного бинта проглаживается (моделируется).
- Если при бинтовании происходит врезание одного края бинта и отставание другого от лежащего под ним хода, то следует рассечь образующуюся перетяжку и разгладить.
- Если циркулярная гипсовая повязка подкрепляется гипсовыми манжетами, особенно в области крупных суставов, то наложенную и отмоделированную лонгету дополняют круговыми ходами гипсового бинта, причем складки, образующиеся при бинтовании, должны ложиться на лонгету.
- На передней поверхности повязки химическим карандашом необходимо обозначать дату наложения, а при переломах костей дать схематическое изображение перелома.
- Изготовление повязки считается законченным после ее отверждения. Степень высыхания определяется постукиванием пальцем. Сухая повязка издает коробочный звук; отвердевшая, но еще сырая повязка непрочна и требует бережного отношения. Полное высыхание гипсовой повязки происходит через 2-3 суток.
- После наложения гипсовой повязки больной должен находиться под наблюдением медицинского персонала, чтобы вовремя обнаружить возможные осложнения и устранить их.
- До полного высыхания повязки ее не следует накрывать простыней или одеялом, высушивать феном.
- Контрольные рентгенограммы делают как в процессе наложения повязки, так и после нее.

Основные правила транспортной иммобилизации:

- 1) транспортная шина должна быть удобной для пострадавшего, не причинять ему дополнительных болевых ощущений;
- 2) при наличии показаний к транспортной иммобилизации она должна быть как можно более ранней;
- 3) одежда и обувь на пострадавшем не препятствуют транспортной иммобилизации и служат мягкой прокладкой под шину. Накладывать повязку на рану можно через окно, вырезанное в одежде;
- 4) перед транспортной иммобилизацией проводится обезболивание;
- 5) при наличии раны ее следует закрыть асептической повязкой до наложения шины;
- 6) при необходимости применения кровоостанавливающего жгута последний накладывается на конечность до осуществления обездвиживания и таким образом, чтобы его можно было снять, не нарушая иммобилизации;
- 7) перед наложением шины необходимо предварительно от моделировать под размер и форму поврежденной конечности;
- 8) шину нужно покрывать ватно-марлевыми прокладками для того, чтобы она не оказывала сильного давления на мягкие ткани, особенно в области костных выступов, а также на крупные кровеносные сосуды и нервные стволы;
- 9) при переломах длинных трубчатых костей обязательно должны быть зафиксированы минимум два сустава, смежные с поврежденным сегментом конечности;
- 10) конечность следует иммобилизовать в среднем физиологическом положении, при котором мышцы-антагонисты расслаблены в одинаковой степени;
- 11) надежная иммобилизация достигается при преодолении физиологического и эластического сокращения мышц поврежденного сегмента конечности. Вытяжение, которое весьма желательно при транспортной иммобилизации, не преследует цели полного расслабления мышц и репозиции костных отломков. Предусматривается лишь более или менее адекватное противодействие мышечному сокращению и частичная репозиция отломков;
- 12) транспортная шина прикрепляется бинтом. Последний должен плотно охватывать конечность, не вызывая в ней нарушения кровообращения;
- 13) при транспортной иммобилизации необходимо бережное отношение к поврежденной конечности во избежание нанесения дополнительной травмы. Желательно накладывать шину с помощниками, которые удерживают конечность в нужном положении;
- 14) в зимнее время года травмированная конечность более подвержена отморожению, чем здоровая, поэтому конечность с наложенной шиной необходимо утеплять;
- 15) при выполнении транспортной иммобилизации в случаях повреждений крупных нервных стволов, сосудов и сухожилий конечность необходимо согнуть (разогнуть) в суставах так, чтобы предупредить расхождение поврежденных образований.

Ошибки и осложнения при транспортной иммобилизации

1. Применение необоснованно коротких шин или подручных средств ведет к дополнительной травматизации места повреждения в период переноски и перевозки пострадавшего и может явиться причиной шока или раневых осложнений.
2. Наложение жестких транспортных шин без предварительного обертывания их ватой и марлей, а также несоблюдение правил моделирования шины в соответствии с формой поврежденной конечности является причиной образования пролежней от длительного сдавливания мягких тканей.
3. Недостаточная фиксация шины к поврежденной конечности бинтом сводит на нет всю работу по осуществлению транспортной иммобилизации.
4. Если наряду с иммобилизацией производилось наложение кровоостанавливающего жгута, то опасной ошибкой является закрытие его шиной. В результате этого жгут может быть своевременно не снят, что приведет к омертвлению конечности.
5. Недостаточное утепление иммобилизированной конечности в зимнее время ведет к отморожениям.
6. Недопустимо использование транспортных шин для лечебной иммобилизации.
7. Транспортная иммобилизация - это один из основных видов первой помощи при травмах, важный для профилактики тяжелых осложнений. Она не исключает необходимости введения обезболивающих, сердечных и других средств, а также внимательного ухода за пострадавшим.

Гипсовые повязки бывают:

а) бесподкладочные;

б) подкладочные.

Существуют следующие виды гипсовых повязок:

1) циркулярная;

2) лангетная;

3) лонгетно-циркулярная;

4) окончатая;

5) мостовидная;

6) шарнирная;

7) этапная;

8) тугор;

9) гипсовый корсет;

10) гипсовая кровать.

Правильно наложенная гипсовая повязка должна соответствовать следующим требованиям:

- 1) должна обеспечивать надежную неподвижность отломков;**
- 2) должна быть достаточно прочной, но не толстой и не тяжелой;**
- 3) не должна оказывать давления на мягкие ткани и костные выступы;**
- 4) должна быть красивой и опрятной**

Правильно наложенная гипсовая повязка должна соответствовать следующим требованиям:

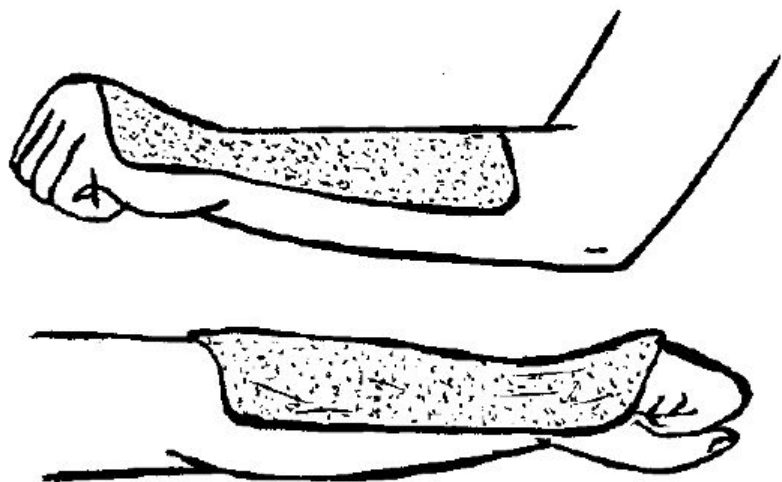
- 1) должна обеспечивать надежную неподвижность отломков;**
- 2) должна быть достаточно прочной, но не толстой и не тяжелой;**
- 3) не должна оказывать давления на мягкие ткани и костные выступы;**
- 4) должна быть красивой и опрятной**

Гипсовая повязка « сапжок»





Лангета



Трахеобронхиальная гипсовая повязка

