

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

**В. Н. Бордаков**

**ОСНОВЫ  
ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ  
ПРИ РАБОТЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2014

УДК 617-089.49(075.8)

ББК 54.5 я73

Б82

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 26.11.2014 г., протокол № 3

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., проф. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. Н. Гришин; д-р мед. наук, проф., проректор по научной работе Белорусской медицинской академии последипломного образования Ю. М. Гаин

**Бордаков, В. Н.**

Б82 Основы общехирургических навыков при работе в перевязочной : учеб.-метод. пособие / В. Н. Бордаков. – Минск : БГМУ, 2014. – 20 с.

ISBN 978-985-567-096-5.

Содержит сведения о практической работе в перевязочной знание которой необходимо для врача общей практики. Подробно изложены вопросы выполнения перевязок, взятие материала и методы дренирование ран.

Предназначено для студентов 3-го курса лечебного, педиатрического и военно-медицинского факультетов, 4-го курса медико-профилактического и стоматологического факультетов.

УДК 617-089.49(075.8)

ББК 54.5 я73

ISBN 978-985-567-096-5

© Бордаков В. Н., 2014

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2014

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Знание принципов проведения перевязок необходимо врачам всех специальностей.

**Цель занятия:** изучить принципы и основы общехирургических навыков при работе в перевязочной.

**Задачи занятия.** В ходе занятия обучаемые должны приобрести навыки:

- практической работы в перевязочной;
- выполнения перевязки;
- обработки окружающих рану покровов тела антисептическими средствами;
- снятия кожных швов и удаления дренажей;
- определения оптимальных способов дренирования ран.

технические средства обучения

**Место проведения практического занятия:** учебный класс, компьютерный класс, перевязочная, палаты.

**Учебные вопросы и расчёт учебного времени в зависимости от продолжительности занятия** (при другой продолжительности занятия время изменяется пропорционально рекомендуемому):

Этапы*	Длительность этапов занятия на факультетах, мин	Оснащение, оборудование, наглядные учебные пособия
Установка цели, задач. Знакомство с планом занятия	5	Методические рекомендации к занятию
Программированный контроль. Разбор контрольных вопросов и практических навыков по теме занятия	20	Учебные материалы, тесты, стенды, таблицы, плакаты, муляжи
Демонстрация учебных материалов и презентаций по теме занятия	15	Наглядные материалы по теме занятия, компьютер
Работа в перевязочной, палатах, разбор больных	20	Перевязочная, палаты, предварительно подобранные больные
Работа студентов в палатах, перевязочной, операционной	15	Предварительно подобранные больные
Решение ситуационных задач	10	Ситуационные задачи
Обобщение практического занятия. Домашнее задание на следующее занятие	5	Учебная комната

\* Детально описываются в разделе «Организация и методика проведения занятия».

## ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Накануне занятия преподаватель информирует студентов о теме занятия, учебных вопросах, форме проведения занятия, указывает литературу для самостоятельной подготовки, подбирает тематических больных.

Этап 1. Преподаватель подчеркивает важность и актуальность темы, знакомит студентов с целью и задачами практического занятия, определяет и уточняет порядок работы, исходя из порядка работы клиники, наличия пациентов с определенной патологией и др.

Этап 2. Проводится программированный контроль знаний всех студентов. Затем преподаватель переходит к устному разбору темы и опросу с учетом содержания рабочей программы данного факультета и результатов программированного контроля. Отрабатываются практические навыки.

Этап 3. Проводится демонстрация презентаций, подготовленных студентами. Группа задает вопросы докладчикам и обсуждает презентации.

Этап 4. Студенты под контролем преподавателя осматривают пациентов, привлекаются к работе по уходу за больными. Далее студенты изучают историю болезни пациентов, обращая внимание на методы исследования, обсуждая их результаты.

Этап 5. Студенты курируют больных, посещают перевязочную, участвуют в перевязках. Преподаватель приводит группу студентов в операционную. По ходу операции следует обсудить виды операций и их принципы.

Этап 6. В учебной комнате студенты совместно с преподавателем проводят разбор ситуационных задач.

Этап 7. Преподаватель обобщает результаты практического занятия. Представляется домашнее задание на следующее занятие.

Перевязочная общехирургического отделения, стерильный стол, хирургический инструментарий и биксы со стерильным перевязочным материалом, хирургическим бельем, лекарственные средства для лечения ран дренажные аспирационно-промывные системы, антисептические растворы для промывания ран.

Основная практическая часть занятия проводится в перевязочной, где студенты знакомятся с ее оснащением и оборудованием, повторяют правила асептики и антисептики при работе в перевязочной, участвуют в формировании стерильного перевязочного стола, выполняют перевязки и лечебные манипуляции у больных на разных этапах послеоперационного периода и в различных фазах раневого процесса.

**Демонстрация:** укладка хирургического инструментария на стерильном столе в перевязочной.

В процессе демонстрации формируется представление об основных правилах хранения и использования хирургического инструментария, перевязочного материала, повторяются принципы асептики и методы стерилизации различных хирургических материалов.

## **ПОРЯДОК МАНИПУЛЯЦИИ**

Приступая к накрыванию стерильного инструментально-материального стола, перевязочная сестра моет руки, как для операции, надевает стерильный халат и перчатки, т. е. готовится, как к операции. Перестилку и укладку стерильного стола перевязочной осуществляют с помощью стерильных инструментов (корнцангов) с соблюдением принципов асептики.

Обработка антисептическим средством кожи операционного поля пациента, включая предполагаемый разрез и прилегающие участки кожи, должна проводиться медицинским работником в условиях операционной. Для антисептической обработки кожи операционного поля пациента должны применяться антисептические средства, разрешенные к применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

На операционном столе пациент должен быть укрыт стерильным бельем. Открытыми должны оставаться участки кожи операционного поля и частей тела пациента, используемые при проведении медицинского вмешательства.

Для проведения хирургических операций, перевязок в организациях здравоохранения должны использоваться стерильные изделия медицинского назначения в индивидуальных упаковках.

После накрытия стерильного стола медицинский работник должен указать дату и время накрытия стерильного стола, свою фамилию.

## **СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА РАБОТЫ В ПЕРЕВЯЗОЧНОМ КАБИНЕТЕ**

Перевязочный кабинет является подразделением хирургического отделения, относящимся к зоне строгой стерильности. При работе в нем необходимо соблюдать комплекс асептических мероприятий по профилактике всех видов хирургической инфекции.

Весь медицинский персонал может находиться в перевязочном кабинете только в спецодежде и сменной обуви (бахилах). Волосы должны быть спрятаны под головной убор, обязательно ношение хирургической маски. Если перевязка или хирургическая манипуляция может сопровождаться выделением из раны обильного отделяемого, целесообразно использование защитных очков и фартука.

Перед началом перевязки хирург моет руки под проточной водой с мылом до локтей, вытирает руки полотенцем однократного использования (либо индивидуальным полотенцем многократного применения), обрабатывает кисти рук и предплечья раствором антисептика по европейскому стандарту (т. е. проводит хирургическую антисептику рук), надевает стерильные резиновые перчатки.

При подготовке к ассистированию в перевязке перевязочная сестра моет руки под проточной водой с мылом, проводит гигиеническую антисептику

рук, надевает чистые халат, перчатки, шапочку и маску, поверх халата — непромокаемый фартук, при необходимости — нарукавники.

Хирурги и медицинские сестры должны постоянно заботиться о предупреждении контактной инфекции во время перевязки. Нужно помнить: все, что касается раны, должно быть стерильным, поэтому работать надо аподактильно («без пальцев»), действуя инструментами (пинцетами и корнцангами или другими зажимами), которые легко сменить при загрязнении. Необходимо следить, чтобы не задеть инструментом, который касался раны или кожи больного, руки перевязочной сестры или инструмента, которым она работает.

## **ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ИНСТРУМЕНТАРИЮ И МАТЕРИАЛУ**

Все материалы, которые вступают или могут вступить в прямой контакт с раной, а также те материалы, которые служат обеспечению асептики процесса, должны быть стерильными. Потребность в стерильных материалах следует оценить как можно точнее, чтобы избежать ненужных хлопот с повторной стерилизацией.

### **Стерильный материал:**

- анатомические и хирургические пинцеты для снятия повязки, для хирургической и обычной очистки раны;
- ножницы и скальпели для хирургической очистки и обработки краев раны;
- извлекатель скобок;
- пуговчатые канюли и зонды для зондирования глубины раны и для промывания;
- шприцы и промывочные жидкости (стерильная вода, раствор Рингера), при необходимости хорошо переносимое дезинфицирующее средство для ран, например «Лавасепт»;
- тампоны и держатели ваты для очистки раны;
- подходящие раневые повязки или тампоны;
- перчатки для хирурга;
- салфетки для закрывания больного.

### **Нестерильный материал:**

- фиксирующие материалы, такие как пластырь, нетканые материалы, бинты, сетчатые или трубчатые повязки;
- ножницы для повязок;
- одноразовые перчатки;
- контейнеры для отходов и дезинфекции;
- антисептик для рук;
- спецодежда, фартуки, маски, шапочки.

## ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ ИНСТРУМЕНТОВ И ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Разбирая инструментально-материальный стол, пересматривают все инструменты и предметы, подлежащие стерилизации, и закладывают их в стерилизаторы для того, чтобы закончить стерилизацию к завершению утренней уборки.

Медицинский инструментарий после дезинфекции и сушки упаковывается в крафт-бумагу (либо иной упаковочный материал) индивидуально, или набором (комплектуется исходя из особенностей отделения из расчета один набор на одного пациента). Стерилизацию осуществляют воздушным (в суховоздушном шкафу) либо паровым (в автоклаве) методами.

Перевязочный материал (шарики, салфетки различного размера, валики и т. д.) упаковываются в крафт-бумагу (либо иной упаковочный материал) индивидуально, или набором, после чего помещается в бикс и стерилизуется паровым методом (в автоклаве).

Стол для стерильных изделий медицинского назначения (стерильный стол), должен соответствовать следующим требованиям:

- накрываться операционной (перевязочной) медицинской сестрой непосредственно перед хирургической операцией или перевязкой, индивидуально на одну операцию или перевязку. При накрытии стерильного стола медицинский работник должен быть в стерильном хирургическом халате, стерильных перчатках, в чистой шапочке, маске;

- покрываться стерильной простыней, сложенной в два слоя. Размер сложенной простыни со стороны открывания стерильного стола и по бокам должен быть больше площади стерильного стола не менее чем на 15 сантиметров;

- непосредственно перед хирургическим вмешательством или перевязкой на стерильные простыни должны раскладываться стерильные изделия медицинского назначения с полным закрытием стерильного стола второй половиной стерильной простыни;

- концы накрывающей половины стерильной простыни должны скрепляться стерильными металлическими зажимами;

Необходимый инструментарий и перевязочный материал перед выкладыванием на столик проверяются на предмет целостности упаковки и сроков стерилизации, затем выкладываются на манипуляционный столик и используются по мере необходимости. Неиспользованный инструментарий и перевязочный материал из вскрытых упаковок после проведения перевязки подвергаются перестерилизации. Использованный после проведения перевязки многоразовый инструментарий подвергается дезинфекции, а использованный перевязочный материал подлежит накоплению в контейнерах для отходов группы Б с последующим обеззараживанием и утилизацией.

## МЕТОДИКА ПЕРЕВЯЗКИ

Смена повязки может производиться с целью контроля состояния раны (для оценки характера ее заживления) либо для выполнения лечебных манипуляций. Как правило, перевязки выполняются в плановом порядке с учетом их локализации, конфигурации, размеров, особенностей дренирования и в соответствии со средними сроками заживления ран.

**Показаниями к внеочередной перевязке** могут быть:

- отсутствие повязки вследствие ее самоудаления либо сбившаяся неправильно лежащая повязка;
- промокание повязки раневым отделяемым;
- усиление болезненности при пальпации в области раны;
- появление нарастающей пульсирующей боли в области раны;
- наличие гипертермии тела или других проявлений синдрома общей интоксикации на фоне заживления раны.

**Порядок манипуляции:**

- 1) снятие старой повязки и туалет кожи;
- 2) выполнение манипуляций в ране;
- 3) защита кожи от выделений из раны;
- 4) наложение новой повязки;
- 5) фиксация повязки.

**Защитные мероприятия, выполняемые при смене повязки.** В соответствии с инструкциями по гигиене гигиеническая антисептика рук должна проводиться еще до подготовки материалов. 3–5 мл антисептического средства для рук (из дозатора или отдельной бутылочки) основательно втирают в кожу рук не менее 30 секунд по европейскому стандарту. Поверх чистой защитной одежды надевают свежий (одноразовый) фартук.

**Подготовка пациента.** Пациенту нужно сообщить о предстоящей смене повязки и обработке раны. Для обезболивания процедуры необходимо за 30 минут до смены повязки дать обезболивающее средство. Пациента надо удобно расположить, а область раны должна быть хорошо доступна. Необходим хороший источник освещения. В некоторых случаях с помощью установки ширмы надо защитить пациента от взглядов других пациентов. Во время смены повязки в комнату не должны входить другие лица, чтобы не было воздушных потоков, разносящих микроорганизмы. По этой же причине следует избегать сквозняков. Если надо провести промывание раны или ее полноценную очистку, необходимо защитить кровать от загрязнения с помощью одноразовых пеленок.

**Снятие повязки.** Поверхностные слои повязки может удалять младшая медицинская сестра, закрепленная за перевязочным кабинетом, либо медицинская сестра. Внутренние слои повязки, как правило, снимает врач. Старую повязку всегда следует снимать в направлении вдоль раны, от одного ее конца к другому, так как тяга поперек раны увеличивает её зияние и причиняет боль.



С помощью стерильного пинцета осторожно снять раневую повязку. Если раневая повязка не снимается, ее нельзя отрывать.

Снимая повязку, следует придерживать кожу, слегка придавливая ее шпателем, пинцетом или марлевым шариком, не позволяя ей тянуться за повязкой. Прочно присохшую повязку отслаивают шариком, смоченным раствором перекиси водорода или изотоническим раствором хлорида натрия до тех пор, пока она не отклеится. С кисти или стопы присохшие повязки лучше удалять после отмачивания, если состояние ран позволяет применять ручную или ножную ванну из теплого раствора антисептика. При обширных ожогах для удаления повязок часто приходится прибегать к общей ванне.

Если снятие повязки вызвало капиллярное кровотечение, его нужно остановить, слегка прижав кровоточащее место марлевым шариком. После снятия наклейки производят туалет кожи вокруг шва или раны, марлевыми или ватными шариками, сначала сухими, затем смоченными бензином или техническим эфиром. При отсутствии бензина можно воспользоваться мыльным спиртом, теплой мыльной водой, 0,5%-ным раствором нашатырного спирта. Паста Лассара хорошо снимается шариками, смоченными вазелиновым маслом. Раневую повязку осматривают, отмечая наличие гноя, и выбрасывают в емкость для отходов группы Б. Использованные пинцеты помещают в наполненный дезинфицирующим раствором контейнер. Затем следует смена перчаток — необходимо надеть стерильные одноразовые перчатки.

Протирают кожу от краев раны к периферии, а не наоборот. При этом ни одна капля жидкости не должна попасть в рану. При значительном загрязнении кожи вокруг раны нужно, защитив раневую поверхность стерильной марлевой салфеткой, основательно вымыть всю конечность, а если из раны продолжает поступать отделяемое, которое засыхает на коже, то такую процедуру нужно периодически повторять и при последующих перевязках.

Осушенную кожу обрабатывают спиртом, йодином или другим антисептиком. Чистота кожи вокруг раны — первое условие успешного лечения. При ее механическом очищении снимают остатки старого клеола и слущивающегося эпидермиса.

После снятия повязки производится диагностика раны для определения объема лечебных манипуляций.

**Осмотр раны.** Даже опытному специалисту не всегда просто правильно оценить состояние раны. Правильная оценка необходима для выбора дальнейшей местной терапии. Следует оценить:

- размер раны, глубину раны, состояние краев раны (увеличилась или уменьшилась рана со времени последней смены повязки и т. п.);
- выраженность и характер налетов и некрозов (черные, струп, гнойные);
- характер экссудата (серозный, геморрагический), его количество;
- наличие и характер грануляции (грануляционной ткани нет, грануляционная ткань бледная, губчатая, розовая, красная, плотная);
- интенсивность образования эпителия;
- склонность к кровотечению;

- болезненность раны;
- признаки инфекции (опухоль, покраснение, желтоватые или зеленоватые грязные налеты, изменение запаха).

Завершающие записи о состоянии раны делаются только после окончания смены повязки.

**Очистка раны и окружающих тканей.** При асептических ранах, заживающих первичным натяжением, достаточно простой очистки стерильным тампоном или стерильным держателем с ваткой в направлении от середины к краям. Дезинфекции окружающих тканей, как правило, не требуется. При септических, инфицированных ранах область раны очищается в направлении снаружи внутрь, при необходимости используются дезинфицирующие средства. Как правило, при ранах, заживающих вторичным натяжением, необходима глубокая очистка раны.

Наложения и некротические ткани можно удалить механически, с помощью скальпеля, ножниц или кюретки. Из этих трех инструментов предпочтение следует отдать скальпелю, так как удаление тупыми ножницами или тупой кюреткой влечет за собой риск раздавливания тканей и повторной травматизации. Механическое удаление может быть облегчено предварительным размягчением наложений гидроактивными раневыми повязками. При хирургической обработке раны должно быть обеспечено адекватное обезболивание. Глубокая хирургическая обработка должна производиться в операционной. Дезинфекцию раневой поверхности целесообразно проводить только при наличии объективных показаний и по возможности быстро и с помощью препарата, который обладает высокой эффективностью, но слабым цитотоксическим действием и не вызывает болей.

Достаточно эффективны для очистки раны промывания раствором Рингера. Жидкость для промывания в стерильных условиях набирается в шприц (в зависимости от глубины и состояния раны от 10 до 20 мл), рана промывается из шприца при легком давлении. При глубоких ранах промывание проводится с помощью пуговчатого зонда или через короткий катетер. Жидкость следует собрать с помощью салфетки в лотке. После промывания окружающие ткани тщательно высушиваются с помощью стерильных салфеток. В случае необходимости надо во время хирургической обработки раны сменить перчатки, чтобы не внести дополнительной инфекции.

Окружающие ткани раны, особенно при хронических ранах, часто подвергаются экзематозным изменениям. Их лечение производится согласно принципам терапии экземы: инфицированные экземы можно обрабатывать подходящими антисептическими растворами. Внимание: антисептики не должны попадать в рану. Подострые или хронические экземы требуют дифференцированного подхода к лечению, могут использоваться мазевые основы, не вызывающие аллергии. Если после такой обработки накладываются самоклеящиеся раневые повязки, то следует выбирать повязки соответствующего размера, чтобы они могли закрепляться на необработанной коже.

**Уход за грануляционной тканью и краями раны.** Наличие и состояние грануляционной ткани является важным показателем качества репаративных процессов при вторичном заживлении раны. Грануляционная ткань чувствительно реагирует на внешние воздействия и повреждающие факторы. Свежая красная грануляция не требует очистки, промывки и применения мазей. Необходимо поддержание раны в покое с помощью атравматических, т. е. неприклеивающихся раневых повязок, а также постоянное поддержание влажности грануляционной поверхности для предотвращения ее высыхания. Для этих целей могут использоваться современные перевязочные средства.

При грязной вялой грануляции необходимо проверить производившиеся до этого лечебные мероприятия. Возможными причинами нарушений в формировании грануляционной ткани могут быть, например, недостаточное кровоснабжение раневой области, усиление давления на рану или неаккуратная очистка раны. Чрезмерная грануляция обычно удаляется с помощью прижигающего карандаша (ляпис). Часто наблюдается ситуация, при которой часть раны уже содержит грануляционную ткань, в то время как другие части еще находятся в стадии очистки. При необходимой в некоторых случаях дезинфекции раны, а также при механической очистке в местах, граничащих с грануляционной тканью, необходимо соблюдать особую осторожность.

Часто, особенно при хронических ранах с продолжительным процессом заживления, края раны проявляют склонность к эпителизации и заворачиванию внутрь. Поскольку в этом случае от края раны уже не может идти никакой дальнейшей эпителизации, показано проведение хирургической обработки краев раны. Чувствительные области кожи в непосредственной близости от раны при необходимости можно обрабатывать жирным кремом или водно-масляной эмульсией. Однако используемые препараты не должны содержать консервирующих или ароматических веществ.

**Обработка эпителизирующихся раневых поверхностей.** Хорошо развивающийся эпителий не требует иного ухода кроме поддержания во влажном состоянии и защиты от травматизации при смене повязок. Если спонтанной эпителизации не возникает или процесс останавливается, что нередко имеет место при хронических ранах, следует использовать методы пластической хирургии (например, пересадки кожи) для закрытия ран.

**Пассивное дренирование ран.** Пассивным дренированием, как правило, заканчивается большинство плановых оперативных вмешательств с наложением первичного шва. Задачей такого дренирования является предотвращение слипания краев кожной раны, в результате чего экссудат из подкожной клетчатки поступает в гигроскопичную марлевую повязку. В послеоперационном периоде иногда возникает необходимость в пассивном дренировании небольших скоплений жидкости в полости раны (гематома, серома, абсцесс раневого канала). Если края операционной раны покраснели, кожа напряжена и блестяща, швы врезаются в края раны, а при ощупывании двумя пальцами определяется болезненность, то это говорит о наличии отека кожи

и подкожной клетчатки, т. е. можно думать о начинающемся воспалительном процессе.

**Порядок манипуляции.** После туалета кожи рекомендуется осторожно раздвинуть пуговчатым или желобоватым зондом края раны, чтобы выпустить скопившееся там содержимое. Если из раны выделилось всего несколько капель лимфы и крови, ее осушают и заканчивают перевязку так, как написано выше. В некоторых клиниках у больных при подозрении на начинающийся воспалительный процесс на рану накладывается спиртовая повязка — салфетка, смоченная 70%-ным спиртом.

В ряде случаев, когда содержимое раны мутное, гноевидное, снимают 1–2 кожных шва. Для более полного представления о месте установки пассивного дренажа хирург предварительно зондирует раневой канал зажимом. Наиболее удобным представляется использование зажимов с длинной узкой рабочей частью без зубчиков на концах (например, зажим Бильрота). Затем дистальная часть дренажа (полоска перчаточной резины или отрезок полихлорвиниловой трубки) захватывается зажимом и вводится между раздвинутыми краями раны в подкожную клетчатку на необходимую глубину (рис. 1).

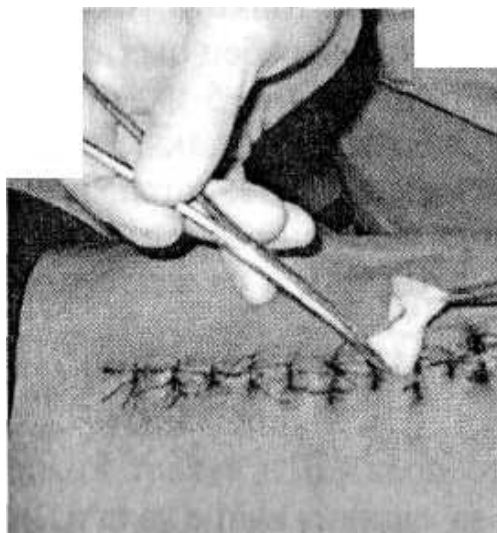


Рис. 1. Пассивное дренирование раны

Второй рукой при помощи пинцета удерживают дренаж на уровне кожи, не давая ему выпасть из раны при удалении зажима. В зависимости от жесткости дренажа его фиксируют к коже при помощи шва или оборачивают кусочком марлевой полоски. Дренажи отграничиваются от поверхности кожи при помощи «штанишек», изготовленных путем разрезания марлевой салфетки.

При следующей перевязке, поступают и в зависимости от дальнейшего развития воспалительного процесса.

**Удаление дренажей.** Основным показанием к удалению различного вида дренажей является уменьшение количества отделяемого по дренажу. При пассивном дренировании таким признаком служит отсутствие промокания повязки в зоне стояния выпускника. Пассивные дренажи удаляют из под-

кожной клетчатки на 1–2-е сутки. При активном дренировании больших раневых карманов и полостей, как правило, всегда есть возможность оценить динамику поступления отделяемого и его характер. Удаление активного дренажа или замена его на пассивный производится, когда количество отделяемого не превышает 30–50 мл в сутки.

**Порядок манипуляции.** Производят снятие повязки и туалет кожи вокруг раны. Если дренаж фиксирован к коже лигатурой, ножницами или скальпелем отсекают фиксирующую нить от дренажа. Одним пинцетом или зажимом захватывают дренаж возле поверхности кожи. При помощи второго пинцета шариком или салфеткой придерживают кожу непосредственно в области выхода дренажа. Плавно, соизмеряя усилие, но достаточно интенсивно производят удаление дренажа. Выделяющееся за дренажом отделяемое собирают шариком или салфеткой. Удаленный дренаж осматривают для того, чтобы убедиться в его целостности, и сбрасывают вместе с использованным материалом. Производят заключительный туалет раны и накладывают повязку.

**Снятие швов при заживлении раны первичным натяжением.** Швы снимают на 7–8-й день после операции, когда асептические операционные раны заживают с образованием тонкого прочного рубца. При операциях на шее, когда желательно, чтобы рубец был тонок и не заметен, швы снимают (полностью или частично) на 4–5-й день после операции. Напротив, у ослабленных пожилых больных, а также после операции по поводу злокачественных новообразований, т. е. тогда, когда можно ожидать замедленного заживления раны, швы снимают позднее, обычно поэтапно, сначала через один (на 8–9-й день), а остальные позднее, иногда даже на 11–12-й день.

**Порядок манипуляции.** Пинцетом захватывают нить шва за «усики» выше узла и, подтягивая узел по направлению к рубцу так, чтобы показалась часть нити, которая находилась в коже (она более светлая, обычно белая), ножницами или остроконечным скальпелем пересекают нить шва (рис. 2).

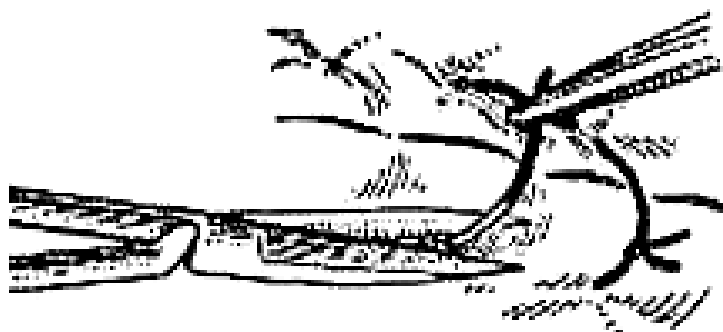


Рис. 2. Снятие швов

Затем, потягивая шов, в противоположном направлении, т. е. к ране, выдергивают нить из канала шва. Если тянуть шов от раны, то неокрепший рубец будет растягиваться и может разойтись. Снимая швы, внимательно следят, не показалась ли из канала шва капля лимфы, крови или гноя. После снятия швов рубец повторно смазывается антисептиком и покрывается стерильной повязкой.

**Выполнение манипуляций в ране.** Контрольная перевязка заключается в снятии старой наклейки, оценке состояния шва или раны, обработке линии швов и наложении новой наклейки. Чаще при перевязке производят какие-либо манипуляции: снимают швы, зондируют область швов, промывают гнойные полости, осуществляют тампонаду и т. д.

**Защита кожи от выделений из раны.** Перед наложением повязки из раны с кишечным, желчным отделяемым (кишечные, желчные, панкреатические свищи) кожу в окружности раны необходимо защитить от мацерации и раздражения. Для этого покровы вокруг раны смазывают вазелином, цинковой мазью, пастой Лассара. Сестра при помощи шпателя аккуратно покрывает кожу толстым слоем пасты от краев раны и далее на протяжении 3–4 см.

После проведения хирургической операции, перевязки в специально выделенные и промаркированные емкости должен проводиться сбор:

- отработанных средств индивидуальной защиты (СИЗ) медицинских работников;
- грязного белья и СО;
- использованных изделий медицинского назначения, в том числе перевязочного материала;
- анатомических отходов.

Обеззараживание отработанных СИЗ, грязного белья и СО, перевязочного материала и изделий медицинского назначения должно проводиться в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

## **АППЛИКАЦИЯ НОВОЙ РАНЕВОЙ ПОВЯЗКИ**

После проведения необходимых мер по обработке раны стерильным пинцетом накладывается новая раневая повязка, причем ее действие должно соответствовать текущему состоянию раны. Кроме того, надо обеспечить, чтобы выбранная раневая повязка оптимально подходила к поверхности раны. Дело в том, что раневой секрет может впитываться только при условии хорошего контакта между повязкой и раной. Поэтому глубокие и растрескавшиеся раны надо тщательно тампонировать подходящими повязками. Важно не применять усилий для тампонады раны. Из-за сдавливания может нарушиться микроциркуляция на поверхности раны, и в частности в грануляционной ткани. В результате сжатия появляются беловатые, грязные налеты и повторные некрозы. Если слишком жесткая тампонада продолжается, то процесс может дойти до сепсиса. Кроме того, тампоны должны удаляться безболезненно и без травматизации эпителия.

## **ФИКСАЦИЯ РАНЕВОЙ ПОВЯЗКИ**

Для послеоперационного асептического шва достаточно так называемой асептической наклейки. Она представляет собой распластанную на всю длину операционного шва марлевую салфетку, размеры которой на 3–4 см

больше размеров раны. Швы на лице с первого дня можно оставлять без всякой наклейки.

Сухую асептическую ватно-марлевую повязку применяют при свежих ранах, после снятия послеоперационных швов. Если в ране имеется дренажная трубка, то для выведения ее наружу повязку надрезают, проводя дренаж через надрез. Толщина повязки зависит от обилия отделяемого из раны, однако не следует накладывать повязку толще 3–4 салфеток для предотвращения эффекта «термостата под повязкой».

Фиксацию повязки производят либо бинтованием, либо приклеиванием. Наклейку делают следующим образом. Сестра ватной кисточкой, смоченной в клеоле, смазывает кожу вдоль краев наложенной повязки на ширину 3–4 см. Дав клеолу подсохнуть, сверху накладывают, растягивая за углы, кусок марли на 4 см шире и длиннее наложенной повязки. Марлю плотно прижимают к коже, края ее подрезают ножницами. Возможны также фиксация повязки при помощи полосок лейкопластыря, либо использование современных клейких покрытий (Surgifix, Surgipore и т. п.).

При ранах, заживающих первичным натяжением, или небольших ранах, заживающих вторичным натяжением, как правило, достаточно фиксации раневой повязки с помощью фиксирующих пластырей. При крупных ранениях для предотвращения соскальзывания раневых повязок целесообразна фиксация по всей поверхности с помощью фиксирующих нетканых материалов или фиксирующих повязок. ненадежно фиксированные повязки при движении могут вызвать раздражение раны и нарушить или замедлить ее заживление. Следует препятствовать возникновению отеков краев раны с помощью равномерного давления на раневую область. Равномерное давление создается путем несколько более тугого наматывания эластичных фиксирующих бинтов. Специально для разгрузки ран после операций на грудной клетке или брюшной полости, чтобы не нарушить акта дыхательных движений, выпускаются также эластичные поддерживающие бинты. Кроме того, фиксирующая повязка служит для того, чтобы защищать рану от попадания грязи и микроорганизмов и предохранять ее от давления и ударов. Также она производит и психологический эффект: являясь видимым завершением обработки раны, она расценивается пациентом как профессиональная медицинская операция и, таким образом, создает у него чувство, что его качественно лечат и обслуживают.

**Заключительные работы.** После смены повязки пациент снова переводится в удобное для него или требуемое для лечения лежачее положение. Использованные одноразовые материалы и многоразовый инструментарий подлежат дезинфекции. В заключение проводится гигиеническая антисептика рук.

## ЧАСТОТА СМЕНЫ ПОВЯЗОК

Для беспрепятственного течения заживления важна не только атравматичность смены повязки, но и выбор правильного момента смены. При этом частота смены повязок зависит от состояния раны и специфических свойств раневой повязки. Во всяком случае, следует избегать частой смены повязок без необходимости, так как каждая смена повязки нарушает покой раны.

Повязку следует немедленно снять, при необходимости проконтролировать течение раневого процесса и выполнить повторную перевязку в следующих случаях:

- если пациент жалуется на боли;
- если развилась лихорадка;
- если повязка промокла и загрязнилась или исчерпалась впитывающая способность повязки;
- если нарушилась фиксация.

В асептической ране, заживающей первичным натяжением, например операционной ране, повязка в норме остается до снятия швов. Если, однако, в первые часы после операции повязка пропиталась кровью, ее следует заменить.

Напротив, труднее оценить необходимую частоту смен повязок при ранах, заживающих вторичным натяжением. В фазу очистки в зависимости от количества выделяющегося экссудата, а также при наличии инфекции может требоваться одна-две смены повязки в день.

Если рана чистая, свободная от инфекций и в ней видна светло-красная грануляционная ткань, частоту смены повязок можно уменьшить. При использовании гидроактивных повязок они могут оставаться на ране несколько дней. Определить, что их поглотительная способность исчерпана и настало время менять повязку, можно по образованию пузыря и по слегка молочно-мутному виду геля в случае. Кроме того, благодаря своей прозрачности современные повязки позволяют без труда наблюдать за раной и дают врачу уверенность в том, что в случае возникновения осложнений они будут немедленно обнаружены.

При эпителизации физиологическая секреция раны сокращается, в связи с чем интервалы между сменами повязок могут еще больше увеличиваться. Если не возникает нарушений процесса заживления, современные повязки могут оставаться на ране до семи дней.

## ДОКУМЕНТАЦИЯ СМЕНЫ ПОВЯЗОК И ОБРАБОТКИ РАНЫ

Документация необходима по трем причинам:

1. Она позволяет надежно оценить прогресс или нарушения в заживлении с тем, чтобы при необходимости можно было бы принять обоснованное решение в изменении тактики лечения.
2. Документация обеспечивает информационный обмен между врачами и обслуживающим персоналом.



3. Документальное подтверждение соответствующего текущим стандартам врачебного обслуживания и ухода является само собой разумеющейся обязанностью, так что письменная документация для правового и юридического обеспечения медицинской деятельности и ухода за больными стала обязательной. Устная передача сообщений, например, при переводе в другое отделение, не может служить убедительным доказательством того, что было обеспечено надлежащее качество лечения и ухода.

Репозиторий БГМУ

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Зубарев, П. Н.* Общая хирургия : учеб. пособие / П. Н. Зубарев. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 657 с.
2. *Петров, С. В.* Общая хирургия : учеб. пособие / С. В. Петров. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 806 с.
3. *Раны и раневая инфекция* / под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченко. – 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1990. 552 с.
4. *Белоцкий, С.* Раны и повязки. Современные концепции и практика / С. Белоцкий, Р. Брейтман. 2000. 269 с.
5. *Chronic Wound Care : A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* / ed. D. Krasner, D. Kane. 2<sup>nd</sup> ed. Wayne, PA, Health Management Publications Inc., 1997. 427 p.
4. *Басков, А. В.* Хирургия пролежней / А. В. Басков. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2001. 208 с.
5. *Назаренко, Г. И.* Рана. Повязка. Больной / Г. И. Назаренко, И. Ю. Сугурова, С. П. Глянцев. М. : Медицина, 2002. 472 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы .....	3
Организация и методика проведения занятия.....	4
Порядок манипуляции .....	5
Соблюдение режима работы в перевязочном кабинете.....	5
Требования к используемым инструментариям и материалу.....	6
Порядок подготовки инструментов и перевязочного материала.....	7
Методика перевязки.....	8
Аппликация новой раневой повязки. ....	14
Фиксация раневой повязки.....	14
Частота смены повязок .....	16
Документация смены повязок и обработки раны .....	16
Литература .....	18

Учебное издание

**Бордаков Виктор Николаевич**

# **ОСНОВЫ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ РАБОТЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. А. Алексеев  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 27.11.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 25 экз. Заказ 623.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.