

## **Методические рекомендации «Профилактика травматизма на уроках физической культуры»**

### **Введение**

На сегодняшний день безопасности в образовательных учреждениях уделяют серьезное внимание организации работы по охране труда, предупреждению травматизма детей и работников.

Но все же безопасность трудовых и учебных процессов в общеобразовательных учреждениях до сих пор, к сожалению, оставляет желать лучшего.

Несчастные случаи с учащимися и воспитанниками, произошедшие во время учебно-воспитательного процесса, были и остаются трагедией, они приносят горе родителям, педагогическим работникам. Несчастный случай влечет за собой огромные потери рабочего времени для оказания первой помощи и последующего медицинского лечения. Отвлекается от своей основной работы большое количество различных специалистов для расследования несчастного случая. Расходятся средства на оплату труда всем специалистам, вовлеченным в этот процесс, на лечение и реабилитацию пострадавшего.

На занятиях физической культуры учащиеся входят в группу риска, которая подвержена травматизму, т.к. урок физической культуры отличается от других высокой двигательной активностью занимающихся, с использованием различного спортивного оборудования, инвентаря.

Целью данной работы является вооружение преподавателей по физической культуре необходимыми знаниями по предупреждению и профилактике травматизма.

### **1. Основные причины травматизма**

Анализ научно-методической литературы позволил выделить следующие причины травматизма на уроках физической культуры:

1. Организационные недостатки при проведении занятий и соревнований. Это нарушения инструкций и положений о проведении уроков физкультуры, соревнований, неквалифицированное составление программы соревнований, нарушение их правил; неправильное размещение участников, судей и зрителей при проведении соревнований по метаниям, скоростным спускам, при проведении велогонок; перегрузка программы и календаря соревнований; неправильное комплектование групп (по уровню подготовленности, возрасту, полу), многочисленность групп, занимающихся сложными в техническом отношении видами спорта в зале, на площадке; неорганизованные смена снарядов и переход с места занятий; проведение занятий в отсутствие преподавателя и тренера.

2. Ошибки в методике проведения занятий, которые связаны с нарушением дидактических принципов обучения (регулярность занятий, постепенность увеличения нагрузки, последовательность), отсутствие индивидуального

подхода, недостаточный учет состояния здоровья, половых и возрастных особенностей, физической и технической подготовленности школьников.

Часто причиной повреждения является пренебрежительное отношение к вводной части урока, разминке; неправильное обучение технике физических упражнений, отсутствие необходимой страховки, само страховки, неправильное ее применение, частое применение максимальных или форсированных нагрузок.

3. Недостаточное материально-техническое оснащение занятий: малые спортивные залы, тесные тренажерные комнаты, отсутствие зон безопасности на спортивных площадках.

Причиной травм может явиться плохое снаряжение занимающихся (одежда, обувь, защитные приспособления), его несоответствие особенностям вида спорта. Вероятность получения травм возрастает при плохой подготовке мест и инвентаря для проведения занятий и соревнований (плохое крепление снарядов, невыявленные дефекты снарядов, несоответствие массы снаряда возрасту занимающихся).

4. Неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние залов и площадок: плохая вентиляция, недостаточное освещение мест занятий, запыленность, неправильно спроектированные и построенные спортивные площадки, низкая температура воздуха и воды в бассейне. Неблагоприятные метеорологические условия: высокая влажность и температура воздуха; дождь, снег, сильный ветер. Недостаточная акклиматизация учащихся.

5. Низкий уровень воспитательной работы, который приводит к нарушению дисциплины, невнимательности, поспешности, несерьезному отношению к страховке. Зачастую этому способствуют либерализм или низкая квалификация учителей физкультуры, судей и тренеров.

6. Отсутствие медицинского контроля и нарушение врачебных требований. Причинами травм, иногда даже со смертельным исходом, могут стать допуск к занятиям и участию в соревнованиях учащихся без прохождения врачебного осмотра, невыполнение преподавателем, тренером и спортсменом врачебных рекомендаций по срокам возобновления тренировок после заболевания и травм, по ограничению интенсивности нагрузок, комплектованию групп в зависимости от степени подготовленности.

Как видно из вышеизложенного, причины травм и несчастных случаев это нарушения правил, обязательных при проведении занятий по физическому воспитанию и тренировок в учебном заведении. В основе борьбы с травматизмом и заболеваниями лежит строгое выполнение этих требований учителем физкультуры, тренером, учащимися.

## **2. Предупреждение травматизма**

Работа по профилактике травматизма, заболеваний и несчастных случаев при занятиях физической культурой и спортом является одной из важнейших задач преподавателей, тренеров, инструкторов, медицинских работников, дирекции школ. Однако не все и не всегда проводят эту работу регулярно и последовательно. Множество случаев нарушений организационного,

методического, санитарно-гигиенического характера приводило и приводит учащихся к травмам.

На занятиях по физическому воспитанию учителя используют разнообразное спортивное оборудование. Безопасность таких занятий зависит, прежде всего, от твердых знаний учащимися правил установки в рабочее и исходное положение снарядов, обучения учителем приемам страховки и само страховки.

Во избежание возможных травм необходимо выполнять следующие правила:

а) все действия учащихся по установке оборудования должны организовываться и осуществляться только в присутствии учителя и по его распоряжению;

б) по окончании установки оборудования в рабочее положение необходимо обязательное опробование его снарядов.

Важно также знать и некоторые особенности операций по установке секций, грифов перекладин и жердей брусьев, гимнастических лестниц, фиксаторов, хомутов, которые нужно наглядно показать всем учащимся.

Так, при отодвигании секций от стены к центру зала учащиеся во избежание травмы стопы должны находиться сбоку секции, толкая ее одной рукой.

Во время установки перекладин и брусьев при опускании хомутов, грифов и жердей, чтобы исключить травму кистей рук, нельзя держаться ими за вертикальную направляющую трубу секций, а при отведении в сторону грифа или жерди необходимо соблюдать осторожность, чтобы не задеть ими рядом стоящего учащегося.

Большое внимание необходимо уделить установке учащимися стопорных болтов, которые должны до упора вставляться в свои гнезда-отверстия с последующим загибом фиксатора, находящегося на конце каждого болта, тем самым исключая возможность его выпадения при работе на снарядах.

После установки снарядов в рабочее положение нужно под каждый снаряд положить необходимое количество гимнастических матов.

Если многокомплектное спортивное оборудование установлено на открытой площадке, то важным условием безопасной работы является предварительная подготовка мягкого грунта (песок с опилками) под снарядами. Перед занятиями необходимо разрыхлить песок и немного его увлажнить.

При выполнении учащимися физических упражнений на снарядах возле спортивного оборудования не должно быть каких-либо посторонних предметов.

В целях предупреждения травмы учащихся необходимо осуществлять технический уход за спортивным оборудованием. Он заключается в систематическом контроле со стороны учителя физического воспитания за целостностью элементов снарядов, узлов их креплений, а также в периодической смазке всех трущихся деталей (шарниры, подшипники и др.) Все занятия на спортивном оборудовании должны проходить организованно и под непосредственным контролем учителя физического воспитания.

Для предупреждения травматизма необходима, прежде всего, систематическая проверка прочности установки снарядов, подвесных колец, растяжек для креплений снарядов к полу, страхующих устройств. Для защиты ладоней используют специальные накладки, для профилактики повреждений

лучезапястных суставов кожаные манжеты, для предохранения от ушибов о снаряды отдельных частей тела поролоновые прокладки.

В целях безопасной работы на спортивных снарядах важное значение имеет физическая помощь, страховка и самостраховка учащихся на занятиях.

Помощь заключается в физических усилиях, прилагаемых учителем или учащимся в целях правильного и успешного завершения части или всего изучаемого упражнения. К основным видам физической помощи относятся: помощь проводкой; поддержка фиксаций; помощь подталкиванием.

Страховка это готовность учителя или учащегося оказать помощь занимающемуся, неудачно исполняющему упражнение. Страховка и помощь связаны между собой. Физическая помощь сводится к минимуму или прекращается на уроках совершенствования физических упражнений, когда учащиеся выполняют их самостоятельно.

Самостраховка способность занимающихся самостоятельно выходить из опасных ситуаций, прекращая при этом выполнение упражнения или изменяя его для предотвращения возможной травмы. Например, при выполнении стойки на плечах на брусьях в случае падения вперед учащийся должен сделать кувырок вперед ноги врозь; при соскоках со снарядов, влекущих за собой падение, также выполнить кувырки.

Одна из важнейших функций физкультурных работников это профилактика спортивного травматизма. Причинами травматизма заключаются, как правило, в нарушениях учебно-тренировочного процесса и правил соревнований, а также в нарушениях санитарно-гигиенического характера.

Зачастую учащиеся получают травмы из-за неудовлетворительного состояния покрытий в местах занятий: неровный, твердый грунт площадок, неисправный или скользкий пол гимнастических залов, неровный лед, плохое состояние мест отталкивания и приземления для прыжков и т. д.

К недостаткам оборудования мест занятий относятся:

- плохое качество или изношенность снарядов, матов;
- наличие на местах занятий посторонних предметов;
- плохое качество, неисправность спортивного инвентаря или его неправильное хранение;
- несоответствие размеров и массы инвентаря индивидуальным особенностям занимающихся.

При занятиях гимнастикой возможны ссадины, потертости, срывы мозолей в области кистей, ушибы и растяжения связочно-суставного аппарата преимущественно верхних конечностей.

Используют такие технические средства: поролоновые ямы, тренажеры с поясом для изучения оборотов на перекладине, амортизирующие пояса для страховки при обучении и выполнении сложных комбинаций.

Травматизм при занятиях легкой атлетикой различается в зависимости от узкой специализации в видах спорта. Спринтеры, например, чаще страдают от растяжений и надрывов двуглавой мышцы бедра, икроножной мышцы, ахиллова сухожилия, растяжений связок голеностопного сустава.

Барьерный бег дополняется ушибами и растяжениями связок коленного и голеностопного суставов, травматических радикулитов. При беге на средние и

длинные дистанции возникают потертости стоп и промежности, хронические заболевания сухожилий и мышц стопы и голени.

Для баскетболистов характерны травмы связочного аппарата голеностопного сустава, ушибы, растяжения боковых, крестообразных связок, повреждения менисков коленного сустава, а также ушибы и растяжения связок пальцев и кистей рук.

Травматизм у волейболистов: ушибы пальцев кисти лучезапястного, плечевого и локтевого суставов, ушибы туловища, чаще связанные с дефектами оборудования, неудовлетворительным санитарным состоянием залов.

При занятиях футболом травмируются, как правило, нижние конечности, возникают хронические артриты коленного сустава, растяжение связок коленного и голеностопного суставов, ушибы, надрывы и разрывы мышц задней поверхности бедра и приводящих мышц, травматические периоститы большой берцовой кости голени. Нужно обязательно следить, чтобы на поле, как и в других местах занятий, не было камней, стекол и других предметов, которые могут привести к травмам и падениям.

Травматизм у лыжников. Занятия на открытом воздухе при низких температурах опасны из-за возможности обморожения. Сильный ветер, повышенная влажность воздуха, тесная и мокрая обувь могут вызвать обморожение даже при нулевой температуре.

Для профилактики спортивного травматизма учителя физического воспитания должны строго соблюдать правила рациональной методики обучения и тренировки, учитывать индивидуальные особенности занимающихся, обеспечивать необходимую страховку при выполнении упражнений, обучать учащихся правилам страховки, само- и взаимостраховки.

### **3. Рекомендации по оказании первой доврачебной помощи при спортивных травмах**

Первая помощь это совокупность простых, целесообразных мер по охране здоровья и жизни пострадавшего от травмы или внезапно возникшего заболевания. Правильно оказанная первая помощь сокращает время специального лечения, способствует быстрейшему заживлению ран и часто является решающим моментом при спасении жизни пострадавшего. Первая помощь должна оказываться сразу на месте происшествия быстро и умело еще до прихода врача или до транспортировки пострадавшего в больницу.

Каждый человек должен уметь оказать первую помощь по мере своих способностей и возможностей.

Сущность первой помощи заключается в прекращении дальнейшего воздействия травмирующих факторов, проведении простейших лечебных мероприятий и в обеспечении скорейшей транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение, предупреждении опасных последствий травм, кровотечений, инфекций и шока.

При оказании первой помощи необходимо:

1. Вынести пострадавшего с места происшествия.
2. Обработать поврежденные участки тела и остановить кровотечение.

3. Иммобилизовать переломы и предотвратить возможные осложнения (травматический шок, западение языка, аспирация и т. п.).
4. Доставить или же обеспечить транспортировку пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение [3].

При оказании первой помощи следует руководствоваться следующими принципами:

1. Правильность и целесообразность.
  2. Быстрота.
  3. Обдуманность, решительность и спокойствие.
1. Вид и тяжесть травмы
  2. Способ обработки раны, места повреждения.
  3. Необходимые средства первой помощи в зависимости от данных возможностей и обстоятельств.

**При оказании первой помощи необходимо установить:**

1. Обстоятельства, при которых произошла травма.
2. Время возникновения травмы.
3. Место возникновения травмы.

Обращение с пострадавшим

При оказании первой помощи необходимо уметь обращаться с пострадавшим, в частности уметь правильно снять одежду. Это особенно важно при переломах, сильных кровотечениях, при потере сознания. Переворачивать и тащить за вывихнутые и сломанные конечности  $\approx$  это значит усилить боль, вызвать серьезные осложнения и даже шок.

Пострадавшего необходимо правильно приподнять, а в случае необходимости и перенести на другое место.

Приподнимать раненого следует осторожно, поддерживая снизу. Для этого нередко требуется участие двух или трех человек.

При повреждении верхней конечности одежду сначала снимают со здоровой руки. Затем с поврежденной руки стягивают рукав, поддерживая при этом всю руку снизу. Подобным образом снимают с нижних Конечностей брюки.

Если снять одежду с пострадавшего трудно, то ее распарывают по швам. Для снятия с пострадавшего одежды и обуви необходимо участие двух человек. При кровотечениях в большинстве случаев достаточно просто разрезать одежду выше места кровотечения. При ожогах, когда одежда прилипает или даже припекается к коже, материю следует обрезать вокруг места ожога; ни в коем случае ее нельзя отрывать. Повязка накладывается поверх обожженных участков.

Обращение с пострадавшим является весьма важным фактором в комплексе первой помощи. Неправильное обращение с раненым снижает ее эффективность.

При оказании первой помощи нельзя обойтись без перевязочного материала. В соответствии с требованиями первой помощи налажено производство средств первой помощи: аптечек, шкафчиков, санитарных сумок которые должны быть в каждой семье, в школах, в мастерских, в автомашинах.

---

Однако бывают такие случаи, когда вместо этих стандартных средств приходится применять то, что имелось в распоряжении оказывающего помощь в данный момент. Речь идет о так называемых импровизированных подручных средствах.

При срочном оказании первой помощи в быту, в поле, на автострадах приходится применять импровизированные, временные средства. К ним можно отнести чистый носовой платок, простыню, полотенце и различное белье. Для иммобилизации переломанных конечностей могут служить палки, доски, зонтики, линейки и т. д. Из лыж, санок и веток деревьев можно изготовить импровизированные носилки.

Кровотечение  $\approx$  это истечение крови из сосудов, наступающее чаще всего в результате их повреждения (травматическое кровотечение). Кровотечение может также возникнуть при разъедании сосудов болезненным очагом (туберкулезным, раковым, язвенным) (нетравматическое кровотечение).

### **Виды кровотечений.**

Кровотечения, при которых кровь вытекает из ран или же естественных отверстий тела наружу, принято называть наружными кровотечениями. Кровотечения, при которых кровь скапливается в полостях тела, называются внутренними кровотечениями. Среди наружных кровотечений чаще всего наблюдаются кровотечения из ран, а именно [4]:

1. Капиллярное возникает при поверхностных травмах; кровь из раны вытекает по каплям.
2. Венозное возникает при более глубоких ранах, как, например, резанных, колотых; при этом виде кровотечения наблюдается обильное вытекание крови темно-красного цвета.
3. Артериальное возникает при глубоких рубленых, колотых ранах; артериальная кровь ярко-красного цвета, бьет струей из поврежденных артерий, в которых она находится под большим давлением.
4. Смешанное кровотечение  $\approx$  возникает в тех случаях, когда в ране кровоточат одновременно вены и артерии; чаще всего такое кровотечение наблюдается при достаточно глубоких ранах.

### **Остановка кровотечения**

Первой задачей при обработке любой значительно кровоточащей раны является остановка кровотечения. Действовать при этом следует быстро и целенаправленно, так как значительная потеря крови при травме обессиливает пострадавшего и даже представляет собой угрозу для его жизни. Если удастся предотвратить большую кровопотерю, это намного облегчит стационарное лечение пострадавшего, уменьшит последствия травмы и ранения.

Остановка капиллярного кровотечения.

---

При капиллярном кровотечении нет выраженных признаков пульсации в ране, а потеря крови сравнительно небольшая. Такое кровотечение можно быстро остановить, наложив на кровоточащий участок чистую марлю (покровная повязка). Поверх марли кладут слой ваты и рану перевязывают. Если в распоряжении нет ни марли, ни бинта, то кровоточащее место можно перевязать чистым носовым платком. Накладывать прямо на рану мохнатую ткань нельзя, так как на ее ворсинках находится большое количество бактерий, которые вызывают заражение раны. По этой же причине непосредственно на открытую рану нецелесообразно накладывать и вату.

### **Остановка венозного кровотечения.**

Опасным моментом венозного кровотечения, наряду со значительным объемом потерянной крови, является то, что при ранениях крупных вен, особенно шейных, может произойти засасывание воздуха в сосуды через поврежденные места. Проникший в сосуды воздух может затем попасть в сердце. В таких случаях возникает смертельное состояние  $\approx$  воздушная эмболия!

Венозное кровотечение лучше всего останавливается давящей повязкой. На кровоточащий участок накладывают чистую марлю, поверх нее неразвернутый бинт или сложенную несколько раз марлю, в крайнем случае сложенный чистый носовой платок. Примененные подобным образом средства действуют в качестве давящего фактора, который прижимает зияющие концы поврежденных сосудов. При прижатии бинтом такого давящего предмета к ране просвет сосудов сдавливается и кровотечение прекращается.

В том случае, если у оказывающего помощь нет под рукой давящей повязки, причем пострадавший сильно кровоточит из поврежденной вены, то кровоточащее место надо сразу же прижать пальцами ниже места повреждения, а затем туго перебинтовать. Наиболее удобными для этих целей являются карманная давящая повязка или индивидуальный пакет, которые продаются в аптеках.

### **Остановка артериального кровотечения.**

Артериальное кровотечение является самым опасным из всех видов кровотечений, так как при нем может быстро наступить полное обескровливание пострадавшего. При кровотечениях из сонной, бедренной или же подмышечной артерий пострадавший может погибнуть через три или даже две с половиной минуты.

Артериальное кровотечение можно остановить при помощи давящей повязки, но при кровотечении из крупной артерии следует немедленно остановить приток крови к раненому участку, придавив артерию пальцем выше места ранения. Однако эта мера является только временной. Артерию прижимают пальцем до тех пор, пока не подготовят и не наложат давящую повязку. При кровотечении из крупных (бедренная) артерий наложение одной только давящей повязки иногда оказывается недостаточным. В таких случаях приходится накладывать петлю жгут или же импровизированный жгут. Если у



оказывающего помощь под рукой нет ни стандартного жгута, ни петли, то вместо них можно применить косынку, носовой платок, галстук, подтяжки. Жгут или петлю на конечность накладывают сразу же выше места кровотечения. Для этих целей очень удобна карманная повязка (индивидуальный пакет), исполняющая одновременно роль как покровной, так и давящей повязок. Место наложения жгута или петли покрывают слоем марли для того, чтобы не повредить кожу и нервы. Наложённый жгут полностью прекращает приток крови в конечность, но если петлю или жгут на конечности оставить на длительное время, то может даже произойти ее отмирание. Поэтому для остановки кровотечений их применяют только в исключительных случаях, а именно на плече и бедре (при отрыве конечности при ампутации). Сразу же после наложения жгута его следует замаркировать: число, месяц, год, часы, минуты! Время безопасного действия жгута не более 2 часов, после чего его на 3≈5 минут нужно снять или ослабить во избежание некроза нижерасположенных тканей.

При наложении петли или жгута пострадавшего в течение двух часов в обязательном порядке следует доставить в лечебное учреждение для хирургической обработки.

Кровотечение верхней конечности можно остановить при помощи пакетика бинта, вложенного в локтевой сгиб или в подмышечную впадину, при одновременном стягивании конечности жгутом. Подобным образом поступают при кровотечениях из нижней конечности, вкладывая в подколенную ямку клин. Правда, такой метод остановки кровотечения в последнее время применяется лишь изредка.

При кровотечении из главной шейной артерии сонной следует немедленно сдавить рану пальцами или же кулаком; после этого рану набивают большим количеством чистой марли. Этот способ остановки кровотечения называется тампонированием.

После шинирования кровоточащих сосудов пострадавшего следует напоить каким-либо безалкогольным напитком и как можно скорее доставить в лечебное учреждение.

**Иные внешние кровотечения**

Первую помощь приходится оказывать не только при кровотечениях из ран, но и при иных видах наружных кровотечений, среди которых некоторые также относятся к числу травматических.

Кровотечения из носа. Такое кровотечение возникает при ударе в нос, при сильном сморкании или же чихании, при тяжелых травмах черепа, а также при некоторых заболеваниях, например гриппе, повышенном артериальном давлении. Пострадавшего укладывают на спину с несколько приподнятой головой, на переносицу кладут холодные компрессы или же лед.

При носовом кровотечении нельзя сморкаться и промывать нос водой. Кровь, стекающую в носоглотку, пострадавший должен выплевывать. Если кровь выделяется преимущественно через носовые ходы, их можно затампонировать ватными тампонами, смочив их физиологическим раствором (мин. водой) или сосудосуживающими каплями (адреналин, глазолин и т. п.)

Кровотечение после удаления зуба. При этом виде кровотечений достаточно положить на место удаленного зуба комочек марли или ваты, который больной затем зажимает зубами.

Кровотечение из уха. Кровотечение из уха наблюдается при ранениях внешнего слухового прохода и при переломах черепа. На раненое ухо накладывают чистую марлю, а затем его перевязывают. Пострадавший лежит с несколько приподнятой головой. Делать промывание уха нельзя.

Кровотечение из легких. При сильных ударах в грудную клетку при переломах ребер, при туберкулезе, когда очаг заболевания разъедает какой-либо легочный сосуд, возникает легочное кровотечение. Пострадавшие откашливают ярко-красную вспененную кровь; дыхание затруднено.

Пострадавшего укладывают в полусидящем положении, под спину ему подкладывают валик, на который он может опереться. На открытую грудь кладут холодный компресс. Больному запрещают говорить и двигаться.

Кровотечения из пищеварительного тракта. Кровотечение из пищевода возникает при его ранении или же при повреждении его вен, при некоторых заболеваниях печени. Кровотечение из желудка наблюдается при желудочной язве или опухоли, которые разъедают сосуды, проходящие в стенках желудка, а также при травмах желудка. Признаком является рвота, при которой рвотные массы представляют собой темно-красную и даже свернувшуюся кровь.

Пострадавшего укладывают в полусидящем положении с согнутыми в коленях ногами. На брюшную область кладут холодный компресс. Необходим полный покой. Пострадавшему нельзя давать ни пить, ни есть.

Оба вида кровотечений требуют немедленного хирургического вмешательства (срочная госпитализация).

## **Внутренние кровотечения**

Кровотечение в брюшную полость. Такое кровотечение возникает при ударе в живот; в ряде случаев при этом наблюдается разрыв печени. У женщин внутрибрюшное кровотечение бывает при внематочной беременности.

Внутрибрюшное кровотечение характеризуется сильными болями в области живота. Пострадавший впадает в шоковое состояние или же теряет сознание; живот напряжен, мало участвует в дыхании, болезнен, может быть вздутым. Влажные, холодные кожные покровы. Слабый и частый пульс.

Больного укладывают на носилки без подушки, можно дать немного воды, затем транспортировать в больницу.

Кровотечение в плевральную полость. Кровотечение такого типа возникает при ударе, повреждении грудной клетки. Кровь скапливается в плевральной полости и в пораженной половине сдавливает легкое, тем самым препятствуя его нормальной деятельности. Пострадавший дышит с трудом, при значительном кровотечении даже задыхается. Его укладывают на носилки на поврежденную сторону. Если есть нарушение целостности кожных покровов, накладываются циркулярная повязка. Необходимо обеспечить немедленную транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение.

## **Кровотечения из головы**

В большинстве случаев кровотечение можно остановить, просто зажимая рану носовым платком. Сильно кровоточащая поверхностная рана головы далеко не всегда так опасна, как кажется на первый взгляд: сильно кровоточить может небольшой порез.

Прижмите рану куском чистой сухой ткани. Плотно, но осторожно в течение 5~10 минут прижимайте ткань к ране, пока кровотечение не остановится. Если кровь просочилась через ткань, не убирайте ее с раны, чтобы не помешать формированию кровяного сгустка. На первый кусок ткани наложите другой.

Если рана не глубокая, промойте ее теплой водой с мылом и просушите.

Не нужно промывать глубокие и сильно кровоточащие раны.

Если кровотечение приостановилось, пусть даже и не остановилось совсем, перевяжите рану чистой тканью.

Если приостановить кровотечение не удастся, проверьте, нет ли у пострадавшего признаков шока. Если у пострадавшего кружится голова, если он теряет сознание, а кожа его становится бледной, холодной и влажной, если дыхание у него поверхностное и учащенное, а пульс слабый и частый  $\approx$  не прекращайте попыток остановить кровотечение.

Если у больного глубокая рана и кровотечение остановить не удастся, звоните. Если вам кажется, что рана велика и нужно наложить шов, или если путем промывания из нее не удалось удалить грязь и песок, доставьте пострадавшего в пункт неотложной помощи. Чем скорее начнется лечение, тем легче избежать инфекции.

## **Носовое кровотечение**

Чаще всего носовые кровотечения возникают из-за того, что пострадавший дышит сухим воздухом, часто сморкается и залезает пальцами в нос, а также в результате травмы.

Необходимо успокоить пострадавшего. Если пострадавший успокаивается, кровотечение уменьшается.

Попросите пострадавшего наклониться вперед и по крайней мере на 10 минут зажать нос, чтобы образовался кровяной сгусток.

Не разрешайте пострадавшему сморкаться и втягивать носом воздух в течение нескольких часов. Если кровотечение не прекращается или возобновляется, попросите повторить прием, описанный выше.

Наложите холодный компресс на область носа.

Если кровотечение прекратилось, аккуратно смажьте обе половины носа вазелином с помощью ватного тампона: это предохранит слизистую оболочку носа от пересыхания.

Если через 15~20 минут после начала оказания первой помощи кровотечение не останавливается или возобновляется, если кровь, не переставая, стекает в горло, вызовите врача.

**Повреждение связочно-сумочного аппарата**

Повреждение связочно-сумочного аппарата растяжение связок, надрывы и разрывы.

Признаки: боль, отек в области травмы, припухлость сустава, нарушение функций сустава. При полном разрыве связок кроме перечисленного наблюдается изменение оси конечности.

Первая помощь: воздействовать холодом на место травмы, наложить давящую повязку, надежно фиксирующую сустав. При необходимости сустав иммобилизовать шиной! Боль можно притупить аэрозолем (хлорэтил и т. п.). Обязательна консультация травматолога.

Повреждение мышц и сухожилий

Повреждение мышц и сухожилий  $\approx$  растяжение, надрывы, разрывы.

Признаки: боль, кровоизлияние разной степени выраженности, затруднение движения в суставах из-за боли в мышцах, повышенная плотность тканей или углубления под кожей в сочетании с валиком по краям.

При растяжении происходит надрыв или разрыв связки, мышцы или сухожилия.

Необходимо устроить пострадавшего поудобнее, поднять травмированную конечность выше уровня сердца: это уменьшит отек.

Наложить на болезненную область холодный компресс на 10 $\approx$ 15 минут: это уменьшит боль и отек.

Если конечность продолжает отекает, меняйте холодные компрессы каждые 20 $\approx$ 30 минут, пока отек не начнет уменьшаться.

При необходимости дайте болеутоляющее средство, используйте дозы препарата, указанные в инструкции по его применению.

Если травмирована область голеностопного сустава или коленного сустава, наложите плотную (но не тугую) повязку.

Если травмировано плечо, локоть или запястье, фиксируйте руку с помощью косыночной повязки и привяжите повязку к туловищу.

Через 48 часов, если боль не утихнет, а отек спадет, попросите подвигать травмированной конечностью в разные стороны.

Не позволяйте нагружать травмированную конечность, пока боль при нагрузке не пройдет полностью. При легких растяжениях это занимает 7 $\approx$ 10 дней, при тяжелых 3 $\approx$ 6 недель.

Если сильно болит и опухло место повреждения, подвижность в месте повреждения утрачена частично или полностью, имеется деформация и, возможно, перелом кости, боль в месте повреждения не утихает через 48 часов после травмы или через 48 часов после травмы двигательная активность травмированной конечности не восстанавливается, обратитесь к врачу.

## **Вывих**

Вывих ненормальное стойкое смещение костей за физиологические пределы. При вывихе, как правило, разрываются суставная сумка и связки, повреждаются мягкие ткани.

Признаки: сильная боль, вынужденное неестественное положение конечностей, изменение формы сустава и нарушение его функций.

Первая помощь: создать полную неподвижность и немедленно госпитализировать (неспециалисту вправлять вывих запрещается!).

Перелом

Перелом  $\approx$  нарушение целостности кости под влиянием остро-механической травмы (удар, падение).

Признаки: локальная болезненность, искривление или укорочение конечности, неестественная подвижность в месте перелома, нарушение функции конечности.

Переломом называется нарушение целостности кости, вывихом  $\approx$  нарушение правильного положения кости в суставе.

Всегда фиксируйте травмированную конечность в том положении, в каком она находится.

Остановите кровотечение, прижав рану куском чистой сухой ткани. Завяжите рану чистой повязкой.

Если травмировано плечо, фиксируйте руку с помощью поддерживающей повязки.

Если травмирована кисть или палец, фиксируйте их в том положении, в каком они находятся, с помощью шины, обмотанной куском ткани.

Если травмировано предплечье, фиксируйте его шиной и наложите поддерживающую повязку, которую затем привяжите к туловищу.

Если травмировано бедро или таз, и вы вынуждены транспортировать пострадавшего самостоятельно, фиксируйте травмированную область непосредственно на носилках.

Носилками может служить любая прочная доска (например, гладильная), на которой пострадавший помещается во весь рост. Удерживая голову, шею и спину на одной прямой линии, поверните пострадавшего на бок и подложите под него носилки. Переверните пострадавшего на носилки, поддерживая голову и туловище. Между ног положите свернутые полотенца, одеяла или одежду. Прочно привяжите пострадавшего к носилкам с помощью веревок, ремней, лент или полос ткани. При транспортировке удерживайте носилки в горизонтальном положении.

Чтобы уменьшить боль и отек, наложите холодный компресс.

## **Заключение**

Подводя итоги работы, следует отметить, что не всегда причиной травматизма является не компетентность преподавателя, многое зависит и от предоставленных для работы условий.

Во-первых, недостаточность учебных площадей. Во многих учебных заведениях педагоги вынуждены проводить в одном спортивном зале занятия с несколькими группами одновременно. Отсюда скученность, невозможность отследить сразу всех учащихся, подстраховать их при выполнении особенно рискованных упражнений, вовремя обратить внимание на их самочувствие.

Многозначительной причиной физкультурного травматизма является  $\approx$  физический износ спортзалов, учебных помещений, оборудования, инвентаря.

Ветхие полы, протечки, старый инвентарь, не прошедшие испытания снаряды не обеспечивают должной степени надежности и безопасности. Третий фактор травмоопасности  $\approx$  низкий уровень квалификации большого количества учителей физкультуры.

И наконец, причина ≈ медицинская. Врачебное обслуживание во многих учебных заведениях находится в неудовлетворительном состоянии, главным образом из-за низкой зарплаты медицинского персонала, нехватки кадров. Распределение обучающихся по медицинским группам для занятий физкультурой своевременно не вносится в журнал.

**Главный специалист отдела  
образования Акимата города Костаная**

**Е.Терентьев**

Список используемой литературы.

Величко В.К. Физкультура без травм. Просвещение, 1993.- с.46

Меры безопасности на уроках физической культуры: Учебно-методическое пособие / В.Ю. Давыдов, Т.Г. Коваленко, П.А. Киселев, Г.Н. Попова. ≈ Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003.- с.68

Квартовкин К.К., Мандриков В.Б. Первая доврачебная помощь при спортивных травмах, внезапных заболеваниях и воздействии других неблагоприятных факторов: Методические рекомендации. Волгоград: ВМА, 1997.- с.16

Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. Владос, 1999.- с.126