

**Ж. І. Антіпова
Т. О. Барсукова**

**ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА
ПРИ ТРАВМАХ НА ЗАНЯТТЯХ
З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

Методичні рекомендації



Національний університет
«Одеська юридична академія»
Кафедра фізичного виховання

Ж. І. Антіпова
Т. О. Барсукова

ПЕРША ДОЛКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Методичні рекомендації

Одеса
Букаєв Вадим Вікторович
2020

УДК 796.011.3:616-001.-083.98(073)

A721

Рекомендовано до друку на засіданні кафедри фізичного виховання
(протокол № 3 від 7 листопада 2019 р.)

Рецензент: Фідірко М. О., кандидат педагогічних наук, доцент

Антіпова Ж. І.

A721 Перша долікарська допомога при травмах на заняттях з фізичного виховання : метод. рекоменд. / Ж. І. Антіпова, Т. О. Барсукова, – Одеса : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2020. – 36 с.

Методичний посібник має мету надання необхідної методичної допомоги при проведенні занять з фізичного виховання, тому, що отримання травм під час виконання фізичних вправ в більшості випадків пов'язані з неправильною організацією занять. Посібник знайомить з причинами травматизму, та заходами безпеки в процесі проведення занять та надання першої долікарської допомоги у разі отримання травм.

УДК 796.011.3:616-001.-083.98(073)

© Антіпова Ж. І., Т. О. Барсукова, 2020

Зміст

Введення	4
1. Найпоширеніші спортивні травми і причини їх отримання на заняттях з фізичного виховання.....	5
2. Профілактика отримання травм	7
3. Види травм і долікарська допомога при ушкодженнях, отриманих на заняттях з фізичного виховання.....	8
Висновок.....	34
Список використаних джерел.....	35

Введення

"Фізична підготовка" та "фізичне виховання" для студентів ФПС(КЮ) - є важливою складовою у професійній і службовій підготовці майбутніх співробітників ОВС. Фізична підготовка спрямована не тільки на фізичний, а також на моральний розвиток студентів. Вона формує якості, необхідні для службової діяльності. Тому цій навчальній дисципліні приділяють значну увагу в Національному університеті «Одеська юридична академія» на факультеті ФПС(КЮ).

Фізична підготовка як навчальна дисципліна є найважливішим елементом цілісного розвитку особистості студентів.

Відповідно до чинного державного освітнього стандарту "фізична підготовка" відноситься до циклу загальних гуманітарних і соціально-економічних дисциплін.

Зазначена дисципліна найбільш цілне пов'язана з правової та тактико-спеціальною підготовкою студентів, вона позитивно впливає на підвищення рівня загальної працездатності, формуванню цілісної психофізичної готовності студентів до служби в органах внутрішніх справ, в тому числі до дій в екстремальних ситуаціях, при надзвичайних обставинах і в особливих умовах.

Як відомо заняття спортом не обходиться без травм, це відбувається в силу різних причин, і щоб не погіршити стан здоров'я потерпілого, дуже важливо своєчасно і правильно надати першу долікарську допомогу, саме про це буде написано далі.

1. Найпоширеніші спортивні травми і причини отримання травм на заняттях з фізичної підготовки.

Спортивна травма - це ушкодження, що спричинило за собою фізичне порушення цілісності тканин, що викликається зовнішнім впливом.

Варто зазначити травми стопи, гомілки, пошкодження області стегна, кисті, плечового суглоба, які в спорті зустрічаються досить часто. Причин виникнення спортивних травм неможливо повністю усунути, тому ризик отримання ушкодження є завжди.

Основні причини отримання травм під час виконання фізичних вправ в більшості випадків пов'язані з неправильною організацією занять. Також причинами цього може стати поганий стан місця заняття, зіпсоване або несправне обладнання та інвентар, несприятливі погодні умови, невідповідне взуття, одяг, відсутність страховки, а також сама страховка. Найбільш розповсюдженої причиною травм є недостатня тренуваність і форсоване (надмірне) навантаження, низька поведінкова культура тих, хто займається, відсутність медичного контролю та порушення лікарських вимог. Таким чином, головна причина випадків і травм - порушення обов'язкових правил при проведенні занять та тренувань в навчальному закладі. Ці правила і вимоги викладені в спеціальних інструкціях по різних видах фізкультурно-спортивної діяльності (з гімнастики, легкої атлетики, рухливих та спортивних ігор, лижної підготовки, спеціальних прийомів боротьби и і т.д.), з ними студентів знайомить викладач з фізичної підготовки перед початком занять.

Причини виникнення травм:

1. Незадовільний стан залу або площадки для занять спортом, його обладнання, одяг та взуття студента.
2. Неправильна організація змагань і тренувальних занять.
3. Погані метеорологічні та санітарно-гігієнічні умови місць проведення змагань і занять.
4. Неналежний контроль з боку охорони здоров'я.
5. Порушення, недотримання дисципліни і встановлених правил під час занять або змагань також відносяться до причин виникнення спортивних травм.

2. Профілактика отримання травм.

Незалежно від того, про який вид заняття фізичного виховання йдеться, є правила профілактики спортивного травматизму. загальні інструкції, нехтування якими може у великій мірі підвищити ймовірність отримання травм. Правила в цілому дуже прості і логічні.

Зрозуміло, що при великих фізичних навантаженнях може виникнути фактор травмування. Травма трапляється за того, що людина, робить якусь помилку або похибку в рухах. У людей, що займаються суперечкою травмуються м'які тканини, кістки, зв'язки. У шахістів також можуть виникати травми, але вже іншого характеру, психологічного або навіть психічного, оскільки вони відчувають через « велику напругу на центральну нервову систему.

Що потрібно врахувати, щоб уникнути спортивних травм і які правила необхідно дотримуватися:

- 1) На заняттях бути уважним і зібраним.
- 2) Дотримуватися техніки безпеки.
- 3) Мати відповідну форму одягу і взуття.
- 4) Правильно проводити розминку та розігрів м'язів.
- 5) Технічно виконувати ту чи іншу вправу.
- 6) Правильно витрачати свою енергію.
- 7) Якщо ви отримали травму долікуйте її і якщо ви продовжуєте займатися, то необхідно знизити навантаження, а краще призупинити заняття до повного відновлення, інакше є ймовірність отримання нових травм.
- 8) Обов'язковий лікарський контроль.

3. Види травм та долікарська допомога при травмах, отриманих на заняттях з фізичної підготовки.

Як можна було переконатися з матеріалів, представлених вище, причини виникнення травм на заняттях фізичними вправами дуже різноманітні, і пов'язані з багатьма факторами.

Розглянемо причини виникнення травм.

Раптові захворювання (травми) відрізняються несподіванкою свого виникнення: в будь-який час і в будь-якій обстановці. Травми представляють особливу небезпеку не тільки для здоров'я, але і для життя потерпілого. Нерідко вони є причиною тривалої тимчасової або стійкої непрацездатності або причиною інвалідності.

Тому перше і основне правило, яке слід добре пам'ятати при травмах, це негайне звернення потерпілого за лікарською допомогою. Необхідно особливо підкреслити дуже важливу обставину: чим раніше потерпілий отримає лікарську допомогу, тим краще буде перебіг пошкодження.

В даному посібнику ми говорили не про самолікування (проти якого треба рішуче протестувати), а лише про розумне наданні першої долікарської допомоги до звернення потерпілого до лікаря або до приходу останнього до хворого.

Перша долікарська допомога, тобто комплекс термінових заходів при травмах, переслідує, в основному, такі завдання або цілі:

1. Припинити подальше вплив факторів або видалити постраждалого з несприятливих умов, в яку він потрапив.
2. Зробити все необхідне для ліквідації загрози для здоров'я або життя потерпілого, і полегшити його страждання.

3. Попередити можливі, іноді незворотні, ускладнення пошкодження: наприклад кровотечі, зміщення уламків при переломах, шоку та ін.

4. Підтримувати основні життєві функції потерпілого до моменту надання лікарської допомоги.

5. При необхідності транспортування потерпілого в найближчий лікувальний заклад створити максимально сприятливі умови для цього (спокій, транспортна іммобілізація і ін.).

Слід мати на увазі, що перша долікарська допомога вельми мінімальна і ні в якому разі не може замінити кваліфіковану медичну допомогу. Надання першої долікарської допомоги повинно починатися з оцінки загального стану потерпілого. З цією метою у хворого частіше всього досліджують стан серцевої діяльності (пульсу), дихання, свідомості і температури.

Пульс зазвичай визначають в нижній частині передпліччя, над променезап'ясткових суглобів на долонній стороні вище основи великого пальця. Пульс відчувається чотирма пальцями досліджує у вигляді ритмічної пульсації променевої артерії протягом однієї хвилини. Нормальна частота пульсу у дорослих-від 60 до 80 ударів в хвилину. Пульс може бути прискореним і уповільненим, напруженим і слабким, а також аритмічним. Значне почастищення або уповільнення, а також поява аритмічності пульсу вказують на порушення серцево-судинної діяльності. Вельми важливо спостереження за частотою і ритмом дихання потерпілого. Частоту дихання можна визначити або спостерігаючи дихальні рухи грудної клітки, або поклавши долоню на підложечну область хворого. У нормі частота дихання у дорослих коливається від 16 до 20 в хвилину. Дихання може бути частим або рідкісним, глибоким

або поверхневим. Почастішання дихання спостерігається при підвищенні температури. При цьому може порушуватися і ритм дихання, коли дихальні рухи відбуваються через різні проміжки часу. Порушення дихальної діяльності може супроводжуватися зміною кольору шкіри і слизових оболонок губ-вони набувають синюшного відтінку.

Втрата свідомості може бути або короткочасною (наприклад, при непритомності) або більш тривалої (при ушкодженнях головного мозку, при коматозних станах та ін.). Іноді спостерігається своєрідна загальмованість, оглушення, сонливість або судорожне стан постраждалих, про що завжди слід повідомляти лікаря.

Зміна температури тіла часто спостерігається при різних запальних процесах. Якщо у потерпілого є загальні явища, властиві, наприклад, особливо важких пошкоджень (травматичний шок, велика крововтрата і т. д.), то, перш за все, необхідно вжити відповідних заходів до ліквідації або зменшення цих життєве небезпечних ускладнень. У тому випадку, коли у постраждалого різко порушено або відсутнє дихання або сталася зупинка серцевої діяльності (що визначається за відсутності дихальних рухів грудної клітки і відсутності пульсу), то неодмінно приступають до штучного дихання і зовнішнього масажу серця.

Тільки прийнявши ці життю рятувальні заходи, слід ознайомитися з місцевими проявами ушкодження. З'ясувавши скарги потерпілого і ознайомившись з його загальним станом і основними ушкодженнями, можна скласти уявлення про можливе їх характер, щоб визначити необхідну першу допомогу.

Слід мати на увазі, що при раптових пошкодженнях особливого значення набуває загальний і місцевий спокій. Тому

при наданні першої допомоги необхідно потерпілого (якщо це викликано його загальним станом) укласти в зручне для нього місце. Також слід зазначити, що ефективно надання першої долікарської допомоги можливе лише за наявності певних знань і навичок. Причому важливо знати не тільки те, що потрібно робити при пошкодженні, а й те, чого не можна робити в цих випадках. Наприклад, до приходу лікаря не слід застосовувати будь-яких наркотичних, болезаспокійливих засобів або антибіотиків.

Далі визначаємо рівень постраждалого при порушенні:

Штучне дихання. Перш за все, слід переконатися в

прохідності повітропровідних шляхів потерпілого і усунути механічні причини, що перешкоджають диханню. З цією метою оглядають порожнину рота і носа, які за допомогою пальця, носової хустки або марлевого тампона повинні бути швидко очищені від слини, слизу блювотних мас, землі, піску і інших сторонніх предметів. Необхідно усунути часто спостерігається западання язика, якщо штучне дихання буде проводитися при положенні хворого на спині. Якщо ж при цьому потерпілий лежить ниць, тобто на животі, то потрібно стежити, щоб його рот і ніс не впиралися в землю або підкладений під голову предмет. Крім того, треба розстебнути одяг потерпілого, що утрудняє дихання і кровообіг, а при наданні допомоги потонулого-звільнити дихальні шляхи і шлунок від води. Всі ці підготовчі заходи до штучного дихання повинні проводитися з максимальною швидкістю і займати не більше однієї хвилини. Частота штучного дихання повинна наближатися до фізіологічної, тобто складати 16-20 повних дихальних циклів в хвилину. Тривалість штучного дихання різна і залежить від характеру причини, що викликала порушення нормальної дихальної діяльності її тяжкості. Однак у всіх випадках слід

керуватися загальними правилами: штучне дихання необхідно продовжувати до тих пір, поки не відновиться самостійне і нормальне по глибині, частоті і ритму дихання або ж не з'являться явні ознаки остаточної зупинки серцевої діяльності незважаючи на застосування заходів для її відновлення (масаж)

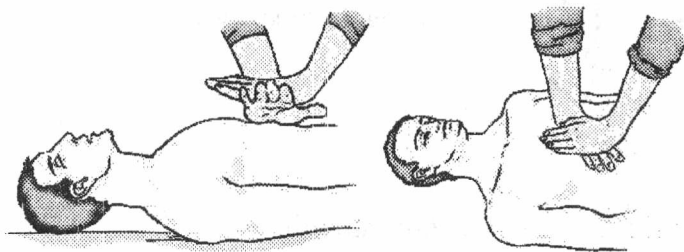
Частота штучного дихання повинна наближатися до фізіологічної, тобто складати 16-20 повних дихальних циклів в хвилину. Тривалість штучного дихання різна і залежить від характеру причини, що викликала порушення нормальної дихальної діяльності її тяжкості. Однак у всіх випадках слід керуватися загальними правилами: штучне дихання необхідно продовжувати до тих пір, поки не відновиться самостійне і нормальне по глибині, частоті і ритму дихання або ж не з'являться явні ознаки остаточної зупинки серцевої діяльності незважаючи на застосування заходів для її відновлення (масаж)

Частота штучного дихання повинна наближатися до фізіологічної, тобто складати 16-20 повних дихальних циклів в хвилину. Тривалість штучного дихання різна і залежить від характеру причини, що викликала порушення нормальної дихальної діяльності її тяжкості. Однак у всіх випадках слід керуватися загальними правилами: штучне дихання необхідно продовжувати до тих пір, поки не відновиться самостійне і нормальне по глибині, частоті і ритму дихання або ж не з'являться явні ознаки остаточної зупинки серцевої діяльності незважаючи на

застосування заходів для її відновлення (масаж) викликала порушення нормальної дихальної діяльності її тяжкості. Однак у всіх випадках слід керуватися загальними правилами: штучне дихання необхідно продовжувати до тих пір, поки не відновиться самостійне і нормальне по глибині, частоті і ритму дихання або ж не з'являться явні ознаки остаточної зупинки серцевої діяльності незважаючи на застосування заходів для її відновлення (масаж)

Найбільш простим і ефективним способом штучного дихання є спосіб "рот в рот" і "рот в ніс", який полягає в наступному: потерпілого з різко закинutoю головою кладуть на спину, для чого підкладають під плечі валик або голову утримує руками надає допомогу, який стоїть на колінах збоку від потерпілого (див. додатки). Надає допомогу робить глибокий вдих, широко розкриває рот, швидко наближає його до рота потерпілого і, щільно притиснувши свої губи навколо рота потерпілого, робить глибокий видих в рот останнього. Аналогічними прийомами можна видихати або вдувати повітря в ніс. За гігієнічних міркувань особа потерпілого перед вдюванням повітря через рот або ніс можна покрити чистим хусткою, шматком марлі або іншої легкої матерії.

При зупинці серцевої діяльності вдаються до зовнішнього (закритого) масажу серця.



Для цього ліву долоню кладуть на область серця потерпілого, покривають її правою долонею і виробляють ритмічні енергійні поштовхи в області серця 50-60 разів на хвилину.

Крім цих першочергових заходів надання першої допомоги, можуть знадобитися і інші настільки ж невідкладні заходи, наприклад зупинка артеріальної кровотечі негайним накладанням джгута і ін.

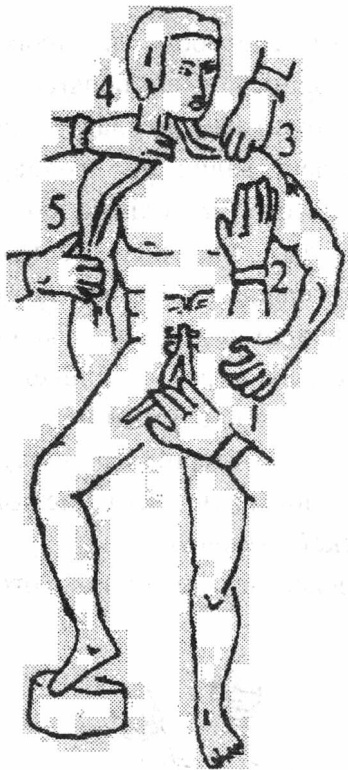


Рис.1

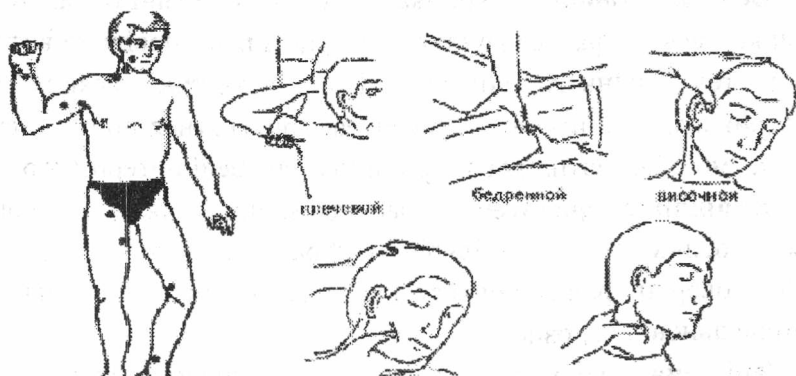
Кровотечі. Кровотечею називають вихід крові з пошкодженого кровоносної судини. Залежно від характеру ушкоджених судин розрізняють артеріальний, венозний, капілярний і змішане кровотечі. Якщо кров виливається назовні через пошкоджені тканини, то говорять про зовнішній кровотечі. Якщо ж кров виливається у внутрішні порожнини, в просвіт статевих органів або між тканинами, мають на увазі внутрішню кровотечу. У цьому посібнику мова йде про зовнішні кровотечі.

Типові місця притиснення артерії:

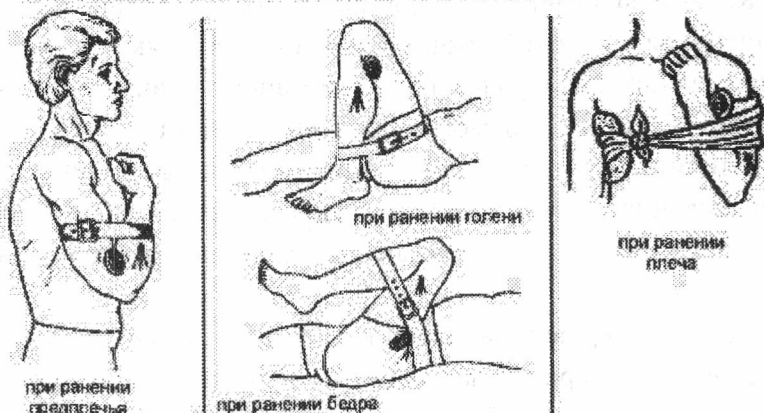
1. – стегнової;
2. – підкрильцевої;

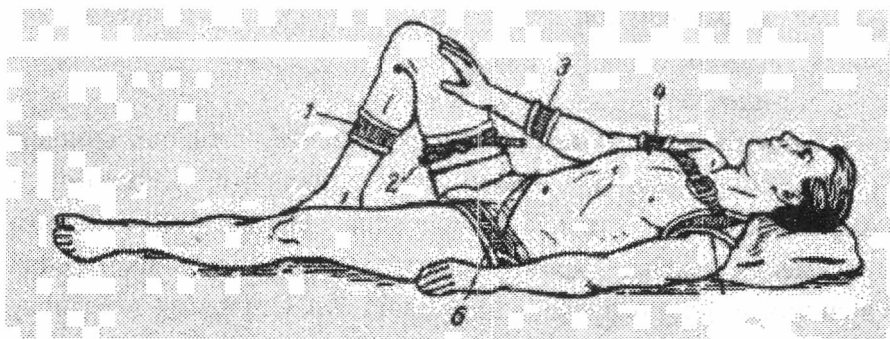
3. —підключичної;
4. —сонної;
5. -плечової

Артеріальна кровотеча є найбільш небезпечною, виникає при пошкодженні більш-менш великих артерій і характеризується тим, що з рани сильно, пульсуючим струменем витікає кров червоного кольору. Пошкодження великих артерій (стегнової, плечової і ін.). Становить небезпеку для життя.



**ОСТАНОВКА АРТЕРІАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕННЯ
МЕТОДОМ ФИКСИРОВАНИЯ КОНЕЧНОСТИ
В ПОЛОЖЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО СГИБАНИЯ В СУСТАВЕ**





Венозна кровотеча виникає при пошкодженні більш-менш великих вен і характеризується тим, що з рани повільно витікає кров темно-синього кольору. При пораненні деяких вен (наприклад, шийних) в них може засмоктуватися повітря-це як звана емболія, здатна стати причиною загибелі потерпілого.

Капілярна кровотеча є наслідком пошкодження дрібних кровоносних судин (капілярів) і характеризується тим, що з усієї поверхні рани сочиться кров, за кольором середня між артеріальною і венозною.

Змішана кровотеча виникає в тих випадках, коли в рані кровоточать одночасно вени і артерії; найчастіше таке кровотеча спостерігається при більш глибоких ранах.

Кровотеча з капілярів і дрібних судин найчастіше мимоволі зупиняється в найближчі хвилини, так як в просвіті пошкоджених судин, внаслідок згортання крові, утворюються кров'яні згустки (тромби), що закупорюють судину, що кровоточить. Однак при зниженому згортанні крові пошкодження навіть невеликих судин може викликати досить тривалий, а іноді і небезпечне для життя кровотечу і крововтрату.

Будь-яка кровотеча викликає втрату крові організмом. Якщо невелика кровотеча і невелика крововтрата не тягнуть за собою будь-яких особливо шкідливих наслідків, то сильна

кровотеча і велика крововтрата становлять велику небезпеку для організму людини і можуть бути смертельними. Швидка втрата приблизно 1/4 всієї кількості крові в організмі є небезпечною для життя потерпілого, а втрата половини крові-смертельною. У дітей є небезпечною і втрата менше половини крові.

Серйозні наслідки, а іноді і велика небезпека сильних кровотеч і рясна крововтрата для організму, диктують одну з головних завдань першої допомоги при пораненнях - зупинку кровотечі і ліквідацію його наслідків, тобто гострої крововтрати. Розрізняють тимчасову (попередню) і остаточну зупинку кровотечі.

Тимчасові способи зупинки кровотечі застосовуються зазвичай в умовах надання першої медичної допомоги. До них відносяться: піднесення пошкодженої частини тіла, притиснення судини, різке згинання кінцівки, що давить, тампонада і накладення джгута (за допомогою підкладання подушки та ін.).

Пошкодженої частини тіла найчастіше застосовується при пораненнях кінцівок, зокрема при венозних кровотечах. Таке положення доцільно надавати кінцівки лише після накладення пов'язки на рану (рис 1)

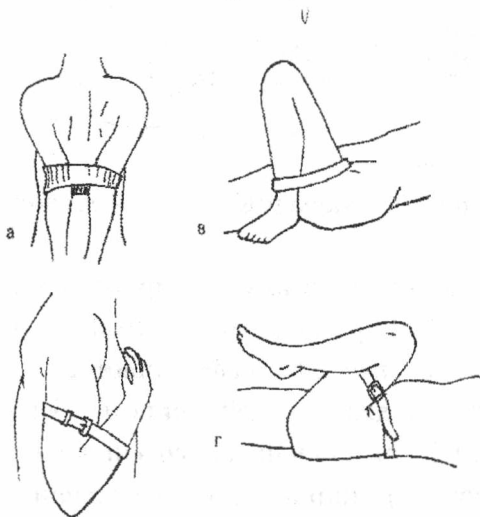


Рис.2

а — максимальним відведенням верхніх кінцівок до попереку

б — згинання руки в ліктьовому суглобі

в — згинання ноги в колінному суглобі

г — згинання ноги в тазостегновому суглобі

Притиснення судини полягає в тому, що її притискають не в області самої рани, а вище (при пораненні артерій) або нижче (при пораненні вен), тобто протягом пошкодженої судини. Спосіб цей застосовують, як правило, при сильної артеріальній або венозній кровотечі. Притиснення судини до кістки треба не одним, а кількома пальцями. Для кожного великого артеріального судини є певні анатомічні точки, де найдоцільніше виробляти його притиснення. Так, скроневу артерію притискають попереду мочки вуха, плечову артерію - у внутрішнього краю двоголового м'яза плеча (біцепса) і т.д.

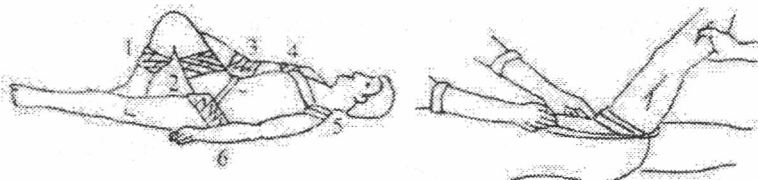


Рис.3

1 — на гомілку; 2 — стегно; 3 — передпліччя; 4 — плече; 5 — плече (високе); 6 — стегно.

Різка максимальне згинання кінцівки, наприклад в ліктьовому або колінному суглобах при пораненні передпліччя або гомілки (стопи), іноді буває настільки ефективним, що відпадає необхідність накладення джгута. Цей прийом (різка згинання) доводиться вживати і при сильній кровотечі з ран, розташованих біля основи (кореня) кінцівки, коли накладення джгута неможливо. У цих випадках при кровотечі з верхньої кінцівки руку фіксують в положенні до відмови заведеної за

спину, а при кровотечі з нижньої кінцівки ногу закріплюють зігнутою і наведеною до живота.

Накладають пов'язку в якості способу тимчасової зупинки кровотечі застосовують досить часто при невеликих кровотечах. Суть методу полягає в тому, що після змазування країв рани йодною настоякою на неї накладають кілька стерильних марлевих серветок, поверх яких кладуть досить товстий шар вати, потім все це туго, тобто з певним тиском, прибинтовують марлевым або іншим бинтом.

Найнадійнішим способом тимчасової зупинки сильної артеріальної кровотечі є накладення джгута на той чи інший відділ пошкодженої кінцівки - її перетягування. Існує багато видів кровозупинних джгутів (гумові, матерчаті і ін.), Але найпростішим і найбільш поширеним є гумовий джгут Есмарха; при його відсутності можна використовувати будь-який підручний матеріал: гумову трубку, рушник, ремінь, мотузку, хустку і т.д.

Джгут накладають наступним чином: частина кінцівки, де буде лежати джгут, обгортають рушником або декількома шарами бинта (підкладка). Потім пошкоджену кінцівку піднімають, джгут розтягують, роблять два-три оберти навколо кінцівки, щоб кілька здавити м'які тканини, і закріплюють кінець джгута за допомогою ланцюжка і гачка або зав'язують вузлом. Правильність накладення джгута перевіряється припиненням кровотечі з рани і зникненням пульсу на периферії кінцівки. При вживанні джгута нерідко допускаються серйозні помилки: 1) накладають джгут без достатніх свідчень - його слід застосовувати лише у випадках сильної артеріальної кровотечі, яку неможливо зупинити іншими способами; 2) джгут накладають на оголену шкіру, що може викликати її обмеження і навіть омертвіння; 3) неправильно вибирають

місця для накладення джгута - його треба накладати вище місця кровотечі; 4) неправильно затягують джгут, слабке затягування підсилює кровотечу, а дуже сильне - здавлює нерви.

При накладенні джгута відбувається вдавнення всіх судин кінцівки, тому повністю припиняється прилив крові до тих відділів кінцівки, які розташовані нижче джгута, що, природно, різко порушує харчування цих відділів. Треба завжди враховувати цю важливу обставину: кровоспинний джгут повинен по можливості менше перебувати на кінцівки. Слід твердо запам'ятати правило: джгут на кінцівки може перебувати не більше 2 годин (а на плечі ще менше). Постраждалого з накладеним джгутом необхідно направити до лікаря або до лікувального закладу для остаточної зупинки кровотечі і зняття джгута, яке виробляють шляхом поступового його розпускання.

Травми розрізняють за ступенем тяжкості: садна, потертості, забиті місця, рани, вивихи, переломи.

Садна і потертості - це поверхнєве пошкодження тканин тіла (головним чином, шкірних покривів) і дрібних кровоносних судин. Користуючись медичною аптечкою, яка обов'язково повинна бути в кожному спортивному залі, а можливо навіть у самого учня, садно необхідно обробити перекисом водню або іншим антисептичним засобом (наприклад, марганцівкою). Потім її треба обробити 2-х процентним спиртовим розчином зеленки. При необхідності накласти стерильну пов'язку. Спостережувана зазвичай при саднах капілярна кровотеча зупиняється самостійно.

Перша допомога при потертості обмежується обробкою зони пошкодження антисептиками.

Забій - це закрите пошкодження, що супроводжується внутрішньою кровотечею тканин тіла внаслідок удару тупим

предметом або падінням. Місце удару, як правило, відразу ж опухає, колір шкіри стає темно-червоним, а потім змінюється на синій і жовтий (синяк).

У перші хвилини на місце забитого впливають холодом мокрою пов'язкою, льодом, струменем холодної води, для того, щоб кровоносні судини звужилися, і пухлина була менше, а потім слід накласти тугу пов'язку і відправити потерпілого в медпункт.

Рана – це будь-яке порушення цілісності шкірних покривів тканин (в тому числі і судин) в результаті зовнішнього, переважно механічного впливу. Тому найголовнішим в перші хвилини є, перш за все, зупинка кровотечі. Для цього існує багато способів: пальцеве притиснення, прямий тиск на рану, можливо максимальне згинання кінцівки в суглобі, тампонада рани, і накладення джгута, накладання пов'язки, що давить, і в залежності від сили кровотечі ви вибираєте яким способом будете його зупиняти. Якщо використовуємо спосіб пальцевого притиснення, то: натискаємо пальцем на артерію вище рани, якщо через 10-15 хвилин кровотеча не зупинилася, накладаємо джгут не більше ніж на 1-1,5 години, в залежності від температури і обов'язково пишемо записку, на якій вказуємо час накладення джгута. Потрібно розуміти, що накладення джгута завжди травма для організму, так як ми перекриваємо не тільки кровоносні судини, але і жирову тканину, м'язи, робота яких теж порушується, внаслідок накладання джгута. Після припинення кровотечі рану обробляють і дезінфікують перекисом водню, або будь-який інший спиртовмісної рідиною. Шкіру навколо рани змащують настоянкою йоду і потім накладають стерильну пов'язку. Після цього травмований повинен бути доставлений в медпункт.

Вивих. Досить часто зустрічається травма, що представляє собою зміщення суглобових поверхонь кісток, що супроводжується набуханням суглоба і досить сильними больовими відчуттями.

Найбільш уразливими ланками опорно-рухового апарату в цьому відношенні є гомілковостопний і колінний суглоби. Їх травмування найчастіше обмежується розтягуванням зв'язкового апарату, у випадках з колінним суглобом пошкодження меніска. У порядку першої допомоги в таких випадках на суглоб накладають фіксуючу пов'язку, знерухоміти кінцівку, холод на пошкоджену частину тіла, по можливості знеболити, і доставити потерпілого в медпункт. Однак, бувають і більш важкі наслідки: розриви зв'язок, поява тріщини в кістках, тому важливо правильно надати першу допомогу, і як можна швидше передати потерпілого в лікарню.

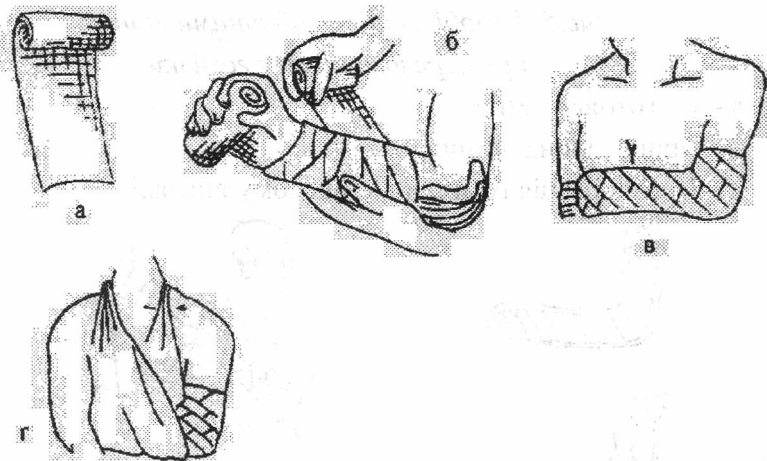
Розтягуванні зв'язок. При розтягуванні зв'язок виникає гостра сильний біль, спостерігається велика припухлість і виражене внутрішній крововилив в суглоб, що оточують його тканини і підшкірну клітковину.

Перша допомога в таких випадках полягає в накладенні пов'язки, що давить і холоду на зону ушкодження. Ці заходи в значній мірі перешкоджають подальшому розвитку внутрішнього крововиливу. Через два дні вже може бути призначено фізіотерапевтичне лікування. Відновлювати заняття дозволяється лише після зникнення болів і набряку при повному відновленні функцій суглоба і звичайно ж тільки після дозволу лікаря. Перший час після одужання перед заняттям рекомендується бинтувати область суглоба еластичним бинтом уникати великого тиску на повалену частину тіла.

Перелом - це порушення цілісності кістки, внаслідок зовнішньої механічної сили. Пошкодження опорно-рухового

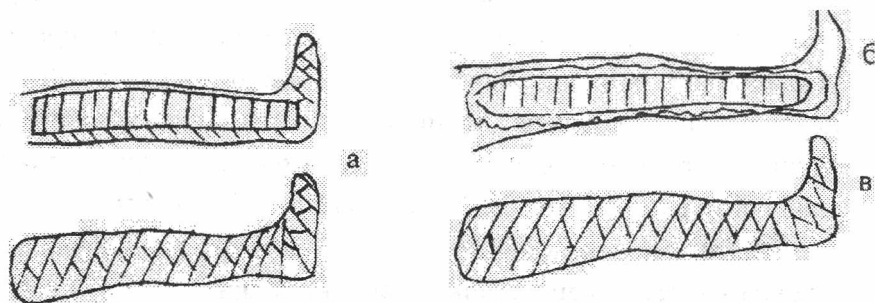
апарату становить близько 20 відсотків про всіх видів травматизму. Є різні види переломів: закритий, відкритий, ускладнений, вбитий, патологічний. Якщо шкіра в області перелому неушкоджена, такий перелом називають закритим. Коли ж перелом супроводжується пошкодженням шкіри осколками і краями кісток, його називають відкритим.

Ознаки переломів: різкий біль в області травми, набряклість і гематома, деформація пошкодженої кінцівки.



*Рис.4. Імобілізація сітчастою шиною
при переломі кісток кисті:*

- а – підготовка шини;
- б – прикладання шини;
- в – прибинтована шина;
- г – імобілізація кисті в кінцевому вигляді

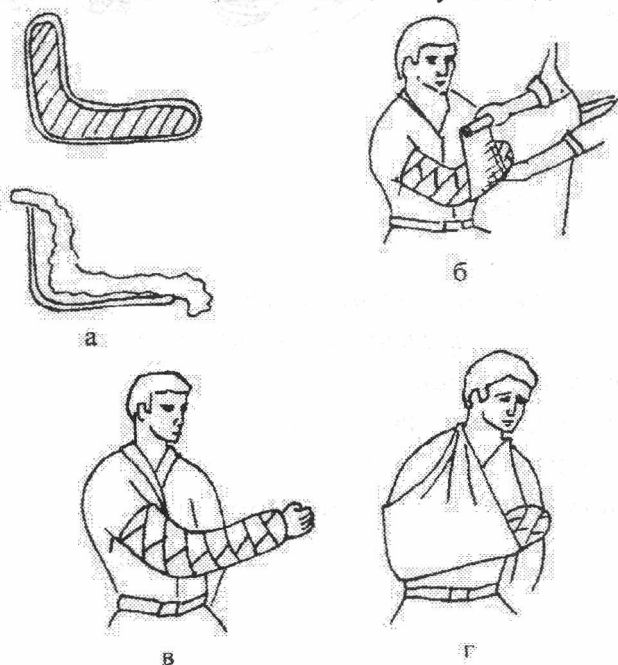


*Рис.5. Імобілізація драбинними шинами
при переломі кісток гомілки*

а – підготовка шини;

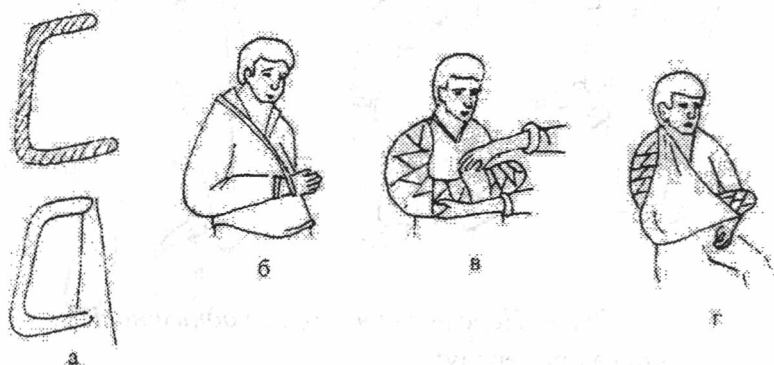
б – прикладання шини;

в – імобілізація гомілки в кінцевому вигляді



*Рис.6. Імобілізація драбинними шинами
при переломах кісток передпліччя:*

- а – підготовка шини;
- б – прикладання шини і початок бинтування;
- в – прибинтована шина;
- г – іммобілізація передпліччя в кінцевому вигляді



*Рис.7. Іммобілізація драбинними шинами
(Крамера) при переломі плечової кістки:*

- а – підготовка шини;
- б – прикладання шини;
- в – прибинтована шина;
- г – іммобілізація шини.

З метою надання першої допомоги до місця перелому накладаються шини (необхідно знати правила накладення шин) для фіксації двох ближніх до перелому суглобів. При відкритому переломі до цього необхідно, перш за все, зупинити кровотечу, обробити рану, а вже потім накладати шини. При транспортуванні потерпілого слід вжити всіх заходів для надійної фіксації перелому і виключити можливість зміни положення пошкодженої кінцівки.

Способи перенесення хворого

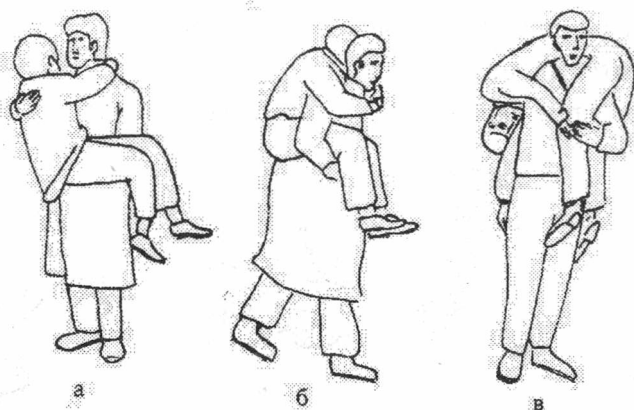


Рис.8. Перенесення хворого одним носієм:

а – на руках попереду;

б – на спині;

в – на плечі

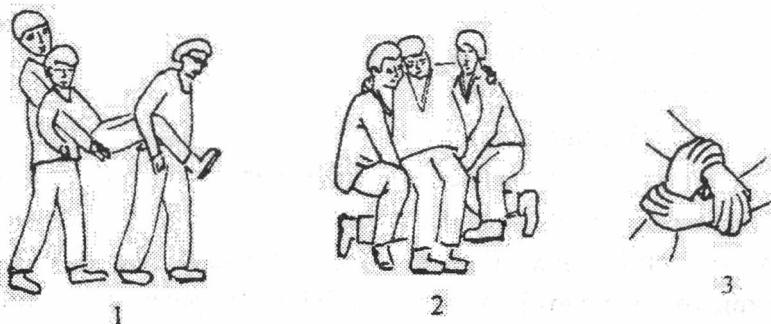


Рис.9. Перенесення хворого двома носіями:

1 – по способу «один за одним»;

2 – на простому «замок із двох рук»;

3 – на складному «замок із трьох рук»

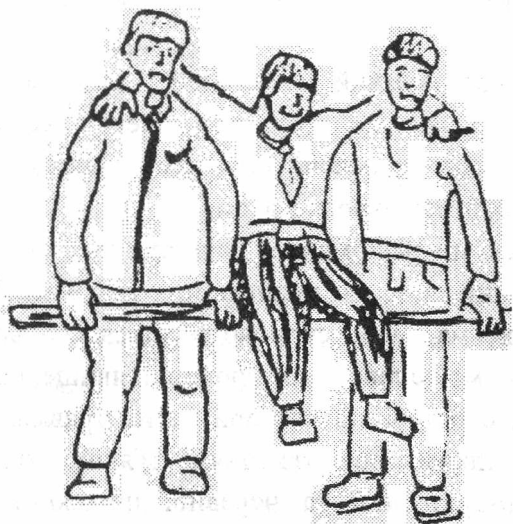


Рис.10. Перенесення хворого на палці

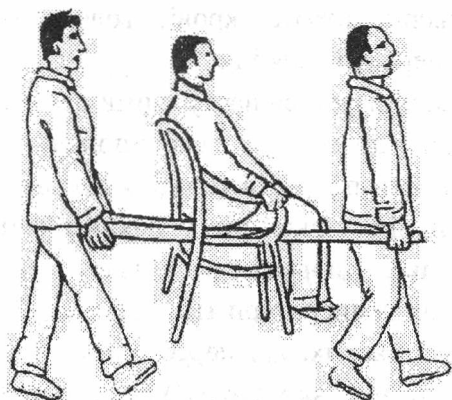


Рис.11. Перенесення хворого на стільці

**Загальна реакція організму при ушкодженнях
(шок, термінальний стан).**

Будь-яка травма викликає не тільки місцеве пошкодження тканин в області її впливу, а й відповідну реакцію у вигляді тих чи інших змін діяльності організму в цілому. Серед загальних

явищ, супутніх важких травм, найбільш частим буває травматичний шок.

Шок називається важкий загальний стан хворого, раптово виникає слідом за травмою: пригнічення нервової системи і всіх життєвих процесів організму, прогресивне катастрофічне падіння артеріального тиску.

Причини шоку вельми різноманітні, але тут нас цікавить так званий травматичний шок, що виникає при травмах. Будь-яке важке пошкодження, що супроводжується сильними больовими відчуттями, може викликати шок. Однак, найбільш часто вони спостерігаються при таких травмах, які супроводжуються великим розмозженням м'яких тканин, пошкодженням органів грудної та черевної порожнини або великих нервових стовбурів, роздроблення кісток, відривом кінцівок. Появі шоку можуть сприяти багато сприятливі фактори: охолодження, значна втрата крові, голодування, спрага, перевтома, психічні переживання і ін.

Травматичний шок характеризується наступними ознаками: повна байдужість потерпілого до всього навколишнього (при збереженні свідомості), блідість покривів (іноді з легким або сіруватим відтінком), холодний і липкий піт, слабкий і частий, іноді ниткоподібний пульс, поверхнєве, часте, іноді неправильне дихання, падіння температури тіла (іноді до 32-30 °) і артеріального тиску, для хворих, які перебувають в стані шоку, дуже характерно нерухоме ("як у трупа") вираз обличчя. Іноді відзначаються спрага, нудота або блювота. У більш рідкісних випадках при шоці спочатку можуть спостерігатися явища збудження.

Ступінь тяжкості шоківих явищ може бути різною. Найважча форма шоку переходить в так званий термінальний (граничний) стан.

Залежно від тяжкості розрізняють 4 ступеня травматичного шоку: 1) легкий ступінь: загальний стан хворого задовільний, блідість, пульс 90-110 ударів в хвилину; 2) середній ступінь: загальний стан важкий, хворий блідий, іноді неспокійний, шкіра покрита холодним потом, пульс 110-130 ударів в хвилину; 3) важкий ступінь: загальний стан хворого дуже важкий, пульс 130-160 ударів, з працею відраховувати, іноді ниткоподібний; 4) термінальний (граничний) стан, при якому зникає свідомість, пульс стає ниткоподібним, дихання частим і поверхневим. Термінальний стан часто закінчується смертю потерпілого.

Перша допомога: До потерпілого, який перебуває в шоківому стані, необхідно негайно викликати лікаря "швидкої допомоги". До прибуття лікаря потрібно зробити наступне:

1. Потерпілому забезпечити максимальний спокій не тільки всього організму, але і створення спокою для постраждалої частини тіла.

2. Дати потерпілому міцний гарячий чай, кава, вино або трохи горілки.

3. Зігріти потерпілого, що необхідно навіть в жарку пору: його кладуть в тепле приміщення, загортають, дають гаряче питво (міцний чай, солодку каву, вино), прикладають грілки до ніг. Таким чином, людина, яка надає першу допомогу при шоці повинна зробити, в основному, наступне: іммобілізувати пошкоджену частину тіла (при наявності рани-спочатку накласти стерильну пов'язку, а при сильній кровотечі-джгут), зігріти постраждалого (дати гаряче питво, укутати, покласти грілки)

Струс головного мозку.

Струс головного мозку порівняно більш рідкісна в порівнянні з забоями і вивихами, але яка загрожує дуже

важкими наслідками травма. По клінічній картині струсу мозку поділяють: на легкі, середньої тяжкості і важкі.

Струс, удавлення головного мозку та забій нерідко виникають при закритих ушкодженнях черепа (забиття голови, удар по голові, падіння і т. д.). Однак струс та забій головного мозку можуть спостерігатися і без пошкодження черепа. Струс головного мозку часто поєднується з його забоєм, виникає негайно після пошкодження. Що стосується явищ удавлення головного мозку, то вони зазвичай виникають через деякий проміжок після травми і залежать від внутрішньочерепного крововиливу і подальшого стискання головного мозку, що може спостерігатися при травмах черепа. Ознаки струсу і забиття головного мозку: втрата свідомості негайно слідом за травмою, часто блювота, блідість, очі відкриті, зіниці звужені, дихання поверхневе, пульс уповільнений, слабкий. Тривалість втрати свідомості залежить від ступеня струсу і забиття мозку і може коливатися від декількох хвилин до декількох годин і навіть днів. Приходячи до тями, потерпілий зазвичай не пам'ятає про те, що трапилося (втрата пам'яті) і скаржиться на головний біль, запаморочення, нудоту, шум у вухах, загальну слабкість, легку стомленість та ін. Якщо після травми втрата свідомості у потерпілого спостерігається більше години, то слід думати про забитті головного мозку. У цьому випадку додатково виникають так звані вогнищеві симптоми, які залежать від пошкодження тих чи інших відділів мозку: паралічі, парези, судомні посмикування і ін. Ознаки удавлення головного мозку з'являються не відразу після травми, а поступово-через деякий світлий проміжок (від однієї години до тижні і більше). У хворого виникають наполегливі і сильні головні болі, з'являється блювота.

Перша допомога: спокій, холод на голову, при зупинці дихання-штучне дихання. Потерпілому забороняється сидати і вставати. Виклик лікаря "швидкої допомоги".

Відсоток неблагополучних наслідків після струсів може бути істотно зниженим, якщо потерпілому своєчасно буде надана своєчасна долікарська допомога, яка повинна полягати в наступному.

Якщо у потерпілого є відкриті ушкодження, то необхідно обробити шкіру навколо них. Потім забинтувати рану стерильним бинтом і обережно покласти хворого на носилки в положенні лежачи на боці або на животі (так як можливий блювотний рефлекс). При цьому ногу, розташовану внизу, потрібно зігнути в колінному і тазостегновому суглобах. Саме такий стан необхідно в зв'язку з можливістю виникнення блювоти, яка при положенні на спині в несвідомому стані загрожує асфіксією-задухою. Потім необхідно покласти на голову холод, укрити потерпілого і забезпечити його доставку до лікарні.

Відновити заняття фізичними вправами після струсу головного мозку можна тільки з дозволу лікаря-невропатолога.

Пошкодження грудної клітки і органів грудної порожнини.

Дуже часто бувають переломи ребер, що виникають як від прямої (удари, падіння), так і непрямої травми (перегин ребра від удавлення грудної клітини). Розрізняють одиночні і множинні переломи, спостерігаються вони переважно в області V-VIII ребер. При переломах може виникнути пошкодження пристінної (реберної) плеври, міжреберних судин і нервів, а в важких випадках-навіть легкого, печінки, селезінки та ін.

Ознаки. Різка місцева біль, що підсилюється при пальпації, вдиху, кашлі, чханні, спробі здавити груди в поперечному або в

іншому напрямку і рухах. Поверхнєве дихання. Хворі зберігають вимушене положення.

Перша допомога. Перш за все, необхідно обмежити дихальні рухи грудної клітини шляхом накладення на неї тугий пов'язки (з бинтів, рушники або зі смуг липкого пластиру). Після надання першої допомоги хворого потрібно направити в медичний заклад або викликати лікаря "швидкої допомоги".

Теплові та сонячні удари.

Тепловий або сонячний удари найчастіше зустрічаються при заняттях фізичними вправами на відкритій місцевості при ясній, сонячній погоді

Ознаки. Головний біль, запаморочення, шум у вухах, слабкість, нудота, блювота. У важких випадках (тепловий удар) - оглушення, несвязна мова, гіперемія обличчя, різке почастішання дихання і пульсу підвищення температури тіла до 40 °. Іноді розлади свідомості, судоми, розширення зіниць, зниження рефлекторних реакцій.

Перша допомога. Необхідно негайно видалити хворого із зони перегрівання, зняти одяг, що стискує, укласти з піднятою головою. Холод на голову і область серця.

Перша допомога при виникненні гострих патологічних станів.

В процесі фізкультурно-спортивних занять можливий розвиток різних гострих патологічних станів, таких як: гравітаційний шок, ортостатичний колапс, травматичний шок, тепловий і сонячний удари.

Гравітаційний шок і ортостатичний колапс зовні виявляються у виникненні непритомного стану і серйозної загрози здоров'ю займаються як правило, не представляють. Найбільш часто непритомні стани розвиваються при тривалому

нерухомому стані (ортостатичний колапс) і при різкій зупинці після інтенсивного бігу (гравітаційний шок).

Надаючи першу допомогу при непритомних станах, необхідно покласти потерпілого на спину так, щоб голова перебувала нижче рівня тіла (ноги трохи підняті), усунути стримують елементи одягу (послабити краватку, розстебнути ремінь, сорочку). Потім потрібно організувати доступ свіжого повітря, якщо є під рукою нашатирний спирт змочить їм ватку і піднесить до носа потерпілого на 4-5 см, крім того, досить ефективним засобом при непритомності буде вплив на активні точки: розтирання вушних раковин, масаж активних точок мізинців.

Висновок

Представлене вище ознайомлення з причинами травматизму, видами травм, патологічних станів і заходами по їх профілактиці, свідчить про цілком реальну можливість їх попередження, для чого достатньо дотримуватися заходів безпеки, обережності в процесі фізкультурно-спортивних занять. Однак бувають різні ситуації, в яких неможливо передбачити отримання травми. У тих же випадках, коли вони все ж сталися, дуже важливо не розгубитися і вчасно надати долікарську допомогу.

Для цього кожна людина, яка займається фізичним вихованням і спортом повинна бути завчасно проінформованою про характер можливих травм, бути готовою до них психологічно і фізично, повинна знати порядок надання допомоги при отриманні травм.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3808-12>
2. Дутчак М. В. Методологічні засади організації фізичного виховання в навчальних закладах України / М. В. Дутчак, С. В. Трачук // Фізична активність, здоров'я і спорт, 2012.
3. Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня.
4. Стратегії та рекомендації щодо здорового способу життя і рухової активності: Збірник матеріалів ВОЗ / Е. В. Имас, М. В. Дутчак, С. В. Трачук. – Олимп. лит. – 2013.
5. Олексій Корнєєв: Перша медична допомога БАО 2013

Навчальне видання

Антипова Жанна Игоревна

Барсукова Тетяна Олександрівна

ПЕРША ДОЛЖАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Методичні рекомендації

Підп. до друку 02.01.2020. Формат 60х90/16. Папір офсетний.

Гарн. «Times» Друк цифровий. Ум. друк. арк. 2.

Наклад 100 пр.

Видавець Букаєв Вадим Вікторович

вул. Пантелеймонівська 34, м. Одеса, 65012.

Свідцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2783 від 02.03.2007 р.

Тел. 0949464393, 0487431393 email - 7431393@gmail.com