Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Институт физической культуры, спорта и туризма**

кафедра медико-биологических основ физической культуры и оздоровительных технологий

**РЕФЕРАТ**

по Основам медицинских знаний

**Травмы в спорте**

Преподаватель

Студент

ВФК1205

Красноярск 2012г.

**Оглавление**

Введение

1[.](#_Toc259117522)Травмы в спорте

[2.Классификация переломов](#_Toc259117524)

3. Оказание первой помощи

Заключение

Список литературы

Введение

Актуальность данной работы определяется тем, что возрастающее значение систематических занятий физическими упражнениями, связанное с глубокими изменениями образа жизни человека, требует разработки мероприятий, способных обеспечить высокую эффективность использования средств физической культуры и спорта для укрепления здоровья и повышения работоспособности широких масс населения.

Особая важность проблема здоровья для спортсменов, на пути становления спортивного мастерства необходимо проявить много упорства, преодолеть значительные по объему и интенсивности тренировочные нагрузки, которые предъявляют исключительно высокие требования к организму. Поэтому даже незначительные на первый взгляд нарушения учебно-тренировочного процесса приводят иногда к травмам и заболеваниям, в ряде случаев - тяжелым. Подобная ситуация породила среди многочисленных любителей спорта твердое убеждение в том, что занятия большим спортом неизбежно должны сопровождаться травмами.

В то же время наиболее актуальной и важной задачей в дальнейшем развитии спорта является снижение травматизма, факторов риска при занятиях физическими упражнениями. Основной путь здесь - профилактика травм и заболеваний в самом широком смысле этого слова.Спорт беспрерывно увеличивает пределы возможного в развитии силы, быстроты, выносливости, ловкости, упорства, воли. Чемпионы являются отличным примером для подражания для многих миллионов людей. Их пример дисциплинирует, воспитывает характеры, чувство ответственности, патриотизм. Сама суть соревнований дает ни с чем не сравнимый эмоциональный заряд и спортсменам, и зрителям.

Эффективность борьбы с травмами в спорте во многом зависит от согласованности работы врачей, тренеров и самих спортсменов. При этом на тренера возлагается основная функция в реализации практических мер по профилактике травм и проведении специальных реабилитационных мероприятий после повреждений и заболеваний. Для решения этих задач им необходимо знать основные проявления, причины и условия, при которых возникают различные травмы, и разбираться в особенностях проведения специальной реабилитации у спортсменов. Кроме того, тренеры должны уметь правильно оказывать первую помощь, так как от ее умелого оказания во многом зависит результат лечения и сроки восстановления спортивной работоспособности.

С учетом указанных проблем был сделан выбор темы «Травмы в спорте».

**Задачи** данной работы:

1. Изучить травмы в спорте
2. Раскрыть классификацию переломов
3. Рассмотреть оказание первой помощи
4. **Травмы в спорте**

Вопрос, почему возникает травма, интересует специалистов, работающих в различных областях спорта, - научных работников, врачей, тренеров, спортсменов. Однако чаще всего этот вопрос задает спортивный травматолог. Ведь, к сожалению, у кабинета травматолога всегда очередь. И это результат не только слабой организационно-методической работы или следствие недочетов в работе врача. Просто тенденция роста обращений к травматологу связана в первую очередь с увеличением числа занимающихся физической культурой и спортом, значительно возросшими требованиями к спортивным результатам.

Повышая эффективность учебно-тренировочного процесса, тренер не должен забывать о раннем выявлении и устранении причин, вызывающих то или иное патологическое состояние спортсмена.

Согласно принятой классификации, имеется 5 групп причин, которые приводят к травмам и заболеваниям у спортсменов[2]:

1. Недостатки в организации и методике учебно-тренировочных занятий и соревнований.
2. Неудовлетворительное состояние мест занятий, оборудования, спортивного инвентаря, одежды и обуви спортсменов.
3. Неблагоприятные санитарно-гигиенические и метеорологические условия при проведении учебно-тренировочных занятий и соревнований.
4. Нарушение правил врачебного контроля.
5. Нарушение спортсменами дисциплины и установленных правил во время тренировок и соревнований.

В основе происхождения спортивной травмы, так же как и в любой другой форме патологии, лежат объективные и субъективные факторы, каждый из которых в одном случае может быть причиной повреждения, а в другом - условием его возникновения. Здесь следует учитывать, кроме того, характер и локализацию травмы, находящиеся в зависимости от квалификации и возраста спортсмена.

Более высокая вероятность получения травмы имеется у спортсменов игровых видов спорта, где технические приемы и тактические действия выполняются в условиях активного противодействия соперника. Противодействие соперника приводит к постоянному изменению условий игры (притом, что задуманные, запланированные действия отдельного игрока и команды в целом заставляют выполнять технические приемы в сложных, иногда рискованных ситуациях).

Все спортивные игры делятся на группы со схожими признаками: с непосредственным соприкосновением с соперником и без такового, с поощрением агрессивности игроков и с ее ограничением[1].

К группе с малой вероятностью получения травмы можно отнести такие спортивные игры, как настольный теннис, теннис, бадминтон, волейбол. В них спортсменам запрещено непосредственно соприкасаться друг с другом, и во время игры их разделяет сетка. Однако игрок имеет право нанести сильный и точный удар мячом по сопернику, находящемуся в неудобном положении.

К группе со средней вероятностью получения травмы относятся те спортивные игры, в которых спортсмены могут непосредственно соприкасаться друг с другом (футбол, баскетбол, ручной мяч - гандбол, хоккей с мячом, водное поло). В них игроки могут вступать в единоборство, оказывая силовое давление на соперника. В этих видах спорта правилами строго ограничивается грубый физический контакт между соперниками. Но даже в рамках существующих правил, соперники имеют возможность осуществлять определенные формы физической агрессивности.

К группе с большой вероятностью получения травмы относятся такие спортивные игры, как регби и хоккей с шайбой, где отдельные игровые моменты носят характер жесткого единоборства и требуют от спортсменов большого физического напряжения и особых психических усилий. Так, правилами игры хоккеистам разрешается применять силовые приемы: остановку (толчок) противника грудью, толчок противника плечом и верхней частью бедра и т. п. Потому игрок должен быть готовым к столкновениям, падениям, ушибам.

К этой же группе относятся бокс, все виды борьбы и фехтование. В них осуществляется постоянный непосредственный контакт между соперниками с проявлением физической агрессивности, который является обязательным компонентом спортивного поединка. В пределах существующих правил, спортсмены вступают в единоборства, оказывая на соперника жесткое силовое давление, совершают толчки и наносят удары, используют различные приемы психологического воздействия.

И все же самая высокая психоэмоциональная напряженность присуща видам спорта, связанным с риском получения тяжелой травмы, - акробатике, гимнастике, прыжкам на лыжах с трамплина, прыжкам в воду, горнолыжному спорту, альпинизму, авто- и мотоспорту, велоспорту.

Делая вывод, следует отметить, что профилактике травм в спорте уделяется еще мало внимания и отсутствует активная пропаганда необходимости профилактических мероприятий как составной части тренировочного процесса. Поэтому спортсмены негативно относятся к мерам профилактики и вспоминают о них, только получив травму.

1. **Классификация переломов**

Переломы – полные или частичные нарушения кости. Кость хотя и является наиболее твердой из всех тканей организма, тем не менее, ее прочность также имеет определенные границы. Переломы могут возникать как вследствие травмы, так и в результате различных заболеваний, сопровождающихся изменениями в прочностных характеристиках костной ткани. Тяжесть состояния при переломах обусловлена размерами повреждённых костей и их количеством. Множественные переломы крупных трубчатых костей приводят к развитию массивной кровопотери и травматическому шоку. Также больные после таких травм медленно восстанавливаются, выздоровление может занять несколько месяцев.

Перелом кости является довольно распространённым типом травмы

Типы переломов классифицируют по нескольким критериям, это связано с отсутствием единых причин и локализации переломов. В современных классификациях выделяют типы переломов в зависимости от следующих признаков[2]:

1. *По причине возникновения* делятся на патологические и травматические. Патологические - переломы в месте измененной каким-либо патологическим процессом костной ткани. Процесс, повреждающий костную ткань, чаще всего представляет собой опухоль, кисту в костной ткани. Часто ломаются кости у пожилых женщин, страдающих разрежением костной ткани – остеопорозом, в результате которого ткань костей становится хрупкой и ломается от небольших нагрузок. Травматические – переломы, возникающие в результате внезапного воздействия значительной механической силы на здоровую кость.
2. *По тяжести поражения*– полные переломы характеризуются полным разъединением кости на всю ее длину или ширину. Полные переломы очень часто сопровождаются смещением отломков кости в различных направлениях. Это происходит в результате воздействия травмирующего факторов, а также под действием возникающего после травмы сокращения мышц. Полные переломы без смещения встречаются сравнительно редко, главным образом у детей. Нарушение целостности кости может быть и неполным, в этом случае возникает трещина, надлом, дырчатый дефект ткани кости.
3. *По форме и направлению перелома* различают поперечные, продольные, косые, винтообразные, оскольчатые, фрагментарные, раздробленные, вколоченные, компрессионные и отрывные переломы. В области эпифизов или эпиметафизов наблюдается Т - и V-образные переломы.
4. *По целостности кожных покровов* - открытые и закрытые переломы.Закрытый перелом – это перелом с неповрежденной целостностью кожных покровов. Открытые переломы костей - это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять опасность для жизни пострадавшего вследствие частого развития травматического шока, кровопотери, возможности инфицирования с формированием тяжелой флегмоны конечности (в том числе анаэробной) и сепсиса. Механизм травмы у большинства пострадавших прямой (наезд трамвая, поезда, автомобильная авария, попадание в движущиеся механизмы на производстве). Реже ранение мягких тканей и кожи происходит изнутри острым костным отломком. Открытые переломы могут быть первично- и вторично-открытыми. При первично-открытом переломе травмирующая сила действует непосредственно на область повреждения, травмируя кожу, мягкие ткани и кости. В подобных случаях возникают открытые переломы нередко с большой кожной раной, обширной зоной повреждения мягких тканей и оскольчатым переломом кости. При вторично-открытом переломе рана мягких тканей и кожи возникает в результате прокола острым отломком кости изнутри, что сопровождается образованием кожной раны и зоны повреждения мягких тканей меньших размеров. Встречаются переломы единичные и множественные, а так же сочетанные, если кроме переломов костей имеются и повреждения внутренних органов.
5. *По осложнениям*– осложненные и неосложненные переломы. Переломы могут быть осложнены травматическим шоком, повреждением внутренних органов, кровотечением, жировой эмболией, раневой инфекцией, остеомиелитом, сепсисом.

Делая вывод выше сказанному еще раз отметим что переломы — это нарушение анатомической целостности ко­сти, вызванное механическим воздействием, с повреждением окружающих тканей и нарушением функции поврежденного сегмента тела, существует множество классификаций переломов ну как нам кажется, для спортивной медицине подходит указанная в данном параграфе[4].

1. **Оказание первой помощи**

Качество и особые условия оказания первой помощи, ее своевременность с учетом специфики травмы отражаются на эффективности дальнейшего лечения.

При оказании первой травматологической помощи следует учитывать условия получения травмы[3]: 1) во время соревнования или тренировки на стадионе, в спортивном зале, плавательном бассейне и т. п. в присутствии спортивного врача или дежурного персонала медпункта;

2) во время соревнования или тренировки на спортивной площадке, в спортивном зале, в бассейне и т. п. при отсутствии врача или дежурного персонала в медпункте. Во втором случае время от момента возникновения травмы до оказания первой помощи должно быть предельно сокращено, а на тренера возлагается обязанность по оказанию первой помощи.

В каждом спортивном зале, на любом спортсооружении (открытом или закрытом) должна быть аптечка первой помощи. Она содержит (строго ограничено) только средства, необходимые для оказания непосредственно первой помощи. К ним относятся: индивидуальные пакеты, кровоостанавливающий жгут, настойка йода, марлевые бинты, зеленка, вата, лейкопластырь, хлорэтил, нашатырный спирт, перекись водорода, вазелин, ножницы.

Кроме того, каждому тренеру желательно иметь свою личную переносную аптечку, в которой должны быть бинт, вата, перекись водорода, настойка йода, зеленка, лейкопластырь, бактерицидный пластырь, нашатырный спирт, медицинский клей БФ-б, маленькие ножницы, противовоспалительные и согревающие мази, вазелин.

Ниже приводятся основные правила обследования травмированных спортсменов[4]:

1. Пострадавшего отводят или относят в удобное для осмотра место. Предлагают раздеться или раздевают, обнажая поврежденную область. Желательно для сравнения обнажить и симметричную здоровую область. Затем его укладывают или усаживают в удобное для осмотра положение.

2. Если тренер сам не видел момента получения травмы, то он должен выяснить обстоятельства, при которых она возникла, а также ее механизм и возможные причины. Затем выслушивают жалобы пострадавшего, уточняя характер боли. Хотя болевой синдром и не является ведущим в распознавании характера травмы, так как различные люди по-разному воспринимают и переносят боль, но он все же может дать некоторые сведения об особенностях повреждения. Так, например, если для ушибов мягких тканей характерна небольшая разлитая боль, то для переломов костей, наоборот, резкая локальная боль в зоне травмы.

3. Затем переходят к осмотру. При осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов, их цвет, наличие ран, кровоподтеков, припухлостей, деформаций и т. п.

4. Вслед за осмотром, а практически одновременно с ним проводят пальпацию (ощупывание) кистью, кончиками пальцев или кончиком одного указательного пальца. При этом определяют положение костей и их суставных концов, деформацию и дефекты в мягких тканях, болевые точки, наличие патологической жидкости в суставах. Именно пальпация позволяет выявить резкую локальную боль при переломах, разрывах мышц и сухожилий.

5. В заключение переходят к функциональному обследованию (например, поврежденной конечности). Вначале идет своеобразный тест на активные движения, т. е. те движения, которые пострадавший может сделать сам. Отсутствие или резкое их ограничение свидетельствует о тяжелой травме (переломе, вывихе и т. п.). При более легких повреждениях (ушибы, поврежденные связки) активные движения, хотя болезненны и несколько ограничены, но все же возможны. Тест на пассивные движения проводится при осторожном усилии со стороны обследующего. Он разгибает и сгибает, например, поврежденный сустав пострадавшего до тех пор, пока тот не почувствует боль либо возникнет препятствие для совершения движения в суставе или пока не появится так называемая ненормальная подвижность. Отсутствие или резкое ограничение как активных, так и пассивных движений говорит о тяжелой травме.

*Раны.* Раной считается нарушение целости кожи, слизистых оболочек. Различают поверхностные и глубокие раны.

К поверхностным ранам относятся экскориации, когда повреждены только верхние слои кожи, ссадины, когда повреждены все слои кожи, и потертости, когда повреждены верхние и все остальные слои кожи. При поверхностных ранах из-за повреждения мельчайших кровеносных сосудов возникает капиллярное кровотечение - на всей поверхности раны сочится кровь, по цвету средняя между артериальной и венозной.

При глубоких ранах повреждены подлежащие ткани - подкожная клетчатка, мышцы. Глубокие раны, как правило, сопровождаются артериальным кровотечением, наиболее опасным и возникающим при повреждении более или менее крупных артерий (оно распознается по характерному пульсирующему выбрасыванию из раны струи ярко-красной крови), или венозным кровотечением, возникающим при повреждениях более или менее крупных вен (кровь темно-синего цвета, вытекает из раны медленной непрерывной струей).

Для выявления болевых точек используют следующий прием: указательным пальцем производят медленное скользящее движение, начиная со здорового участка и двигаясь вдоль кости, мышцы, сухожилия; при этом в зоне перелома или разрыва мышцы пострадавший ощущает резкую боль, которая довольно точно указывает локализацию и уровень повреждения.

При переломах пальпация дает характерную, так называемую боль на протяжении, которая появляется при давлении и поколачивании по длине (оси) конечности вдали от зоны (области) травмы. Так, поколачивание по пятке вызывает острую боль в области перелома голени.

*Первая помощь при ушибах и повреждениях мышц, связок и сухожилий*

При ушибах и повреждениях мышц, связок и сухожилий спортсменам оказывается первая помощь по определенной, стандартной схеме.

Прежде всего, на поврежденную область (зону) воздействуют холодом. Он сужает кровеносные сосуды, тем самым уменьшая приток крови к месту травмы. В результате задерживается дальнейшее кровоизлияние, припухлость, что, в свою очередь, уменьшает боль.

Охлаждающими средствами могут быть струя холодной воды, салфетки или полотенца, смоченные холодной водой, снег и лед, завернутые в несколько слоев марли, полотенце или положенные в полиэтиленовый пакет. Эффект охлаждения достигается при постоянном воздействии в течение 40-60 мин.

Для быстрого охлаждения в спортивной практике чаще всего применяется хлорэтил: во избежание ожогов кожу в зоне травмы предварительно смазывают вазелином или кремом, затем с расстояния 10-15 см производят орошение его струей хлорэтила до появления инея. После исчезновения инея процедуру повторяют еще 2-3 раза.

Сразу же после процедуры охлаждения накладывают тугую фиксирующую повязку, которая, так же как и замораживание, препятствует нарастанию кровоизлияния. Сдавливая мягкие ткани и сосуды, такая повязка стимулирует защитные ресурсы организма. Кроме того, она обеспечивает покой травмированной зоне. Повязка делается из марлевых или эластичных бинтов. При наложении фиксирующей повязки поврежденной части тела придается неподвижное, среднефизиологическое положение. Оказывающий первую помощь должен находиться перед пострадавшим, чтобы по выражению его лица видеть, не причиняет ли бинтование боль. Бинтование производится снизу вверх, бинт развертывается в одном направлении и плотно охватывает соответствующий участок таким образом, чтобы последний оборот перекрывал предыдущий на две трети его ширины. Конечную часть бинта обычно укрепляют вверху, на здоровой стороне, где узел не будет беспокоить пострадавшего. Окончив бинтование, необходимо проверить правильность наложения повязки, спросить у пострадавшего, не слишком ли туго она наложена. Если травмирована верхняя или нижняя конечность, при оказании первой помощи следует придать ей возвышенное положение: оно уменьшает приток крови к зоне травмы и в то же время улучшает отток от нее, уменьшает отек и снижает болевой синдром.

Первая помощь при ушибах мягких тканей лица отличается некоторыми особенностями. Клинические проявления ушиба выражаются в припухлости и изменении окраски кожи. Ушибы в области лба, где кожа малоподвижна, характеризуются развитием ограниченного выбухания из-за скапливания излившейся крови. Сразу же после удара в область лица трудно определить размеры повреждения. Так, вначале виден кровоподтек только в зоне травмы, но через несколько часов он становится значительно шире.

Пострадавший не должен сморкаться, так как носовая полость сообщается с верхнечелюстными, лобными, решетчатыми и основной пазухами, образуя систему придаточных пазух носа, поэтому резкое повышение давления в них вызывает дополнительное кровотечение в области повреждения.

Первая помощь при ушибах лица заключается в местном применении холода. Салфетку или полотенце, смоченные холодной водой, лед (снег), завернутые в несколько слоев марли, прикладывают к ушибленному месту и оказывают постепенно возрастающее давление в течение 1 мин, затем делают небольшой перерыв и вновь повторяют процедуру еще 3-4 раза. Прямое орошение лица струей хлорэтила категорически запрещается во избежание ожогов кожи и попадания его в глаза, что может привести к тяжелым осложнениям. Хлорэтилом можно пользоваться только предварительно заморозив смоченную в холодной воде салфетку.

После воздействия холодом для уменьшения отека и рассасывания гематомы на поврежденную область накладывается до полного всасывания одна из противовоспалительных мазей. Процедура повторяется 2-3 раза. На следующий день мазь можно втирать легкими массирующими движениями. Если имеется ограниченное кровоизлияние в области ушной раковины или лба, то после проведенных мероприятий нужно наложить давящую повязку.

*Первая помощь при ранах*

В спортивной практике чаще всего встречаются поверхностные раны как результат падений или трения (о спортивные снаряды и спортивную одежду). При этом всегда имеется угроза вторичного инфицирования раны с дальнейшим развитием острогнойных заболеваний. Поэтому оказывающий первую помощь должен предупредить проникновение гноеродных микробов в рану и их дальнейшее развитие.

Глубокие раны при занятиях спортом чаще всего возникают в результате несчастных случаев и встречаются довольно редко. Первая помощь заключается в остановке кровотечения и предупреждении попадания инфекции в рану путем наложения давящей стерильной повязки. Перед этим, если позволяют условия, желательно смазать кожу вокруг раны раствором бриллиантовой зелени или йодной настойкой. Затем кистью левой руки оказывающий помощь должен захватить как можно большую площадь мягких тканей вокруг раны и постараться максимально свести ее края, правой же рукой он плотно фиксирует стерильную салфетку марлевым бинтом. После наложения повязки необходимо придать поврежденной области, например верхней или нижней конечности, возвышенное положение.

Если кровотечение не удается остановить давящей повязкой, то для временной его остановки пользуются жгутом.

При временной остановке кровотечения необходимо срочно доставить пострадавшего в специализированное медицинское учреждение. При транспортировке для снятия болевого синдрома травмированную верхнюю конечность подвешивают на косынке, а на нижнюю конечность накладывают шину из подручных материалов.

Особого внимания при оказании первой помощи требуют раны в области лица. Возникают они в результате столкновения головами или ударов в тех видах спорта, где есть непосредственный контакт между спортсменами. Раны на лице чаще всего бывают с ровными краями, напоминают резаные и поэтому называются рассечениями.

При оказании первой помощи лицевые раны обрабатываются перекисью водорода и осушаются. Затем стерильной салфеткой захватывают кожу вокруг раны большим и указательным пальцами и легкими нажимами стараются выдавить кровь со дна раны . При этом края раны равномерно и довольно плотно слипаются на всю глубину рассечения, что не требует дополнительной репозиции. Края раны фиксируют заранее вырезанными полосками лейкопластыря длиной 25 и шириной 2 мм. Расстояние между отдельными полосками должно быть не более 6-7 мм. Подобная повязка обеспечивает надежную фиксацию и способствует первичному заживлению раны. При хорошем кровоснабжении рана заживает на 4-5-й день. Остается тонкий, ровный шрам, не выступающий над уровнем кожи, что отличает его от рубцов, которые остаются после сшивания краев раны шелком, капроном, конским волосом и т. п.

При больших рассечениях рекомендуется наложить другую повязку: из лейкопластыря вырезаются два равнобедренных треугольника, перемычка которых должна приходиться на область раны; вначале фиксируют на коже нижние треугольники, затем, подтягивая нижний край раны за верхние треугольники, тщательно сопоставляют края раны и фиксируют верхние треугольники. Широкое основание этих повязок обеспечивает более надежную фиксацию.

Носовые кровотечения возникают в результате повреждений носа. Интенсивность кровотечения зависит как от индивидуальных особенностей строения слизистой оболочки носа, так и от характера травмы. Наиболее обильные кровотечения наблюдаются при переломах костей носа, повреждениях хрящевой перегородки, значительных разрывах слизистой. Чаще всего кровотечение возникает из переднего отдела носа на расстоянии 0,5-1 см от входа в носовую полость.

При оказании помощи пострадавшего сажают на стул так, чтобы он не запрокидывал голову. В полость кровоточащей ноздри вставляется ватный или марлевый тампон, смоченный 3% раствором перекиси водорода, одновременно на область переносицы накладывается салфетка, охлажденная водой или хлорэтилом, а ноздря на стороне повреждения прижимается.

Если все попытки остановить носовое кровотечение оканчивается неудачно, необходимо произвести тампонаду переднего отдела носового хода и срочно направить спортсмена к отоларингологу.

*Первая помощь при переломах*

Первая помощь заключается в замораживании поврежденного участка и его фиксации.

Фиксация заключается в создании максимального покоя травмированной зоны. Это необходимо для того, чтобы при транспортировке или перемещении пострадавшего не причинить ему боли и не вызвать дополнительной травмы, например травмы мягких тканей острыми осколками костей или смещения вывиха.

Основное правило иммобилизации для большинства переломов - наложение транспортной шины таким образом, чтобы она захватывала не менее двух суставов - ниже и выше перелома. Например, при переломах костей голени шина обязательно должна захватывать голеностопный и коленный суставы, при переломах предплечья - лучезапястный и локтевой суставы. Переломы таких больших костей, как бедренная и плечевая, требуют фиксации трех суставов: бедренная - голеностопного, коленного и тазобедренного, плечевая - лучезапястного, локтевого и плечевого.

Для иммобилизации верхних и нижних конечностей применяются стандартные шины. Если же их под рукой нет, можно использовать любые подходящие для этой цели предметы: куски фанеры, твердого картона, доски, полки и т. п.; при переломах кисти и предплечья рука может быть подвешена на косынке, при переломах плечевой кости рука прибинтовывается к туловищу, при переломах нижней конечности травмированная нога прибинтовывается к здоровой.

При иммобилизации верхней конечности рука должна быть согнута в локтевом суставе под прямым или острым углом и повернута ладонью к животу, при иммобилизации нижней конечности нога выпрямляется в коленном суставе и стопа устанавливается под прямым углом по отношению к голени.

*Первая помощь при потере сознания*

Потеря сознания у спортсменов наступает из-за: 1) травматических повреждений головного мозга в результате ударов, столкновений, падений и т.п.; 2) нарушения кровоснабжения мозга, связанного с изменениями объемов физических нагрузок и сопутствующими неблагоприятными факторами.

Травмы головного мозга чаще всего возникают в авто, мото. и велоспорте, верховой езде, санном, горнолыжном спорте, прыжках на лыжах с трамплина в результате падений на большой скорости или ударов о твердые предметы. В спортивных играх помимо столкновений и ударов можно получить удар в голову летящими с большой скоростью мячом или шайбой, а в легкой атлетике - метательными снарядами. Кроме того, в легкой атлетике возможна травма головы из-за неудачного приземления после прыжка, а в гимнастике и акробатике - при падении или неудачном соскоке со снаряда. Различают сотрясения, ушиб и сдавление головного мозга. Характерные признаки сотрясения - потеря сознания, головокружение, рвота, нарушение дыхания (частое, поверхностное) и пульса (замедление, напряжение), бледность покровов, а также ретроградная амнезия, выражающаяся в выпадении из памяти пострадавшего всего отрезка времени непосредственно перед травмой и включая ее. Тяжесть перечисленных симптомов зависит от степени сотрясения мозга. Легкую степень сотрясения мозга отличает кратковременная потеря сознания (иногда в течение нескольких секунд), при средней потеря сознания может длиться несколько часов, при тяжелой сознание теряется на длительное время, иногда на несколько дней.

Ушиб головного мозга возникает непосредственно в зоне травмы. Так, ушибы и сотрясения мозга в большинстве случаев появляются при одной и той же травме и протекают одновременно и параллельно, а в ряде случаев и в определенной последовательности. Определяющими признаками ушибов мозга являются двигательные и чувствительные расстройства. Как симптомы ушибов они держатся довольно долго.

Тяжелая травма головного мозга сопровождается внутричерепным кровоизлиянием и носит название сдавление головного мозга. Клинически оно проявляется усиливающимися головными болями, общей физической слабостью, неоднократной рвотой, кратковременным возбуждением, сужением зрачков, их слабой реакцией на свет, резким и напряженным пульсом, учащенным дыханием.

Делая вывод, хочется сказать

Способы оказания первой помощи различаются в зависимости от вида травмы и состояния пострадавшего.

Главное не растеряться в трудной ситуации, легко определить, вид травмы перед нами или просто ушиб, оказать помощь, которая действительно поможет человеку, а не сделает только хуже.

Основные приемы и способы оказания первой доврачебной помощи должны быть известны каждому. В этом случае такие, даже элементарные, но всё же пока действенные советы помогут уберечь себя и окружающих от лишних травм и их последствий[2].

**Заключение**

Особая важность проблема здоровья для спортсменов, на пути становления спортивного мастерства необходимо проявить много упорства, преодолеть значительные по объему и интенсивности тренировочные нагрузки, которые предъявляют исключительно высокие требования к организму. Поэтому даже незначительные на первый взгляд нарушения учебно-тренировочного процесса приводят иногда к травмам и заболеваниям, в ряде случаев - тяжелым. Подобная ситуация породила среди многочисленных любителей спорта твердое убеждение в том, что занятия большим спортом неизбежно должны сопровождаться травмами.

В то же время наиболее актуальной и важной задачей в дальнейшем развитии спорта является снижение травматизма, факторов риска при занятиях физическими упражнениями. Основной путь здесь - профилактика травм и заболеваний в самом широком смысле этого слова.

Оказание первой медицинской помощи входит в прямые обязанности каждого медицинского работника, тем не менее, необходимо, чтобы тренера были обучены простейшим способам оказания первой, до врачебной помощи и могли бы при необходимости использовать свои навыки.

Главное не растеряться в трудной ситуации, легко определить, вид травмы перед нами или просто ушиб, оказать помощь, которая действительно поможет спортсмену, а не сделает только хуже**.**

**Список литературы**

1. Валеология: Учебно-методический комплекс. - Новосибирск: НГУЭУ, 2008. - 108 с.
2. Древинг Е.Ф. Травматология (Методика занятий физической культурой) М.: изд-во «Познавательная книга плюс»,2005.- 224с.
3. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учебник для студентов вузов / В.И. Дубровский. – М.: ВЛАДОС,2006. – 480 с.
4. Макарова Г.А.Спортивная медицина: Учебник. - М.: Советский спорт, 2003. – 480
5. Погадаев М.Е. Физиолого-гигиеническая оценка тренировочной деятельности студентов-спортсменов: Дис. канд. биол. наук / М.Е. Погадаев. – ВолГМУ. – 2006. – 162 с.