

Модуль 5. Руководство обеспечением безопасности при осуществлении спортивной подготовки

Тема 1. Законодательство РФ об обеспечении безопасности в спорте

На сегодняшний день безопасности при осуществлении спортивной подготовки и при проведении соревнований уделяется серьезное внимание и в сфере организации работы по охране труда, и в сфере предупреждения травматизма спортсменов и работников. Но все же безопасность тренировочных и соревновательных процессов до сих пор, к сожалению, оставляет желать лучшего.

Пункт 6 ст. 3 [Федерального закона о спорте](#) провозглашает *принцип обеспечения безопасности жизни и здоровья* лиц, занимающихся физической культурой и спортом, а также участников и зрителей физкультурных и спортивных мероприятий.

Согласно п. 10 ст. 6 того же Закона к полномочиям Российской Федерации в области физической культуры и спорта относится в том числе медико-биологическое и медицинское обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации.

В соответствии с ч. 1 ст. 39 Федерального закона о спорте медицинское обеспечение лиц занимающихся физической культурой и спортом, включает в себя:

1. систематический контроль за состоянием здоровья этих лиц;
2. оценку адекватности физических нагрузок этих лиц состоянию их здоровья;
3. профилактику и лечение заболеваний этих лиц и полученных ими травм, их медицинскую реабилитацию;
4. восстановление их здоровья средствами и методами, используемыми при занятиях физической культурой и спортом.

Согласно ч. 2 ст. 39 Федерального закона о спорте организаторы физкультурных и (или) спортивных мероприятий обязаны осуществить обеспечение медицинской помощью их участников.

Постановлением Правительства РФ от 17 октября 2009 г. № 812 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» функции по медико-биологическому обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации были переданы из Минспорттуризма России в систему органов исполнительной власти в области здравоохранения -

Минздравсоцразвития России и подведомственное ему Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России), что существенно изменило подходы к медицинскому обеспечению физической культуры и спорта в Российской Федерации.

Указом Президента РФ от 21 мая 2012 г. № 636 «О структуре федеральных органов исполнительной власти» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации преобразовано в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Согласно Положению о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденному постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608, Минздрав России самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:

- порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом;
- порядок проведения предварительного медицинского осмотра, на основании которого органом опеки и попечительства выдается разрешение на заключение трудового договора со спортсменом, не достигшим возраста 14 лет;
- порядок медико-биологического, медицинского обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации;
- порядок прохождения медицинского осмотра лицом, желающим пройти спортивную подготовку;
- перечень медицинских противопоказаний к участию в спортивных мероприятиях с учетом особенностей соответствующего вида (видов) спорта (спортивных дисциплин);
- порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров спортивных сборных команд Российской Федерации.

На ФМБА России возложены функции:

- по реализации медицинского обеспечения сборных команд - медико-санитарное и медико-биологическое обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва, включая проведение углубленного медицинского обследования спортсменов;
- организационно-методическое руководство и координация деятельности организаций здравоохранения по спортивной медицине в нашей стране.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 августа 2010 г. № 613н утвержден Порядок оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий (далее также - Порядок).

Оказание медицинской помощи лицам, занимающимся спортом, включает:

- динамическое наблюдение (текущее медицинское наблюдение, периодические медицинские осмотры, углубленные медицинские обследования, врачебно-педагогические наблюдения) за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом (в том числе и массовым спортом), и оформление специалистами соответствующего медицинского заключения о допуске к занятиям физической культурой и спортом (в том числе и массовым спортом), спортивным соревнованиям (далее также - допуск);
- оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при проведении спортивных мероприятий (спортивных соревнований, учебно-тренировочных мероприятий), занятий физической культурой и спортом (в том числе и массовым спортом).

Оказание медицинской помощи при проведении восстановительных мероприятий спортсменам после интенсивных физических нагрузок, после заболеваний и травм включает в себя мероприятия по увеличению и сохранению спортивной (общей и специальной) работоспособности, проведение реабилитационных мероприятий по восстановлению здоровья.

Медицинский осмотр (обследование) для допуска к занятиям физической культурой и к участию в массовых спортивных соревнованиях осуществляется в амбулаторно-поликлинических учреждениях, отделениях (кабинетах) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины) врачом-терапевтом (педиатром), врачом по лечебной физкультуре, врачом по спортивной медицине с учетом положений, изложенных в Порядке.

Медицинский осмотр (обследование) и оформление медицинского заключения о допуске к занятиям спортом и к участию в спортивных соревнованиях осуществляются в отделениях (кабинетах) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины) врачом по лечебной физкультуре и врачом по спортивной медицине на основании результатов этапных (периодических) и углубленных

медицинских обследований, проведенных в рамках оказания медицинской помощи при проведении учебно-тренировочных мероприятий.

В соответствии с результатами медицинских осмотров (обследований), как предварительных, так и периодических, трудовой договор со спортсменом может быть либо не заключен вовсе, либо расторгнут по причинам несоответствия состояния здоровья спортсмена предъявляемым к нему как тренировочным, так и соревновательным нагрузкам.

Оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины).

Отделения (кабинеты) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурные диспансеры (центры лечебной физкультуры и спортивной медицины) осуществляют свою деятельность в соответствии с Порядком.

Диспансерное наблюдение за лицами, занимающимися физической культурой и спортом, осуществляется отделениями (кабинетами) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурными диспансерами (центрами лечебной физкультуры и спортивной медицины).

Оказание медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных соревнований включает оказание скорой и первичной медико-санитарной помощи участникам соревнований: спортсменам, специалистам, работающим со спортсменами, организаторам соревнований, зрителям, персоналу спортивных сооружений. При проведении соревнований международного и федерального уровней также учитываются действующие международные нормы по обеспечению спортивных соревнований.

Оказание медицинской помощи спортсменам - участникам соревнований проводится в целях сохранения здоровья и предупреждения травматизма силами медицинского пункта объекта спорта.

Организаторы спортивных соревнований при их проведении предусматривают решение следующих положений:

- допуск к соревнованиям спортсменов - участников соревнований;
- оценка мест проведения соревнования и тренировок;

- порядок задействования и координации медицинских организаций, участвующих в оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи участникам соревнований;
- обеспечение первой и скорой медицинской помощью;
- определение мест и путей медицинской эвакуации;
- ознакомление медицинского персонала и представителей команд (спортсменов) с организацией оказания медицинской помощи;
- ведение медицинских и статистических форм учета и отчетности по заболеваемости и травматизму участников соревнований;
- подготовка итогового статистического отчета обо всех случаях заболеваемости и травматизма участников соревнований.

Оказание скорой медицинской помощи спортсменам при проведении физкультурных и спортивных мероприятий осуществляют силами выездной бригады скорой медицинской помощи.

Для экстренной эвакуации спортсмена обеспечивают беспрепятственный доступ медицинских работников к месту выступления спортсменов.

При проведении спортивных соревнований с участием спортсменов с ограниченными возможностями здоровья предусматривают соответствующие условия для оказания медицинской помощи указанным категориям лиц.

Оказание медицинской помощи при проведении спортивных соревнований включает этапы: предварительный, непосредственного медицинского обеспечения соревнований и заключительный.

На *предварительном этапе* создается медицинский комитет (врачебная бригада) соревнований в целях допуска спортсменов к соревнованиям, оценки готовности спортивных сооружений, организации медицинской помощи при проведении спортивных соревнований. Медицинский персонал соревнований имеет четкие отличительные знаки на одежде.

На *предварительном этапе* определяют пути эвакуации пострадавших с мест проведения соревнований в медицинский пункт объекта спорта, количество и вид санитарного транспорта; отрабатывают взаимодействие с выездными бригадами скорой медицинской помощи по эвакуации пострадавших в медицинскую организацию, а также действия в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций.

До начала проведения соревнований главный врач соревнований предоставляет информацию спортсменам, представителям команд и

официальным лицам о возникновении условий, препятствующих проведению соревнований (невозможность организовать эвакуацию в медицинскую организацию, невозможность оказания эффективной медицинской помощи в медпункте объекта спорта). Главный врач соревнований может рекомендовать главному судье соревнований отмену или перенос соревнований.

На этапе непосредственного медицинского обеспечения соревнований определяют допуск спортсменов к соревнованиям и по медицинским показаниям спортсменам оказывают медицинскую помощь.

Допуск спортсмена к соревнованиям осуществляет медицинский комитет (врачебная бригада) соревнований, в состав которого входит главный врач соревнований. Врачи, участвующие в работе медицинского комитета, проверяют предоставляемые спортсменами (представителями команд) медицинские заключения о допуске к участию в соревнованиях, определяют соответствие возраста спортсмена положению о соревнованиях. Спортсмены не допускаются к участию в соревнованиях в случаях отсутствия медицинского заключения или содержащего неполную информацию.

Основанием для допуска спортсмена к спортивным соревнованиям по медицинским заключениям является заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии спортсмена с подписью врача по лечебной физкультуре или врача по спортивной медицине и заверенной личной печатью, при наличии подписи с расшифровкой ФИО врача в конце заявки, заверенной печатью допустившей спортсмена медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, перечень работ и услуг которой включает лечебную физкультуру и спортивную медицину (возможна медицинская справка о допуске к соревнованиям, подписанная врачом по лечебной физкультуре или врачом по спортивной медицине и заверенная печатью медицинской организации, отвечающей вышеуказанным требованиям).

Оказание медицинской помощи в случае возникновения травм у спортсменов при проведении спортивных соревнований проводится медицинским персоналом соревнований в месте получения травмы. В случае если объем оказываемой медицинской помощи является недостаточным или при отсутствии соответствующего эффекта при проведении медицинских мероприятий пострадавшего доставляют в ближайший медицинский пункт объекта спорта. При необходимости пострадавшего транспортирует бригада скорой помощи в медицинскую организацию для оказания ему специализированной медицинской помощи.

Все случаи оказания медицинской помощи при проведении спортивных соревнований регистрируют в первичной медицинской документации: в журнале регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях; в извещении о спортивной травме.

Во всех случаях оказания медицинской помощи спортсменам информация доводится до главного врача соревнований, о случаях госпитализации спортсменов информация поступает немедленно.

Все жалобы на оказание медицинской помощи при проведении спортивных соревнований подают в письменной форме главному врачу соревнований.

На *заключительном этапе* оказания медицинской помощи при проведении спортивных соревнований главным врачом соревнований составляется отчет, который направляют главному судье соревнований, в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, во врачебно-физкультурный диспансер субъекта РФ. Отчет содержит следующие сведения: число участников соревнований, характеристика условий и мест проведения соревнований, количество обращений за медицинской помощью, число госпитализированных, причины госпитализации, виды оказанной медицинской помощи, результаты.

В состав медицинского комитета (врачебной бригады) входят специалисты по лечебной физкультуре и спортивной медицине: врач по лечебной физкультуре или врач по спортивной медицине.

Медицинский комитет (врачебная бригада) соревнований организует работу в зависимости от числа участников соревнований, вида спорта, специфики проведения соревнований, условий проведения соревнований, а также от количества прогнозируемых обращений по медицинским показаниям (заболеваемости и спортивным травмам, видам предполагаемых нозологических форм заболеваний).

Оказание медицинской помощи при проведении учебно-тренировочных мероприятий включает: допуск к занятиям спортом и спортивным соревнованиям, проведение углубленных медицинских обследований (далее также — УМО) спортсменов, проведение текущего медицинского наблюдения за спортсменами и этапных (периодических) медицинских обследований спортсменов, проведение врачебно-педагогических наблюдений за спортсменами.

Оказание медицинской помощи при проведении учебно-тренировочных мероприятий проводится в целях повышения эффективности учебно-

тренировочного процесса, функциональных возможностей организма спортсменов.

Углубленные медицинские обследования спортсменов проводят в амбулаторно-поликлинических учреждениях, отделениях (кабинетах) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины).

Углубленные медицинские обследования спортсменов сборных команд Российской Федерации и их резервного состава, а также спортсменов с ограниченными возможностями здоровья (паралимпийцы, сурдлимпийцы) проводят по отдельным программам проведения УМО.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=kpE1TZUNrIU>

Результаты обследований и наблюдений оформляют в виде заключений и протоколов и используют в работе врачей, педагогов, тренеров и других специалистов.

Решение о допуске к занятиям спортом принимают на основании обследования спортсмена при условии отсутствия морфологических и функциональных отклонений, влекущих за собой при увеличении интенсивности процессов основного обмена веществ жизненно опасные нарушения функций организма или морфологические отклонения от нормы.

В обеспечение безопасности, как при организации спортивной подготовки, так и при проведении спортивных мероприятий входит также соблюдение требований к спортивным объектам.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с презентацией:

<https://ppt-online.org/22487>

Правила техники безопасности при проведении физкультурно-оздоровительных и тренировочных занятий

В настоящее время на всей территории Российской Федерации действует [Национальный стандарт Российской Федерации ОБЪЕКТЫ СПОРТА](#) ПО ГОСТ Р 55529-2013 «Объекты спорта. Требования

безопасности при проведении спортивных и физкультурных мероприятий. Методы испытаний».

Стандарт устанавливает требования безопасности на спортивных объектах различного типа при проведении спортивных и физкультурно-оздоровительных мероприятий, методы испытаний (проверки и допустимые значения указанных критериев).

Требования настоящего стандарта распространяются на организации, индивидуальных предпринимателей и физических лиц, в собственности или управлении которых находятся объекты спорта, на которых организуют и проводят физкультурные и спортивные мероприятия.

Стандарт используется для оценки:

- спортивных площадок, плоскостных спортивных сооружений, включая открытые спортивные сооружения для занятий различными видами спорта и активного отдыха;
- спортивных залов, спортивных центров, физкультурно-оздоровительных комплексов, многофункциональных арен, включая крытые залы и арены;
- крытых плавательных бассейнов, включая бассейны для обучения плаванию, оздоровительного плавания, проведения учебно-тренировочных занятий;
- спортивных комплексов с искусственным льдом;
- специализированных спортивных сооружений, включая сооружения для велоспорта, мотоциклетного спорта, парусного спорта, гребли, стрельбы, конного спорта, гольфа; сооружения для нетрадиционных видов спорта, для пляжных видов спорта, для скейтбординга и скалолазания.

В Стандарте даны определения объектов спорта и установлены требования безопасности для оценки каждого из этих объектов (размеры, полы, вертикальная деформация, крепление спортивного оборудования, освещенность и т.д.).

Тема 2. Руководство обеспечением безопасности при проведении соревнований

Особенно остро стоит проблема обеспечения общественной безопасности при проведении спортивных мероприятий.

В [Стратегии развития спорта и физической культуры в Российской Федерации на период до 2020 года](#) вопросам обеспечения безопасности при проведении спортивных мероприятий посвящен целый раздел. Основными

направлениями создания системы обеспечения безопасности в сфере спорта по мнению разработчиков Стратегии являются:

- 1) разработка комплекса мер по улучшению общественной безопасности на объектах спорта;
- 2) определение системы мер по организации работы с болельщиками и их объединениями.

Далее предлагается реализация комплекса следующих мер:

- 1) разработка программ по обеспечению правопорядка и общественной безопасности на объектах спорта;
- 2) совершенствование нормативной правовой базы обеспечения правопорядка и общественной безопасности при проведении массовых физкультурных и спортивных мероприятий на объектах спорта;
- 3) проведение мониторинга обеспечения правопорядка и общественной безопасности;
- 4) осуществление подготовки кадров и повышения квалификации работников, обеспечивающих правопорядок и общественную безопасность, включая эксплуатационную надежность физкультурно-спортивных сооружений;
- 5) совершенствование системы государственного контроля обеспечения правопорядка и общественной безопасности массовых физкультурных и спортивных мероприятий на объектах спорта;
- 6) внедрение системы стандартизации и сертификации безопасности и качества объектов спорта и оказываемых на них физкультурно-спортивных услуг, приведение ее в соответствие с международными требованиями;
- 7) разработка и принятие положения о клубе спортивных болельщиков и создание российской ассоциации клубов болельщиков по видам спорта;
- 8) проведение всероссийского конкурса на лучший клуб спортивных болельщиков и освещение деятельности клубов болельщиков в средствах массовой информации.

Для организации техники безопасности должны быть реализованы организационные и технические методы обеспечения безопасности. Основное содержание мероприятий по технике безопасности - это профилактика травматизма.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?v=X5A4UAo_9I0

Обеспечение общественного порядка и общественной безопасности при проведении соревнований осуществляется в соответствии с инструкцией и планом мероприятий в каждом конкретном объекте спорта.

Инструкция разрабатывается собственниками (пользователями) объектов спорта на основе типовой инструкции, утвержденной федеральным органом исполнительной власти в области физической культуры и спорта, согласовывается с территориальными органами безопасности и территориальными органами Министерства внутренних дел Российской Федерации на районном уровне и утверждается собственниками (пользователями) объектов спорта не реже одного раза в 3 года.

План мероприятий разрабатывается и утверждается организатором соревнований совместно с собственником (пользователем) объекта спорта по согласованию с территориальными органами внутренних дел, в соответствии с типовым планом мероприятий и с учетом положения (регламента) о соревнованиях в срок не позднее 10 дней до начала соревнований.

Подготовка к соревнованиям заблаговременно проводится организацией, которая их организует, и главной судейской коллегией. Чем больше масштаб соревнований, тем больше времени надо на подготовку к их проведению.

На соревнованиях любого масштаба должны присутствовать врачи. Обеспечение медицинского обслуживания возлагается на местные врачебно-физкультурные диспансеры.

Участие в спортивных соревнованиях должна обязательно предшествовать соответствующая спортивная подготовка. Организаторам комплектования команд необходимо строго придерживаться этого условия.

Положения о соревнованиях, календари спортивных мероприятий должны пройти утверждение и быть доведены до сведения участвующих образовательных учреждений в установленном порядке.

На руководителей и администрацию предприятий, учреждений организаций, обществ, которые представляют стадионы, бассейны, площадки и т.п. для проведения соревнований, возлагается ответственность за исправность спортивного инвентаря и оборудования, соответствие санитарно-гигиенических условий предъявляемым требованиям к проведению соревнований.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=KPLjfX1xBQk>

Должностные лица, организующие и проводящие соревнования, должны быть проинструктированы и обучены по охране труда и безопасности жизнедеятельности с учетом занимаемой должности и роли в проведении соревнований. Особое внимание должно быть обращено на инструктажи по первой доврачебной помощи и по пожарной безопасности (в объеме инструкции по первой доврачебной помощи и инструкции по пожарной безопасности, которые являются действующими для учреждения).

При проведении спортивных соревнований должны соблюдаться правила пожарной и технической безопасности, правила проведения, санитарно-гигиенические требования, которые предъявляются конкретными условиями проведения соревнований.

Лица, проводящие спортивные соревнования, несут прямую ответственность за сохранность жизни и здоровья лиц, занятых в соревновании. Судья несет персональную ответственность за несчастные случаи, происшедшие с участниками во время соревнований в отсутствии врачебного контроля за действиями спортсменов.

При участии спортсмена в соревновании на него могут действовать различные опасные и вредные факторы, перечень которых зависит от конкретного вида спорта.

В общем случае все отрицательно воздействующие на спортсмена во время соревнований факторы могут быть классифицированы:

1. факторы прямого воздействия (падения, столкновения, удары);
2. факторы непрямого механизма воздействия (резкие некоординированные, несоразмерные движения самого спортсмена);
3. факторы комбинированного механизма (скручивание в суставе с последующим падением);
4. факторы, связанные со спортивной этикой (дисциплина, моральный климат в команде, соблюдение правил поведения и т.п.).

Участники состязаний во время выступлений, игр должны пользоваться спортивной формой, установленной для конкретного вида спорта.

Участие в соревнованиях без формы или в не соответствующей стандарту форме не допускается.

Решение о невозможности проведения спортивных соревнований на открытом воздухе в связи с метеорологическими условиями выносится местными органами.

Нарушение правил соревнований, отдельные проявления злонамеренной грубости должны пресекаться путем наложения дисциплинарных взысканий, вплоть до дисквалификации спортсмена. О каждом несчастном случае с участниками соревнований обязательно следует поставить в известность руководителя соответствующего образовательного учреждения, после оказания пострадавшему первой доврачебной помощи и неотложных мероприятий.

Знание и выполнение требований Инструкции по охране труда при проведении спортивных соревнований является для организаторов соревнований должностной обязанностью, а их нарушение влечет за собой виды ответственности, определенные законодательством РФ.

Для работников, обслуживающих соревнования (контролеры, буфетчики, разнорабочие и т.п.), при нарушении данных требований законодательством РФ предусмотрены дисциплинарная, материальная и уголовная ответственности.

До начала соревнований оргкомитет должен провести паспортизацию спортивных сооружений (проверка состояния оборудования, инвентаря, раздевалок, душевых, электрооборудования и т.п.), проверку степени обеспечения безопасности участников и зрителей. При обнаружении недостатков должны быть проведены мероприятия по их устранению.

Судейская коллегия перед началом соревнований должна провести осмотр и проверку места проведения состязания на возможность травмоопасных ситуаций.

Перед началом соревнований тренер, преподаватель должны проверить экипировку каждого участника на соответствие предъявляемым к данному виду спорта требованиям.

Открытые (наружные) площадки должны иметь ограждение по всему периметру, специально оборудованы применительно к каждому виду спорта, по которому предусмотрено проведение соревнований.

Проведение спортивных соревнований с применением неисправного оборудования или спортивного инвентаря без специальной спортивной формы участников, в отсутствие лиц, ответственных за организацию и проведение соревнований, не допускается.

Тема 3. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью в сфере спортивных отношений

Повышенная инцидентность современного спорта определяет необходимость применения гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни и здоровью спортсменов. Необходимо иметь в виду, что спортивные соревнования часто сопровождаются травматизмом и причинением иного ущерба не только спортсменам, но и тренерам, спортивным судьям, зрителям. Высокий уровень травматизма, как уже отмечалось, характерен для санного спорта, альпинизма, дельтапланеризма, парашютного спорта, конного спорта, подводного спорта, гимнастики, футбола, хоккея, многих единоборств. Одна из проблем здесь состоит в определении меры ответственности физкультурно-спортивной организации, организатора спортивных мероприятий и самого спортсмена.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=338&v=CsoVnQIgm1A

Обязательства вследствие причинения вреда регламентируются положениями [главы 59 Гражданского Кодекса Российской Федерации](#).

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Законом обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда. Законом или договором может быть установлена обязанность причинителя вреда выплатить потерпевшим компенсацию сверх возмещения вреда. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда. Вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных законом. В возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственных принципов общества

В силу ст. 1084 ГК РФ вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, возмещается по правилам, предусмотренным главой 59 ГК РФ, если законом или договором не предусмотрен более высокий размер ответственности.

В соответствии со ст. 1085 ГК РФ при причинении спортсмену увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежат утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

При определении утраченного заработка (дохода) пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, а равно другие пенсии, пособия и иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда (не засчитываются в счет возмещения вреда). В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

Объем и размер возмещения вреда, причитающегося потерпевшему в соответствии со ст. 1085 ГК РФ, могут быть увеличены законом или договором.

Согласно ст. 1086 ГК РФ размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности - степени утраты общей трудоспособности.

В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего включаются все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом. Не учитываются выплаты единовременного характера, в частности компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении. За период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам учитывается выплаченное пособие. Доходы от предпринимательской деятельности, а также авторский гонорар включаются в состав утраченного заработка, при этом доходы от предпринимательской деятельности включаются на основании данных налоговой инспекции. Все виды заработка (дохода) учитываются в суммах, начисленных до удержания налогов.

Среднемесячный заработок (доход) потерпевшего подсчитывается путем деления общей суммы его заработка (дохода) за 12 месяцев работы, предшествовавших повреждению здоровья, на 12. В случае, когда потерпевший ко времени причинения вреда работал менее 12 месяцев, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. Не полностью проработанные потерпевшим месяцы по его желанию заменяются предшествующими полностью проработанными месяцами либо исключаются из подсчета при невозможности их замены.

В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации.

Если в зарплате (доходе) потерпевшего произошли до причинения ему увечья или иного повреждения здоровья устойчивые изменения, улучшающие его имущественное положение (повышена заработная плата по занимаемой должности, он переведен на более высокооплачиваемую работу, поступил на работу после окончания учебного учреждения по очной форме обучения и в других случаях, когда доказана устойчивость изменения или возможности изменения оплаты труда потерпевшего), при определении его среднемесячного заработка (дохода) учитывается только заработок (доход), который он получил или должен был получить после соответствующего изменения.

В случае увечья или иного повреждения здоровья несовершеннолетнего спортсмена, не достигшего 14 лет (малолетнего) и не имеющего заработка (дохода), лицо, ответственное за причиненный вред, обязано возместить расходы, вызванные повреждением здоровья.

По достижении малолетним потерпевшим 14 лет, а также в случае причинения вреда несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет, не имеющему заработка (дохода), лицо, ответственное за причиненный вред, обязано возместить потерпевшему помимо расходов, вызванных повреждением здоровья, также вред, связанный с утратой или уменьшением его трудоспособности, исходя из установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации.

Если ко времени повреждения его здоровья несовершеннолетний имел заработок, то вред возмещается исходя из размера этого заработка, но не

ниже установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации.

После начала трудовой деятельности несовершеннолетний, здоровью которого был ранее причинен вред, вправе требовать увеличения размера возмещения вреда исходя из получаемого им заработка, но не ниже размера вознаграждения, установленного по занимаемой им должности, или заработка работника той же квалификации по месту его работы.

Согласно ст. 1090 ГК РФ потерпевший, частично утративший трудоспособность, вправе в любое время потребовать от лица, на которое возложена обязанность возмещения вреда, соответствующего увеличения размера его возмещения, если трудоспособность потерпевшего в дальнейшем уменьшилась в связи с причиненным повреждением здоровья по сравнению с той, которая оставалась у него к моменту присуждения ему возмещения вреда.

Лицо, на которое возложена обязанность возмещения вреда, причиненного здоровью потерпевшего, вправе потребовать соответствующего уменьшения размера возмещения, если трудоспособность потерпевшего возросла по сравнению с той, которая была у него к моменту присуждения возмещения вреда.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=81YPQtBJFEE>

Потерпевший вправе требовать увеличения размера возмещения вреда, если имущественное положение гражданина, на которого возложена обязанность возмещения вреда, улучшилось, а размер возмещения был уменьшен в соответствии с п. 3 ст. 1083 ГК РФ, согласно которому суд может уменьшить размер возмещения вреда, причиненного гражданином, с учетом его имущественного положения, за исключением случаев, когда вред причинен действиями, совершенными умышленно.

Суд может по требованию гражданина, причинившего вред, уменьшить размер возмещения вреда, если его имущественное положение в связи с инвалидностью либо достижением пенсионного возраста ухудшилось по сравнению с положением на момент присуждения возмещения вреда, за исключением случаев, когда вред был причинен действиями, совершенными умышленно.

В силу ст. 1091 ГК суммы выплачиваемого гражданам возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, при повышении стоимости жизни подлежат индексации в установленном законом порядке (ст. 318 ГК РФ).

Возмещение вреда, вызванного уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными платежами. При наличии уважительных причин суд с учетом возможностей причинителя вреда может по требованию гражданина, имеющего право на возмещение вреда, присудить ему причитающиеся платежи единовременно, но не более чем за три года.

Суммы в возмещение дополнительных расходов (п. 1 ст. 1085 ГК РФ) могут быть присуждены на будущее время в пределах сроков, определяемых на основе заключения медицинской экспертизы, а также при необходимости предварительной оплаты стоимости соответствующих услуг и имущества, в том числе приобретения путевки, оплаты проезда, оплаты специальных транспортных средств.

В случае реорганизации юридического лица, признанного в установленном порядке ответственным за вред, причиненный жизни или здоровью, обязанность по выплате соответствующих платежей в соответствии со ст. 1093 ГК РФ несет его правопреемник. К нему же предъявляются требования о возмещении вреда. В случае ликвидации юридического лица, признанного в установленном порядке ответственным за вред, причиненный жизни или здоровью, соответствующие платежи должны быть капитализированы для выплаты их потерпевшему по правилам, установленным законом или иными правовыми актами.

Потерпевший вследствие спортивной травмы спортсмен может претендовать и на возмещение морального вреда. Согласно 151 ГК РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред. В соответствии со ст. 1101 ГК РФ компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме. Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от

характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Тема 4. Первая доврачебная помощь

При получении спортсменом легкой травмы учитель (тренер, преподаватель) и медицинский работник, обслуживающий соревнования, должны оказать первую доврачебную помощь пострадавшему.

Через призму нормативного регулирования сферы спорта травмы можно квалифицировать на возникшие: 1) вследствие специфики вида спорта (от ударов по голове в боксе, силовых приемов в хоккее и т.п.); 2) в результате нарушения спортивных предписаний (от нанесения запрещенных приемов в единоборствах; употребление допинга и т.п.).

Говоря о предупреждении травм первой группы, представляется, что развитие государственно-правового механизма в данной области необходимо сконцентрировать на двух основных моментах: 1) анализ и в случае необходимости изменение технических правил проведения спортивных мероприятий в аспекте минимизации спортивного травматизма; 2) совершенствование системы страхования спортсменов (возможно введение обязательного страхования спортсменов). В данной связи, безусловно, назрела необходимость, во-первых, в необходимости обязательного утверждения правил проведения спортивных мероприятий федеральным органом государственной власти в области физической культуры и спорта. Данное положение было закреплено в ст. 25 Федерального закона о спорте, тем не менее, как показывает практика, требования этой нормы не выполняются. Во-вторых, законодательного закрепления института обязательного спортивного страхования.

Первая доврачебная помощь представляет собой комплекс срочных мер, проводимых при травмах, ранениях или внезапных заболеваниях в целях устранения угрожающих жизни явлений, предотвращения возможных осложнений, облегчения страданий и подготовки пострадавшего к транспортировке в лечебное учреждение.

Первая доврачебная медицинская помощь является первым из трех этапов оказания помощи пострадавшим. При оказании первой доврачебной медицинской помощи необходимо, прежде всего, устранить воздействие на пострадавшего травмирующих и угрожающих его жизни факторов. Многие люди погибли, или последствия травм для них осложнились, лишь только по той причине, что им не была своевременно оказана первая доврачебная медицинская помощь другими участниками происшествия, а также людьми, по случаю оказавшихся рядом. И не потому, что эти люди не хотели оказать помощь пострадавшим, а потому, что не знали и не умели такую помощь оказывать. Все действия по оказанию первой доврачебной медицинской помощи должны выполняться предельно осторожно, чтобы не осложнить положение потерпевшего, не вызвать усиления его боли, избежать новых повреждений. Здесь следует руководствоваться принципом - определяя порядок помощи пострадавшему, исходить из самого худшего, что может быть в данной ситуации. Даже в том случае, если у пострадавшего отсутствуют признаки жизни (сердцебиение, пульс, дыхание, реакция зрачков на свет), - первая доврачебная медицинская помощь должна оказываться вплоть до прибытия медицинских работников или доставки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение. Отсутствие признаков жизни пострадавшего еще не говорит о факте его окончательной смерти.

Комплекс срочных мероприятий для сохранения жизни и здоровья человека при несчастном случае, выполняемых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь), называется первой помощью. Чем быстрее и квалифицированнее она будет выполнена, тем больше надежды на благополучный исход. Методами оказания первой помощи должен владеть каждый человек. Первая доврачебная помощь пострадавшему имеет важное значение для спасения жизни и последующего восстановления здоровья человека. Умение безотлагательно проводить ряд простейших действий по оказанию помощи до прибытия медицинского персонала во многих случаях позволяет предотвратить смертельный исход и развитие тяжелых осложнений у пострадавшего. Поэтому необходимо проходить обучение способам оказания первой помощи. При оказании первой помощи соблюдают следующую очередность действий: устраняют воздействие на пострадавшего опасных и вредных производственных факторов, вызвавших несчастный случай (например, освобождают от действия электрического тока, выносят из опасной зоны, гасят горящую одежду и т.п.); выполняют необходимые мероприятия по спасению пострадавшего, причем в порядке срочности вначале (если это необходимо) восстанавливают проходимость дыхательных путей, проводят искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановку кровотечения, накладывают повязку, шину и т.п.;

вызывают скорую медицинскую помощь, врача или организуют доставку пострадавшего в лечебное учреждение; поддерживают жизненные функции пострадавшего по пути следования в лечебное учреждение или до прибытия врача. При оказании первой помощи используют медикаменты и средства, находящиеся в медицинской аптечке, а также разнообразные подручные средства. Для эффективности доврачебной помощи в каждом подразделении объекта спорта, организации должна быть медицинская аптечка с набором медикаментов, перевязочных средств, средств остановки кровотечения, плакаты с правилами оказания доврачебной помощи, указатели для облегчения поиска аптечки и медицинского пункта. В каждом подразделении должен быть ответственный за своевременное пополнение аптечки и поддержание ее в надлежащем состоянии. Перед оказанием первого этапа помощи пострадавшему необходимо быстро оценить обстановку на месте, степень опасности действующего повреждающего фактора и исключить возможность самому попасть под его действие.

Приемы оказания первой помощи при различных повреждениях организма

Поражение электрическим током

Причины электротравматизма подразделяются на 4 вида: технические; организационно-технические; организационные, организационно-социальные.

Действие электрического тока на человека Действие электрического тока на живую ткань, в отличие от действия других опасных производственных факторов, носит своеобразный и разносторонний характер. Проходя через организм человека, электрический ток оказывает термическое, электролитическое, механическое и биологическое действия. Термическое действие тока проявляется в ожогах отдельных участков тела, нагреве до высокой температуры кровеносных сосудов, нервов, сердца, мозга и других органов, находящихся на пути тока, что вызывает в них серьезные функциональные расстройства. Электролитическое действие тока выражается в разложении органической жидкости, в том числе и крови, что сопровождается значительными нарушениями их физико-химического состава. Механическое действие тока выражается в расслоении, разрыве и других подобных повреждениях различных тканей организма, в том числе мышечной ткани, стенок кровеносных сосудов, сосудов легочной ткани и др. в результате электродинамического эффекта, а также мгновенного взрывоподобного образования пара от перегретой током тканевой жидкости и крови. Биологическое действие тока проявляется в раздражении и возбуждении живых тканей организма, а также в нарушении внутренних биоэнергетических процессов, протекающих в нормально действующем

организме и теснейшим образом связанных с его жизненными функциями. Многообразие действий электрического тока на человека приводит к различным электротравмам: местным и общим. При воздействии электрического тока различают два этапа смерти: клиническую и биологическую. Клиническая (мнимая) смерть — кратковременное переходное состояние от жизни к смерти, наступающее с момента прекращения деятельности сердца и легких до начала гибели клеток коры головного мозга: в большинстве случаев она составляет 4–6 мин. Если в этот момент начать оказывать пострадавшему первую помощь, т.е. путем искусственного дыхания обеспечить обогащение крови кислородом, а путем массажа сердца наладить в организме искусственное кровообращение и тем самым снабжение клеток организма кислородом, то процесс смерти может быть остановлен, и жизнь сохранена. Биологическая (истинная) смерть — необратимое явление, характеризующееся прекращением биологических процессов в клетках и тканях организма и распадом белковых структур. Она наступает по истечении периода клинической смерти.

Порядок оказания первой помощи при электротравмах.

Первая помощь при несчастных случаях от воздействия электрического тока состоит из двух этапов: освобождение пострадавшего от действия тока и оказание ему первой доврачебной помощи.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=kpE1TZUNrIU>

Оказывающий помощь должен знать: основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека; общие принципы оказания первой помощи и ее приемы применительно к характеру полученного пострадавшим повреждения; основные способы переноски и эвакуации пострадавших. Оказывающий помощь должен уметь: освободить пострадавшего от действия электрического тока; оценить состояние пострадавшего и определить, в какой помощи он нуждается в первую очередь; обеспечить свободную проходимость верхних дыхательных путей; выполнить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание способом «изо рта в рот» («изо рта в нос») и оценить их эффективность; временно остановить кровотечение путем наложения жгута, давящей повязки, пальцевого прижатия сосуда; наложить повязку при повреждении (ранении, ожоге, отморожении, ушибе); оказать помощь при бессознательном состоянии (в состоянии комы); использовать подручные средства при

переноске, погрузке и транспортировке пострадавших; определить целесообразность вывоза пострадавшего машиной скорой помощи или попутным транспортом; пользоваться аптечкой и сумкой для оказания первой помощи. Поскольку исход поражения током зависит от длительности прохождения его через тело человека, очень важно быстрее освободить пострадавшего от действия электрического тока и сразу же приступить к оказанию первой доврачебной помощи. Первая помощь пострадавшему от электрического тока оказывается немедленно после освобождения его от действия тока здесь же на месте поражения. Переносить пострадавшего в другое место можно в тех случаях, когда опасность продолжает угрожать пострадавшему или оказывающему помощь, или при крайне неблагоприятных условиях — темнота, дождь, теснота и т.п.

Оказывать первую помощь необходимо в следующем порядке:

1. Освободить пострадавшего от действия электрического тока, обеспечив собственную безопасность.
2. Определить состояние пострадавшего.
3. Освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды, расстегнуть поясной ремень.
4. Осмотреть полость рта пострадавшего и очистить её от слизи, сгустков крови и рвотных масс.
5. Без промедления тут же на месте приступить к оказанию первой доврачебной помощи.

Лица, не занятые оказанием первой доврачебной помощи, обязаны:

1. Вызвать врача.
2. Доложить руководителю.
3. Обеспечить доставку аптечки (сумки) первой медицинской помощи и средств по оказанию первой помощи.
4. Удалить из помещения (за пределы зоны оказания помощи) лишних людей.
5. Обеспечить освещение и приток свежего воздуха.

Меры первой доврачебной помощи пострадавшему от электрического тока зависят от его состояния после освобождения от электрического тока.

Для определения состояния пострадавшего необходимо уложить его на спину и проверить наличие сердечных сокращений и дыхания, сознания, а также реакцию зрачка на свет, цвет кожных покровов. Наличие сердечных сокращений свидетельствует о работе сердца, т.е. о наличии в организме кровообращения. Его определяют путем выслушивания сердечных тонов,

приложив ухо к левой половине груди пострадавшего, или проверкой пульса. Пульс — толчкообразные ритмичные колебания стенок кровеносных сосудов, обусловленные движением по ним крови при работе сердца. Наличие пульса проверяют, как правило, на крупных артериях, где он более выражен, — на лучевой, бедренной или сонной. При определении состояния человека, пораженного электрическим током, проверку пульса следует произвести на лучевой артерии на руке примерно у основания большого пальца. Если на лучевой артерии пульс не обнаруживается, его надо проверить на сонной артерии на шее с правой и левой сторон выступа щитовидного хряща. Отсутствие пульса на сонной артерии свидетельствует, как правило, о прекращении движения крови в организме, т.е. о прекращении работы сердца. Об отсутствии кровообращения в организме можно судить по состоянию зрачка, который в этом случае расширен. Наличие дыхания у пострадавшего определяется по подъему и опусканию грудной клетки во время самостоятельного вдоха и выдоха. Никакой тщательной проверки для обнаружения слабого или поверхностного дыхания проводить не требуется, поскольку эти уточнения мало полезны при оказании помощи пострадавшему и в то же время приводят к затратам времени, что совершенно недопустимо в таких условиях. Нормальное дыхание характеризуется четкими и ритмичными подъемами и опусканиями грудной клетки. В таком состоянии пострадавший не нуждается в искусственном дыхании. Нарушенное дыхание характеризуется нечеткими или неритмичными подъемами грудной клетки при вдохах, редкими, как бы хватающими воздух вдохами или отсутствием видимых дыхательных движений грудной клетки. Все эти случаи расстройства дыхания приводят к тому, что кровь в легких недостаточно насыщается кислородом, в результате чего наступает кислородное голодание тканей и органов пострадавшего. В этих случаях пострадавший нуждается в искусственном дыхании. Проверка состояния пострадавшего, включая придание его телу соответствующего положения, проверку пульса, состояния зрачка и дыхания, должна производиться быстро — в течение 15–20 с. Если пострадавший в сознании, но до этого был в обмороке или продолжительное время находился под током, необходимо его удобно уложить на сухую подстилку, накрыть сверху чем-либо из одежды, удалить из помещения лишних людей и до прибытия врача, который должен быть вызван немедленно, обеспечить ему полный покой, непрерывно наблюдая за его дыханием и пульсом. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, даже если он чувствует себя хорошо и не имеет видимых повреждений. Отрицательное воздействие электрического тока на человека может сказаться не сразу, а спустя некоторое время — через несколько минут, часов и даже дней. Так, у человека, подвергнувшегося воздействию тока, может через несколько минут наступить резкое ухудшение и даже прекращение работы

сердца или могут проявиться иные опасные симптомы поражения. Зарегистрированы случаи, когда резкое ухудшение состояния здоровья, приводившее иногда к смерти пострадавшего, наступало через несколько дней после освобождения его от тока, в течение которых он субъективно чувствовал себя хорошо и не имел внешних повреждений. Поэтому только врач может правильно оценить состояние здоровья пострадавшего и решить вопрос о помощи, которую нужно оказать ему на месте, а также о дальнейшем его лечении. В случае невозможности быстро вызвать врача пострадавшего срочно доставляют в лечебное учреждение. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимися устойчивыми дыханием и пульсом, его следует удобно уложить на подстилку, расстегнуть одежду и пояс, чтобы они не затрудняли его дыхания, обеспечить приток свежего воздуха и принять меры к приведению его в сознание — поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом. Пострадавшему следует обеспечить полный покой, приложить холод к голове, удалив посторонних людей из помещения и непрерывно наблюдая за его состоянием. Он должен ожидать прибытия врача только в положении «лежа на животе» с периодическим удалением слизи и содержимого желудка. При отсутствии признаков жизни, т.е. когда у пострадавшего отсутствуют дыхание и пульс, а болевые раздражения не вызывают никаких реакций, зрачки глаз расширены и не реагируют на свет, надо считать пострадавшего находящимся в состоянии клинической смерти и немедленно приступать к его оживлению, т.е. к проведению непрямого массажа сердца и искусственного дыхания. Часто оживление людей, пораженных электрическим током, достигается в результате своевременной и квалифицированной первой доврачебной помощи товарищем по работе или другим свидетелем поражения током. В более тяжелых случаях эта помощь обеспечивает сохранение жизнеспособности организма мнимоумершего до прибытия врача, который может применить более эффективные меры оживления. В этих случаях первая доврачебная помощь должна оказываться непрерывно, даже тогда, когда время исчисляется часами. Зарегистрировано много случаев оживления людей, пораженных током, после 3–4 ч, а в отдельных случаях после 10–12 ч, в течение которых непрерывно выполнялись искусственное дыхание и массаж сердца.

Способы оживления при клинической смерти. Искусственное дыхание.

Искусственное дыхание, как и нормальное естественное дыхание, имеет целью обеспечить газообмен в организме, т.е. насыщение крови пострадавшего кислородом и удаление из крови углекислого газа. Кроме того, искусственное дыхание, воздействуя рефлекторно на дыхательный центр головного мозга пострадавшего. Кровь, насыщенная кислородом, посылается сердцем ко всем органам, тканям и клеткам, в которых благодаря

этому продолжают нормальные окислительные процессы. Среди большого числа существующих ручных (без применения специальных аппаратов) способов выполнения искусственного дыхания наиболее эффективным является способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос». Он заключается в том, что оказывающий помощь вдвухает воздух из своих легких в легкие пострадавшего через его рот или нос. Перед началом искусственного дыхания необходимо быстро выполнить следующие операции: освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды; уложить пострадавшего на спину на горизонтальную поверхность; максимально запрокинуть голову пострадавшего назад, положив под затылок ладонь одной руки, а второй рукой надавливать на лоб пострадавшего до тех пор, пока подбородок его не окажется на одной линии с шеей. При таком положении головы язык отходит от входа в гортань, обеспечивая тем самым свободный проход для воздуха в легкие. Вместе с тем при таком положении головы обычно рот раскрывается. Для сохранения достигнутого положения головы под лопатки следует положить валик из одежды, пальцами обследовать полость рта, и если в нем обнаружится инородное содержимое, удалить его, вынув одновременно зубные протезы, если они имеются. Для удаления слизи и крови голову и плечи пострадавшего поворачивают в сторону (можно подвести свое колено под плечи пострадавшего), а затем с помощью носового платка или края рубашки очищают полость рта и глотки. По окончании подготовительных операций оказывающий помощь делает глубокий вдох и затем с силой выдыхает воздух в рот пострадавшего. При этом он должен охватить своим ртом весь рот пострадавшего, а своей щекой или пальцами зажать ему нос. Затем оказывающий помощь откидывается назад, освобождая рот и нос пострадавшего, и делает новый вдох. В этот период грудная клетка пострадавшего опускается и происходит пассивный выдох. В 1 мин следует делать 10–12 вдуваний. При появлении у пострадавшего первых слабых вдохов начало искусственного вдоха должно совпадать с началом самостоятельного вдоха. Искусственное дыхание необходимо проводить до восстановления собственного глубокого ритмичного дыхания.

Непрямой массаж сердца.

Массаж сердца (искусственные ритмичные сжатия сердца пострадавшего, имитирующие его самостоятельные сокращения) проводят для искусственного поддержания кровообращения в организме пострадавшего и восстановления нормальных естественных сокращений сердца. Так как при кровообращении ко всем органам и тканям доставляется кислород, то при массаже необходимо обогащать кровь кислородом, что достигается искусственным дыханием. Таким образом, одновременно с массажем сердца должно проводиться искусственное дыхание. Восстановление нормальных естественных сокращений сердца, т.е. восстановление самостоятельной

работы сердца происходит при его массаже в результате механического раздражения сердечной мышцы (миокарда). При оказании помощи пораженному током проводят так называемый непрямой, или наружный, массаж сердца ритмичным надавливанием на грудь, т.е. на переднюю стенку грудной клетки пострадавшего. В результате этого сердце сжимается между грудиной и позвоночником и выталкивает из своих полостей кровь. После прекращения надавливания грудная клетка и сердце распрямляются, и сердце заполняется кровью, поступающей из вен. У человека, находящегося в состоянии клинической смерти, грудная клетка из-за потери мышечного напряжения легко смещается (сдавливается) при надавливании на нее, обеспечивая необходимое сжатие сердца. Для выполнения массажа пострадавшего укладывают на спину на жесткую поверхность, обнажают его грудь, расстегивают стесняющие дыхание предметы одежды. При проведении массажа сердца оказывающий помощь встает с какой-либо стороны пострадавшего и занимает такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над ним. Определив прощупыванием место надавливания (оно находится примерно на два пальца выше мягкого конца грудины) оказывающий помощь кладет на него нижнюю часть ладони одной руки, а затем сверху этой руки под прямым углом кладет другую руку и надавливает на грудную клетку пострадавшего, слегка помогая при этом наклоном всего корпуса. При этом предплечья и плечевые кисти рук оказывающего помощь должны быть разогнуты до отказа, а пальцы обеих рук, сведенные вместе, не должны касаться грудной клетки пострадавшего. При проведении массажа следует надавливать быстрым толчком так, чтобы сместить нижнюю часть грудины вниз на 3–4 см, а у полных людей — на 5–6 см. Усилие при надавливании концентрируется на нижней части грудины, которая является более подвижной. Следует избегать надавливания на верхнюю часть грудины, а также на окончания нижних ребер, так как это может привести к их перелому. Нельзя надавливать ниже края грудной клетки, так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень. Надавливание (толчок) на грудину следует повторять примерно раз в 1 с, чтобы создать достаточный кровоток. После быстрого толчка руки должны оставаться в достигнутом положении в течение примерно 0,5 с. После этого оказывающий помощь слегка выпрямляется и расслабляет руки, не отнимая их от грудины. Для обогащения крови пострадавшего кислородом одновременно с массажем сердца необходимо проводить искусственное дыхание способом «изо рта в рот» или «изо рта в нос». Если оказывающих помощь двое, то один из них проводит искусственное дыхание, другой — массаж сердца. Если оказывающий помощь не имеет помощника и проводит искусственное дыхание и наружный массаж сердца один, следует чередовать проведение указанных операций в следующем порядке: после двух глубоких вдуваний в рот или нос

пострадавшего оказывающий помощь 15 раз надавливает на грудную клетку с интервалом в 0,8–1,0 с, затем снова проводит два глубоких вдувания и повторяет 15 надавливаний для массажа сердца и т.д. Эффективность наружного массажа сердца проявляется в первую очередь в том, что при каждом надавливании на грудину на сонной артерии четко прощупывается пульс. Для определения пульса указательный и средний пальцы накладывают на шею пострадавшего и, продвигая пальцы, осторожно ощупывают поверхность шеи до нахождения сонной артерии. Другими признаками эффективности массажа являются сужение зрачков, появление у пострадавшего самостоятельного дыхания, уменьшение синюшности кожи и видимых слизистых оболочек. Контроль за эффективностью массажа осуществляет лицо, проводящее искусственное дыхание. Для повышения эффективности массажа рекомендуется на время наружного массажа сердца приподнять (на 0,5 м) ноги пострадавшего. Такое положение ног пострадавшего способствует лучшему притоку крови в сердце из вен нижней части тела.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?v=G24qH7d-Z_8

Искусственное дыхание и наружный массаж сердца следует проводить до появления самостоятельного дыхания и восстановления деятельности сердца или до передачи пострадавшего медицинскому персоналу. О восстановлении деятельности сердца пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем регулярного пульса. Для проверки пульса через каждые 2 мин прерывают массаж на 2–3 с. Длительное отсутствие пульса при появлении других признаков оживления организма (самостоятельного дыхания, сужения зрачков, попытки пострадавшего двигать руками и ногами) служит признаком фибрилляции сердца. В этом случае необходимо продолжать оказание помощи пострадавшему до прибытия врача или, в крайнем случае, до доставки пострадавшего в лечебное учреждение, где будет проведена дефибрилляция сердца.

Переохлаждение и обморожение.

Переохлаждение организма — это общее состояние человека, когда на весь организм воздействует холод, а температура тела при этом падает ниже 35°C. Влияние низких температур приводит к замерзанию, функции организма угнетаются, а при длительном воздействии холода и вовсе угасают. Первая степень переохлаждения (легкая) возникает, если температура тела

понижается до 32–34°C. Кожные покровы приобретают бледную окраску, появляются озноб, затруднения речи, «гусиная кожа». Артериальное давление остается нормальным, и если повышается, то незначительно. При легком переохлаждении уже возможно обморожение разных участков тела. Вторая степень переохлаждения (средняя) влечет за собой понижение температуры тела до 29–32°C. Пульс при этом значительно замедляется — до 50 ударов в минуту. Кожа становится синюшной, на ощупь холодной. Несколько снижается артериальное давление, а дыхание становится поверхностным и редким. Часто при переохлаждении средней тяжести нападает внезапная сонливость. Позволять спать в таких условиях нельзя категорически, потому что выработка энергии во время сна значительно снижается, человек в таком состоянии может погибнуть. При этой стадии переохлаждения возможны обморожения 1–4-й степени. Третья степень переохлаждения (тяжелая) — температура тела становится ниже 31°C. Человек уже теряет сознание, пульс его замедляется до 36 биений в минуту. Часто возникают судороги и рвота. Дыхание становится совсем редким — до 3–4 в минуту. Происходит острое кислородное голодание головного мозга. Обморожения при этой степени переохлаждения очень тяжелые, и если не оказать немедленную помощь, наступит окоченение и смерть.

Первая помощь при переохлаждении. Прежде всего, нужно перенести пострадавшего в теплое или хотя бы безветренное место, где хорошо укутать его шубой или теплым одеялом. Мокрую одежду нужно сразу же снять и надеть сухую. Пострадавший не должен двигаться. Если человек находится в обмороке, нужно постоянно контролировать дыхание и пульс. Если он не прощупывается, необходимо сделать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Если пострадавший в сознании, ему нужно дать горячий чай, морс или молоко. Алкоголь и кофе категорически запрещаются! Не надо стараться быстро согреть человека: не укладывать его в горячую ванну, не вести в душ, интенсивно не растирать, не обкладывать грелками. При таких манипуляциях последствия переохлаждения могут быть губительными. Это может повлечь нарушения сердечного ритма и внутренние кровоизлияния. Если произошло только переохлаждение ног или головы, нужно снять с человека тесную и мокрую обувь и надеть на него шапку, согревая пострадавшего постепенно. Нужно помнить, что оказание первой помощи при переохлаждении не должно навредить человеку.

Обморожение (отморожение) — повреждение тканей организма под воздействием холода. Нередко сопровождается общим переохлаждением. Особенно часто затрагивает такие части тела, как ушные раковины, нос, пальцы рук и ног. Обморожение отличается от «холодных ожогов», возникающих в результате прямого контакта с крайне холодными веществами, такими как сухой лёд или жидкий азот. Чаще всего

отморожения возникают в холодное зимнее время. При длительном пребывании вне помещения, особенно при высокой влажности и сильном ветре, отморожение можно получить осенью и весной при температуре воздуха выше нуля. Следует обратить внимание на тот факт, что смерть человека от холода может наступить при температуре тела 17–25°C, а не при 0°C, как многие полагают.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=Rxx9gW0MPS0>

Обморожение первой степени (наиболее легкое) обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Пораженный участок кожи бледный, после согревания покрасневший, в некоторых случаях имеет багрово-красный оттенок; развивается отек. Омертвления кожи не возникает. К концу недели после обморожения иногда наблюдается незначительное шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5–7-му дню после обморожения. Первые признаки такого обморожения — чувство жжения, покалывания с последующим онемением поражённого участка. Затем появляются кожный зуд и боли, которые могут быть и незначительными, и резко выраженными. Обморожение второй степени возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувствительности, но эти явления наблюдаются при всех степенях обморожения. Поэтому наиболее характерный признак — образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Полное восстановление целостности кожного покрова происходит в течение 1–2 недель, грануляции и рубцы не образуются. При обморожении второй степени после согревания боли интенсивнее и продолжительнее, чем при отморожении первой степени, беспокоят кожный зуд, жжение. Обморожение третьей степени — продолжительность периода холодного воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе отморожения грануляций и рубцов. Сошедшие ногти вновь не отрастают или вырастают деформированными. Отторжение отмерших тканей заканчивается на 2–3-й неделе, после чего наступает рубцевание, которое продолжается до 1 месяца. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при отморожении второй степени. Обморожение четвертой степени возникает

при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нём наибольшее. Омертвевают все слои мягких тканей, нередко поражаются кости и суставы. Поврежденный участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отек развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Температура кожи значительно ниже, чем на окружающих участках обморожения тканей. Пузыри развиваются в менее отмороженных участках, где имеется отморожение третьей — второй степени. Отсутствие пузырей при развившемся значительно отеке, утрата чувствительности свидетельствуют об отморожении четвертой степени.

Первая помощь при обморожениях. При обморожении очень часто переохлаждается весь организм. Поэтому первая помощь заключается в быстром возобновлении кровообращения и согревании пострадавшего. Если обморожения незначительны, можно согреть пальцы рук, спрятав их под мышки. Если обморожен нос, тепла руки будет достаточно, чтобы согреть его. Не позволяйте согретому участку кожи замерзнуть снова. Чем чаще ткань замерзает и согревается, тем серьезнее может стать повреждение. Легкие обморожения проходят сами по себе через 1–2 ч. Если после растирания неподвижность не проходит, нужно обратиться к врачу. Нельзя растирать отмороженные участки снегом! Снег способствует еще большему охлаждению, а острые льдинки могут поранить кожу. Для согревания потерпевшего нужно занести в теплое помещение, освободить от обуви и одежды, затем дать горячее питье. Процесс согревания может сопровождаться острой жгучей болью, появлением опухоли, изменением цвета отмороженного участка кожи. Согревание продолжают до тех пор, пока она не станет мягкой и чувствительной.

Ранения и кровотечения. Рана — это нарушение целостности кожи, слизистой оболочки или органов тела. Раны относятся к числу повреждений, наблюдаемых у человека наиболее часто. На их долю приходится одна пятая всех травм. Характерными признаками каждой раны являются кровотечение, боль, потеря или же повреждение тканей. По объему раны, по ее виду, по состоянию краев и по глубине можно часто определить способ ее возникновения даже без показаний самого пострадавшего. Раны делятся на поверхностные — неглубокие, когда повреждается только одна кожа, и глубокие, захватывающие подкожные ткани, мышцы, кости. В зависимости от величины раны делятся на малые, средние и обширные. По способу возникновения различаются раны резаные, рубленые, колотые, ушибленные, рваные, укушенные и огнестрельные. **Резаные раны** — раны, нанесенные острым предметом, чаще всего ножом, бритвой, стеклом и т.д.; они характеризуются ровными краями и умеренно или сильно кровоточат. Резаные раны имеют ровные края, окружающие ткани не повреждаются. Они кровоточат больше других. **Рубленые раны** наносятся опускающимся

предметом с острым краем; по своему внешнему виду напоминают резаные раны, но отличаются большей глубиной. Рубленые раны бывают различной глубины и характеризуются ушибами мягких тканей, иногда повреждением костей. Колотые раны наносятся ножом, кинжалом, гвоздем, вилами или иными острыми предметами; это узкие и глубокие раны. **Колотые раны** опасны возможностью повреждения внутренних органов (сердца, крупных сосудов, органов брюшной полости и т.д.) с последующим сильным кровотечением и тяжёлым осложнением инфекцией. **Ушибленные раны** возникают под действием давления, при ударе тупым предметом, при падении или сдавлении тела; края раны неровные, кровотечение слабое. Ушибленным ранам свойственны неровные, пропитанные кровью края, которые являются благоприятной средой для развития инфекции. **Рваные раны** возникают в результате разрыва кожи при ее натяжении; края таких ран неровные, кровотечение слабое, отмечается значительная болезненность. Рваные раны отличаются отслойкой лоскутов кожи, повреждением сосудов, сухожилий и мышц. **Укушенные раны** по внешнему виду напоминают ушибленные или рваные; нередко вместе со слюной бешеных животных в них попадает инфекция. **Огнестрельные раны** наносятся пулями и осколками снарядов; эти раны характеризуются наличием небольшого округлого входного отверстия – места входа пули, и большого выходного отверстия – места выхода пули из тела. Если пуля проникает через тело и имеет два отверстия, то в таком случае говорят о сквозной ране; при застревании пули в теле говорят о слепой ране.

Кровотечения при травматических повреждениях. Организм человека без особых последствий переносит потерю только 500 мл крови. Истечение 1000 мл крови уже становится опасным, а потеря более 1000 мл крови угрожает жизни человека. Если потеряно более 2000 мл, сохранить жизнь обескровленному можно лишь при условии немедленного и быстрого восполнения кровопотери. Кровотечение из крупного артериального сосуда может привести к смерти уже через несколько минут. Поэтому любое кровотечение должно быть по возможности быстро и надёжно остановлено. Первая помощь направлена на остановку кровотечения и защиту раны от вторичного заражения.

По источнику кровотечения делятся на артериальные, венозные, капиллярные и смешанные. **Артериальное кровотечение** является наиболее опасным, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериального кровотечения обычно является алая пульсирующая (фонтанирующая) струя. **Венозное кровотечение** характеризуется меньшей скоростью и объемом кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает ручьем. Является менее опасным, чем артериальное, однако ранение вен шеи является

жизнеугрожающим из-за возможного засасывания в них воздуха и развития грозных осложнений. **Капиллярное кровотечение** наблюдается при ссадинах, порезах, царапинах. Слабое кровотечение, непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет. **Смешанное кровотечение** — это кровотечение, при котором повреждены одновременно артерии, вены и капилляры. Наблюдается, например, при травматической ампутации конечности. Опасно в основном вследствие наличия артериального компонента. По клиническим признакам кровотечения подразделяются на следующие виды: наружное, наружное скрытое и внутреннее. **Наружное кровотечение** сопровождается повреждением кожных покровов, при этом кровь изливается наружу. Признаками наружного кровотечения являются: кровотечение из раны (артериальное, венозное, капиллярное, смешанное); пропитывание одежды кровью (алой, темно-вишневой); кровь возле пострадавшего; признаки кровопотери. **Наружным скрытым** называется кровотечение из внутренних органов, имеющих сообщение с внешней средой, например из легких, желудка, кишечника, мочевого пузыря. Такого типа кровотечение проявляется через некоторое время, явные признаки вначале отсутствуют, однако имеются косвенные, позволяющие заподозрить скрытое кровотечение. **Внутреннее кровотечение** возникает при тупых травмах грудной клетки, живота, сопровождающихся повреждением внутренних органов — легких, печени, селезенки. Основным признаком внутреннего кровотечения является сочетание боли в месте травмы и признаков кровопотери. Признаками кровопотери могут быть: резкая общая слабость; чувство жажды; головокружение; мелькание мушек перед глазами; обморок, чаще при попытке встать; тошнота и рвота; бледная, влажная и холодная кожа; учащенный слабый пульс; частое дыхание.

Способы остановки кровотечений. Пальцевое прижатие артерии в ране или на протяжении — самый и быстрый и простой способ остановки кровотечения, при котором осуществляется прижатие артерии к кости между раной и сердцем для прекращения поступления крови к поврежденному участку сосуда. Наложение давящей повязки используется для остановки кровотечения из мелких артерий конечностей и головы. При этом бинт накладывается с усилием (давлением), для усиления давления можно использовать дополнительные бинты. Вариантом давящей повязки является давящая повязка с помощью жгута, используемая при ранениях шеи, сопровождающихся повреждением крупных сосудов. Наложение кровоостанавливающего жгута различных конструкций производится только в случае ранения крупных артерий (плеча и бедра), если квалифицированная медицинская помощь задерживается.

Первая помощь при кровотечении. Наружное кровотечение может быть артериальным и венозным. При артериальном кровотечении кровь алого цвета и вытекает пульсирующей струей (толчками); при венозном кровотечении кровь более темного цвета и вытекает непрерывно. Наиболее опасным является артериальное кровотечение. 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, то это намного облегчит обработку раны и специальное лечение пострадавшего, уменьшит последствия травмы и ранения. Для того чтобы остановить кровотечение, необходимо: поднять раненую часть тела вверх; кровоточащую рану закрыть перевязочным материалом из пакета, сложенным в комочек, и придавить рану сверху, не касаясь пальцами самой раны, на 4–5 мин; если кровотечение остановится, то, не снимая наложенного материала, поверх него положить еще одну подушечку из другого пакета или кусок ваты и забинтовать; при сильном кровотечении, если оно не останавливается повязкой, применить сдавливание кровеносных сосудов, питающих кровью раненую область, при помощи сгибания конечности в суставах, а также пальцами, жгутом.

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

Опасным моментом венозного кровотечения, наряду со значительным объемом потерянной крови, является то, что при ранениях вен, особенно шейных, может произойти всасывание воздуха в сосуды через поврежденные ранами места. Проникший в сосуд воздух может затем попасть и в сердце. В таких случаях возникает смертельно опасная воздушная эмболия. Венозное кровотечение лучше всего останавливается давящей повязкой. На кровоточащий участок накладывают чистую марлю, поверх нее неразвернутый бинт или сложенную в 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 просветы сосудов сдавливаются, и кровотечение прекращается.

Артериальное кровотечение является самым опасным из всех видов кровотечений, так как при нем может быстро наступить полное обескровливание пострадавшего. Артериальное кровотечение можно остановить давящей повязкой. При кровотечении из крупной артерии следует немедленно остановить приток крови к поврежденному участку, придавив артерию пальцем выше места ранения. Однако эта мера является временной. Артерию прижимают пальцем до тех пор, пока не подготовят и не наложат давящую повязку. При кровотечении из бедренной артерии 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 стандартной петли, ни жгута, то вместо них можно применить косынку, носовой платок, галстук, подтяжки. Жгут или петлю на конечность накладывают сразу же выше места кровотечения. 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 произойти ее отмирание. Жгут можно накладывать только при артериальном кровотечении из плечевой и бедренной артерий. Жгут накладывают между раной и сердцем на расстоянии 5 см от раны. Нельзя накладывать жгут на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра. Летом жгут можно накладывать на 45 мин максимум. Зимой жгут можно накладывать на 30 мин максимум. Точное время наложения жгута указать в записке. Записку поместить под жгут. Жгут на голое тело не накладывать. Только поверх одежды или тканевой прокладки. Обезболить пострадавшего после наложения жгута. Термоизолировать конечность в холодное время года.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?v=TSh5ebu_zfo

Внутренние кровотечения. Кровотечение в брюшную полость возникает при ударе в живот; в большинстве случаев при этом наблюдается разрыв печени и селезенки. Внутрибрюшное кровотечение характеризуется сильными болями в области живота. Пострадавший впадает в шоковое состояние или же теряет сознание. Его укладывают в полусидячем положении с согнутыми в коленях ногами, на область живота кладут холодный компресс. Пострадавшему нельзя давать ни пить, ни есть. Кровотечение в плевральную полость возникает при ударе, повреждении грудной клетки. Кровь скапливается в плевральной полости и в пораженной

половине сдавливает легкие, тем самым препятствуя их нормальной деятельности. Пострадавший дышит с трудом, при значительном кровотечении даже задыхается. Его укладывают в полусидячем положении с согнутыми нижними конечностями, на грудную клетку кладут холодный компресс.

Растяжения связок и вывихи. Растяжение связок, наряду с ранами, относится к числу наиболее часто встречающихся травм. Растяжение связок получают, неловко ступив, споткнувшись или поскользнувшись. Чаще всего при этом поражаются голеностопный и коленный суставы. В суставе происходит надрыв связок и разрыв сосудов. Область сустава опухает, через кожу синевой просвечивает кровоподтек. Травмированное место болезненно при ощупывании и особенно при движении, тем не менее пострадавший может передвигаться. Первая помощь. При растяжении связок необходимо оказать первую помощь, задачей которой является уменьшение боли. Прежде всего, поврежденный сустав необходимо иммобилизовать, для этой цели при небольшой опухоли можно применить эластичный бинт. Если есть жидкость Бурова, то ее можно использовать для приготовления компресса, так как этот препарат уменьшает опухоль. При любом растяжении необходимо обратиться за помощью к врачу, поскольку при таком повреждении не исключается трещина кости.

Вывихи встречаются реже, чем растяжения, но, с другой стороны, они представляют собой более тяжелые и болезненные травмы. Вывихи возникают при падении, ударе или чрезмерном движении; при этом происходит полное смещение костей, так что их концы перестают соприкасаться, связки и суставная сумка разрываются и одна из костей выступает из сустава. Наиболее часто встречаются вывихи в плечевом суставе. Этот вывих обычно возникает при падении на вытянутую руку. Вывихи легко определяются по изменению внешнего вида и по искривлению сустава. Пострадавший может немного двигать вывихнутой конечностью, но с большим напряжением, причем каждое движение чрезвычайно болезненно. Сустав опухает. Первая помощь. Вывихнутая конечность требует очень осторожного обращения. Ее иммобилизуют в том положении, которое она приняла после травмы. На вывихнутый сустав накладывают компресс с буровской жидкостью, если этот препарат имеется в распоряжении. Нельзя самим предпринимать никаких попыток к вправлению вывихнутой конечности, поскольку любое движение причиняет сильную боль, и нет гарантии в отсутствии перелома кости.

Переломы. Перелом — это нарушение целостности костей. Переломы чаще всего возникают при ударе, толчке, падении или же при попадании в кость какого-либо брошенного предмета. Таким путем обычно возникают переломы

нижних конечностей и черепа. При непрямом ударе, наблюдаемом при падении, спотыкании, при падении на улице во время гололедицы, возникают переломы предплечья. При падении со значительной высоты происходят переломы черепа и позвоночника. В результате сдавления возникают переломы черепа, грудной клетки и таза. Переломы бывают открытые и закрытые. Открытые переломы более опасны, чем закрытые, т.к. при них происходит беспрепятственное загрязнение и попадание микробов непосредственно в область перелома, что может повлечь за собой серьезные осложнения, которые в дальнейшем резко затрудняют процесс сращения перелома и выздоровление пострадавшего. Закрытым переломом считается такое повреждение кости, при котором не происходит значительного нарушения целостности кожи. Типичным симптомом закрытого перелома является опухоль, в некоторых случаях – изменение внешнего вида поврежденного участка тела – искривление, особенно характерное для больших переломов конечностей. Движения в соседних суставах сопровождаются значительной колющей болью в месте перелома. В тех случаях, когда травмирующая сила воздействует на тело очень интенсивно и резко, переломанная кость проникает через кожу на поверхность тела; такие переломы называются открытыми. Перелом кости является тяжелым ранением и требует немедленного оказания первой помощи.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?v=E4O9Z_36YYU

Переломанной конечностью ни в коем случае нельзя размахивать, за нее нельзя тянуть или поворачивать; при открытом переломе обломки костей нельзя заталкивать в рану. Одним из симптомов перелома является хруст (крепитация) в месте перелома. Проверять этот симптом путем насильного воздействия на переломанные кости нельзя. Боль при переломе обуславливается ранением надкостницы, весьма богатой нервными волокнами и тельцами, чувствительными к боли. Открытый перелом сначала обрабатывают по принципу обработки ран, а затем уже как перелом. На место закрытого перелома накладывают компресс с жидкостью Бурова, если есть в распоряжении препарат уксусно-кислого алюминия; после этого переломанную конечность или же часть тела иммобилизируют. Если пострадавший жалуется на жажду, то его следует напоить, причем лучше всего какой-либо минеральной водой. После тщательной иммобилизации переломанного участка тела пострадавшего следует доставить в лечебное учреждение для хирургической обработки. При переломах крупных костей,

если немедленно не оказывается первая помощь, направленная на уменьшение боли, на надежную иммобилизацию переломанной конечности и организацию удобной, щадящей транспортировки в лечебное учреждение, у пострадавшего может возникнуть шок.

Тема 5. Меры по обеспечению безопасности в чрезвычайных ситуациях

Вся история развития земной цивилизации непрерывно связана с войнами, стихийными бедствиями, авариями и катастрофами. Они уносили и уносят тысячи человеческих жизней, наносят колоссальный экономический ущерб.

В современных условиях количество природных и техногенных катастроф, несмотря на технический прогресс, продолжает возрастать. Это обусловлено следующими основными причинами:

- ростом населения и урбанизации;
- возведением объектов повышенного риска (АЭС, ГЭС, химические предприятия, транспортные магистрали);
- изменением окружающей среды, способствующим активизации катастрофических процессов;
- отсутствием надежных методов прогнозирования опасных процессов и способов борьбы с ними.

Для защиты населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих в случае чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, создана единая система предупреждения и действий в чрезвычайных ситуациях.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=424&v=erbyVylrAJg

Понятие «чрезвычайная ситуация» раскрыто в федеральном законе «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

Чрезвычайная ситуация – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или

окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей». (ФЗ № 68 ст.1).

В результате ЧС возникают те или иные факторы, способные в момент возникновения или впоследствии оказать вредное или губительное воздействие на человека, животный и растительный мир, а также разрушительное воздействие на жилой фонд, производственные, культурные объекты и другие объекты.

Эти факторы принято называть поражающими. По механизму своего воздействия они могут быть первичными или вторичными, а также могут носить комбинированный характер. Так, в результате воздействия ударной волны (первичный фактор) могут возникнуть разрушения производственных объектов, повлекших за собой пожары, затопления, химическое или радиоактивное заражение (вторичные факторы). Пример: цунами в Японии в 2011 г. привело к аварии на АЭС, разрушениям и пожарам.

Классификация чрезвычайных ситуаций.

Источником ЧС является опасное природное явление, авария или опасное техногенное происшествие, широко распространенная инфекционная болезнь людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также применение современных средств поражения, в результате чего произошла или может возникнуть ЧС.

В соответствии с ГОСТ Р 22.0.02-94 «Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Термины и определения основных понятий» чрезвычайные ситуации по характеру источника подразделяются на:

- военные;
- техногенные;
- биолого-социальные;
- природные.

Основополагающими законодательными актами в области организации защиты населения, территорий, материальных и культурных ценностей от ЧС природного и техногенного характера являются Конституция РФ, федеральные законы: №68-ФЗ от 21 декабря 1994 г. «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», № 151-ФЗ от 22 августа 1995 г. «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей», №3-ФЗ от 9 января 1996 г. «О радиационной безопасности».

В соответствии с действующим законодательством, руководитель организации, на территории которой может возникнуть или возникла чрезвычайная ситуация, вводит режим повышенной готовности или чрезвычайной ситуации для органов управления и сил единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и принимает решение об установлении уровня реагирования и о введении дополнительных мер по защите от чрезвычайной ситуации работников данной организации и иных граждан, находящихся на ее территории.

Руководитель организации, на территории которой может возникнуть или возникла чрезвычайная ситуация, и назначенный им руководитель работ по ликвидации чрезвычайной ситуации несут ответственность за проведение работ по предотвращению и ликвидации чрезвычайной ситуации на территории данной организации в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с видео-материалом:

<https://www.youtube.com/watch?v=hgyp9phyqwU>

Основные поражающие факторы в чрезвычайных ситуациях.

Ударная волна.

Она возникает при взрывах, боеприпасов, взрывоопасных веществ на технических производствах (газа, паров горючих смесей, аппаратов, работающих под давлением, нагревательных котлов и др.), а также при воздействии сейсмических волн и землетрясениях.

Ударная волна – это область резкого сжатия среды, которая в виде сферического слоя распространяется от места взрыва во все стороны со сверхзвуковой скоростью.

В зависимости от величины избыточного давления во фронте ударной волны различают зоны полных (более 50 кПа), сильных (50 – 30 кПа), средних (30 – 20 кПа) и слабых (до 10 кПа) разрушений.

Для человека на открытой местности избыточное давление 20 кПа – травмоопасное, 100 кПа – смертельно опасное.

Ионизирующее излучение.

Представляет собой поток рентгеновских и гамма лучей, альфа- и бета-частиц и нейтронов. Возникновение такого поражающего фактора возможно при авариях на АЭС, взрывах ядерных боеприпасов, при нарушении технологических процессов и техники безопасности на производстве при работе с источниками ионизирующих излучений.

Заражение окружающей среды опасными веществами.

Такое заражение может произойти при авариях на производстве, железнодорожном и автомобильном транспорте, при ведении боевых, а также в быту. В настоящее время в промышленности используется более 700 наименований химических веществ, способных оказать опасное воздействие на организм человека. Широкое распространение получили следующие опасные химические вещества: хлор, аммиак, сернистый ангидрид, сероводород, бензол и ряд других. В зависимости от получаемой дозы различают *три степени* поражения: *легкую, среднюю, тяжелую*. При действии очень больших доз смертельно действующих веществ смерть наступает мгновенно.

Аэрогидродинамический фактор.

Как правило, этот фактор возникает в результате таких стихийных бедствий, как наводнения, тайфуны, ураганы, смерчи, обвалы, оползни, снежные лавины, сели и т.п. В некоторых случаях может иметь техногенное происхождение (разрушение плотин, аварии на гидроэлектростанциях).

Температурный фактор.

Это воздействие высоких и низких температур, возникающих в экстремальных ситуациях (природные, техногенные и бытовые пожары, катастрофы на море, снежные завалы, климатические экстремальные условия).

Заражение окружающей среды бактериальными средствами.

В результате попадания биологических средств в окружающую среду могут появиться очаги инфекционных (заразных) болезней, людей, животных, растений. Возбудителями болезней являются бактерии, вирусы риккетсии, грибки, микробы и их токсины. Массовые заболевания, распространившиеся за короткое время на обширные территории, называются **эпидемией** (если болеют люди), **эпизоотией** (заболевание животных), **эпифитотией** (заболевание растений).

Тема 6. Санитарные и гигиенические нормы в спортивной подготовке

Гигиена (от греч. hygieinos приносящий здоровье)- одна из старейших областей медицины, наука о сохранении, укреплении и повышении индивидуального и общественного здоровья. Гигиена тесно связана с санитарией. Санитария (от лат. sanitas здоровье) - отрасль здравоохранения, содержание которой охватывает разработку и проведение практических санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

(!) Перейдите, пожалуйста, по ссылке для ознакомления с презентацией:

<https://ppt-online.org/102796>

Гигиена физического воспитания и спорта. История становления и развития

Гигиена - медицинская наука, изучающая влияние окружающей среды и производственной деятельности на здоровье человека и разрабатывающая оптимальные, научно-обоснованные требования к условиям жизни и труда населения - это сложная, разносторонняя наука, охватывающая все стороны постоянно изменяющейся и развивающейся жизнедеятельности человека.

Знание гигиены необходимо для правильного решения вопросов по предупреждению заболеваний, повышения трудоспособности и сопротивляемости организма к неблагоприятным влияниям окружающей среды.

Гигиена физической культуры и спорта - это наука о влиянии различных факторов, связанных с занятиями физической культурой и спортом, на здоровье занимающихся.

Основными факторами, оказывающими влияние на организм занимающихся, являются:

- факторы внешней среды: условия, в которых протекают спортивные занятия, соревнования и тренировки;
- организация и содержание занятий и тренировок;
- объем, длительность и интенсивность физических нагрузок;
- характер питания спортсменов;
- техническое оснащение и состояние спортивных сооружений;
- экипировка спортсменов.

К основным задачам гигиены физической культуры и спорта относятся:

- разработка практических мероприятий, направленных на предупреждение возможного неблагоприятного влияния различных факторов физической культуры и спорта на занимающихся;
- улучшение состояния здоровья, физического развития, повышение общей и спортивной работоспособности лиц, занимающихся физической культурой и спортом.

Эти задачи определяют выделение следующих разделов гигиены физической культуры и спорта: гигиена планирования, строительства и эксплуатации спортивных сооружений; гигиена закаливания; гигиена питания лиц, занимающихся физической культурой и спортом; гигиена тренировки в отдельных видах спорта.

К числу основных гигиенических средств, применяемых в гигиене физической культуры и спорта, относятся:

- оптимизация условий, режимов, содержания, форм, средств и методов физической культуры и спорта;
- рациональное питание;
- оптимизация физических нагрузок в процессе занятий физическими упражнениями;
- закаливание

Без соблюдения соответствующих гигиенических норм и требований в процессе занятий физической культурой и спортом нельзя обеспечить оптимальные условия для нормального физического развития, сохранения и укрепления здоровья занимающихся физическими упражнениями, для повышения спортивных достижений.

Спортивные сооружения должны соответствовать установленным санитарно-гигиеническим требованиям и нормам. К гигиеническим требованиям спортивных сооружений предъявляются особо высокие требования, так как от их санитарного состояния зависит оздоровительный эффект занятий физическими упражнениями и спортом.

После сдачи спортивного сооружения в эксплуатацию работники санитарно-эпидемиологической станции и врачебно-физкультурных диспансеров, а также специалисты по физической культуре и спорту должны систематически проводить текущий санитарный надзор этих помещений.

Замечания и предложения представителей органов санитарного надзора записываются в санитарный журнал, который должен иметься на всех спортивных сооружениях. Кроме того, на каждом спортивном объекте

необходимо иметь правила внутреннего распорядка, согласованные с санитарно-эпидемиологической станцией.

Ответственность за несоблюдение санитарно-гигиенических норм, правил содержания и эксплуатации спортивных сооружений несёт администрация данного сооружения. При нарушении санитарно-гигиенических норм и правил администрация привлекается к ответственности.

ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОСТИ В СПОРТЗАЛЕ

**В СПОРТИВНОМ ЗАЛЕ И НА СПОРТПЛОЩАДКЕ ОЧЕНЬ ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ,
ЧТОБЫ НЕ ПОЛУЧИТЬ ТРАВМУ САМОМУ И НЕ ТРАВМИРОВАТЬ СВОЕГО ТОВАРИЩА.
ЗАПОМНИ, ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ И ЧТО НЕ НУЖНО ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИКУЛЬТУРОЙ.**

1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ

1. СОБЛЮДЕНИЕ ДАННОЙ ИНСТРУКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ВСЕХ УЧАЩИХСЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНОМ ЗАЛЕ.
2. К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ДОПУСКАЮТСЯ УЧАЩИЕСЯ, ПРОШЕДШИЕ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР И ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ.
3. В СПОРТИВНОМ ЗАЛЕ ЗАНИМАТЬСЯ ТОЛЬКО В СПОРТИВНОЙ ОДЕЖДЕ И ОБУВИ С НЕСКОЛЬЗКОЙ ПОДОШВОЙ.
4. НЕ ВХОДИТЬ В СПОРТИВНЫЙ ЗАЛ В ВЕРХНЕЙ ОДЕЖДЕ.
5. СОБЛЮДАТЬ ЛИЧНУЮ ГИГИЕНУ (СЛЕДИТЬ ЗА ЧИСТОТОЙ ТЕЛА, КОРОТКО ОСТРИГАТЬ НОГТИ).
6. НЕ ЗАНОСИТЬ В СПОРТЗАЛ ПОРТФЕЛИ И СУМКИ.
7. ТРАВМООПАСНОСТЬ В СПОРТИВНОМ ЗАЛЕ
 - ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ЭЛЕКТРООСВЕЩЕНИЯ (ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРОТОКОМ)
 - ПРИ НЕСОБЛЮДЕНИИ ТБ (ТРАВМИРОВАНИЕ РУК, СУСТАВОВ, УШИБЫ)
 - ПРИ РАБОТЕ НА НЕИСПРАВНЫХ И НЕПОДГОТОВЛЕННЫХ СПОРТИВНЫХ СНАРЯДАХ.

2. ТРЕБОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАНЯТИЯ

1. ПЕРЕОДЕТЬСЯ В СПОРТИВНУЮ ОДЕЖДУ В РАЗДЕВАЛКЕ.
2. НЕ ВХОДИТЬ В СПОРТИВНЫЙ ЗАЛ БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ УЧИТЕЛЯ ИЛИ КОМАНДЫ ДЕЖУРНОГО.
3. СПОКОЙНО, НЕ ТОРОПЯСЬ, СОБЛЮДАЮ ДИСЦИПЛИНУ И ПОРЯДОК, ВОЙТИ В СПОРТЗАЛ.
4. НЕ ВКЛЮЧАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЭЛЕКТРООСВЕЩЕНИЕ.
4. НЕ ОТКРЫВАТЬ ДВЕРЬ ДЛЯ ПРОВЕТРИВАНИЯ БЕЗ УКАЗАНИЯ УЧИТЕЛЯ.
6. НЕ ПЕРЕДВИГАТЬ СПОРТИВНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И СНАРЯДЫ БЕЗ УКАЗАНИЯ УЧИТЕЛЯ.
7. ВНИМАТЕЛЬНО ПРОСЛУШАТЬ ИНСТРУКТАЖ ПО ТБ НА ДАННОМ ЗАНЯТИИ.

3. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ

1. НЕ ПРИСТУПАТЬ К ВЫПОЛНЕНИЮ УПРАЖНЕНИЙ И УЧЕБНЫХ ЗАДАНИЙ БЕЗ КОМАНДЫ УЧИТЕЛЯ.
2. НЕ ВЫПОЛНЯТЬ УПРАЖНЕНИЯ НА СПОРТИВНЫХ СНАРЯДАХ БЕЗ ПОДЛОЖЕННЫХ МАТОВ.
3. ПЕРЕД РАБОТОЙ НА СНАРЯДАХ ПРОТЕРЕТЬ ИХ СУХОЙ, ЧИСТОЙ ТКАНЬЮ.
4. НЕ ЗАБЫВАТЬ О ПОДСТРАХОВКЕ ДРУГ ДРУГА ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ.
5. НЕЛЬЗЯ МЕТАТЬ МЯЧИ НАВСТРЕЧУ ДРУГ ДРУГУ, В РАБОТЕ ПАРЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОДИН МЯЧ.
6. НЕ ВЫПОЛНЯЙТЕ УПРАЖНЕНИЯ, НЕ ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ЗАДАНИЕМ УЧИТЕЛЯ.
7. СОБЛЮДАЙТЕ ДИСЦИПЛИНУ И ПОРЯДОК НА УРОКЕ.
8. НЕ УХОДИТЕ С ЗАНЯТИЙ БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ УЧИТЕЛЯ.
9. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ УПРАЖНЕНИЯ УБЕДИТЕСЬ В ОТСУТСТВИИ БЛИЗКО СТОЯЩИХ К СНАРЯДУ УЧАЩИХСЯ.

4. ТРЕБОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ В АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

1. ПРИ ПЛОХОМ САМОЧУВСТВИИ И ВНЕЗАПНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПРЕКРАТИТЕ ЗАНЯТИЯ И СООБЩИТЕ ОБ ЭТОМ УЧИТЕЛЮ.
2. В СЛУЧАЕ ТРАВМАТИЗМА СООБЩИТЕ УЧИТЕЛЮ, ОН ОКАЖЕТ ВАМ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ.
3. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ, ПОЖАРА, ПО УКАЗАНИЮ УЧИТЕЛЯ БЫСТРО, БЕЗ ПАНИКИ, ПОКИНЬТЕ ПОМЕЩЕНИЕ СПОРТИВНОГО ЗАЛА.

5. ТРЕБОВАНИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПО ОКОНЧАНИИ ЗАНЯТИЙ

1. ВЫХОДИТЕ ИЗ СПОРТЗАЛА ПО КОМАНДЕ УЧИТЕЛЯ СПОКОЙНО, НЕ ТОРОПЯСЬ.
2. ВЫМОЙТЕ С МЫЛОМ РУКИ, УМОЙТЕСЬ.
3. СНИМИТЕ СПОРТИВНУЮ ФОРМУ, ОБУВЬ, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЕЕ ТОЛЬКО ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ.
4. ОБО ВСЕХ НЕДОСТАТКАХ, ЗАМЕЧЕННЫХ ВАМИ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ, СООБЩИТЕ УЧИТЕЛЮ.



БЫСТРЕЕ, ВЫШЕ, СИЛЬНЕЕ!



**ДЛЯ СОРАЗМЕРНОСТИ, КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ ТРЕБУЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ НАУКИ И ИСКУССТВА,
НО И ЗАНЯТИЯ ВСЮ ЖИЗНЬ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ, ГИМНАСТИКОЙ.**

Stendy КЛАТОН **.su**

Гигиенические требования к крытым спортивным сооружениям.

Спортивные помещения (залы, манежи, плавательные бассейны) могут размещаться в специальных или входить в состав общественных зданий (учебных заведений, клубов и др.).

Служебные помещения в спортивном сооружении должны быть взаимосвязаны таким образом, чтобы обеспечивалось движение занимающихся в следующей последовательности: вестибюль с гардеробной для верхней одежды- раздевалки мужские и женские (с душевыми и туалетами) - спортивный зал. Подробное размещение исключает встречные потоки движения одетых и раздетых спортсменов.

Важное гигиеническое значение имеет внутренняя отделка помещений. Стены должны быть ровными, без выступов и лепных украшений, устойчивыми к ударам мяча и допускающими уборку влажным способом. Радиаторы центрального отопления должны быть расположены в нишах под окнами и укрыты защитными решётками. Дверные проемы не должны иметь выступающих наличников.

При окраске стен следует учитывать степень отражения света и влияние света на психофизиологические функции: зелёный цвет успокаивает и благоприятно действует на орган зрения; оранжевый и жёлтый бодрят и вызывают ощущение тепла; красный цвет возбуждает; синий и фиолетовый угнетают. При использовании масляной краски не рекомендуется покрывать ею стены и потолок полностью, так как это препятствует естественной вентиляции помещения. Пол должен быть ровным, без выбоин и выступов, нескользким, эластичным, легко моющимся.

Особое гигиеническое значение имеет создание в залах оптимальных микроклиматических условий: температура воздуха должна поддерживаться на уровне +15С, относительная влажность - 35-60, скорость движения воздуха - 0,5м/с. В залах для борьбы и настольного тенниса скорость движения воздуха не должна превышать 0,25 м/с, а в душевых, раздевалках и массажных - 0,15 м/с. Для обеспечения необходимого воздухообмена предусматривается устройство центральной приточно-вытяжной вентиляции с расчётом на подачу наружного воздуха не менее 80м³ в час на одного занимающегося и 20м³ в час - на одного зрителя. Если нет такой возможности, устраивается децентрализованная искусственная вентиляция с максимальным проветриванием помещений через фрамуги и форточки.

Спортивные залы должны иметь по возможности прямое естественное освещение; искусственное освещение в залах осуществляется светильниками рассеянного или отражённого света. Освещение должно быть равномерным и обеспечивать необходимый уровень горизонтальной и вертикальной освещённости в соответствии с установленными нормами.

Медицинский пункт размещают в непосредственной близости от спортивного зала. На видных местах должны находиться указательные стрелки, показывающие месторасположения медицинского пункта.

Оборудование и инвентарь спортивных залов должны быть исправны и соответствовать определённым стандартам по форме, весу и качеству материалов. К ним также предъявляется ряд гигиенических требований, направленных на предупреждение спортивных травм, устранение загрязнения воздуха пылью, соответствие снарядов возрасту занимающихся. Всё это создаёт условия для нормального учебно-тренировочного процесса.

В спортивных залах необходимо ежедневно проводить влажную уборку, а один раз в неделю - генеральную уборку с мытьём полов, стен и чисткой оборудования.

Особый санитарно-гигиенический режим устанавливается для искусственных крытых плавательных бассейнов. Температура воздуха в них может колебаться от +24 до +27 С, воды – от +26 до +29 С; воздух всегда должен быть на 2-3 градуса выше температуры воды.

Вода должна удовлетворять требованиям, предъявляемым к питьевой. С этой целью каждые 2 часа берутся пробы воды, которые исследуются в лаборатории.

Для предупреждения возможного загрязнения воды в бассейн допускаются только лица, прошедшие предварительный медицинский осмотр.

В крытых спортивных сооружениях категорически запрещается курить, а также заниматься не в спортивной форме.

Гигиенические требования к открытым спортивным сооружениям.

Эти сооружения, располагаемые на открытом воздухе, могут быть отдельными или комплексными.

Открытые плоскостные спортивные сооружения должны иметь специальное покрытие с ровной и нескользящей поверхностью, не пылящейся в сухое время года и не содержащей механических включений, которые могут привести к травме.

Травяное покрытие (зелёный газон), кроме того, должно быть низким, густым, морозостойким, устойчивым к вытаптыванию и частой стрижке, а также к засушливой и дождливой погоде. Покрытие должно иметь уклоны для отвода поверхностных вод.

На территории открытых спортивных сооружений необходимо соорудить фонтанчики с питьевой водой (радиус обслуживания не более 75 м). Туалеты должны располагаться на расстоянии не более 150 м от открытых спортивных сооружений.

При проектировании системы искусственного освещения на площадках для спортивных игр необходимо обеспечить оптимальную освещённость не только поверхности самой площадки (горизонтальная освещённость), но и пространства в пределах полёта мяча (вертикальная освещённость).

Освещение должно быть равномерным.