

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



3

1930

АКЦ · ИЗД · О-Д О
«ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТ»
МОСКВА · ЛЕНИНГРАД

05
7-33

A99

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ЖУРНАЛ

ПОСВЯЩЕННЫЙ НАУЧНОЙ РАЗРАБОТКЕ ВОПРОСОВ
ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ФИЗИЧЕСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ И ВРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ НАД
ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ. ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН
НКЗдрава и ВСФК РСФСР



№ 3 (27)

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
I. ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.	
<i>Магитон С. Я.</i> — О показателях пятилетнего плана по физкультуре	3
<i>Клочков Л. А.</i> , д-р. — К вопросу о влиянии тренировки на газообмен	7
<i>Давыдов В. С.</i> , д-р. — Результаты медосмотра участников зимнего праздника деревенских кружков физкультуры	15
<i>Винокуров Д. А.</i> — Массовая работа врача по физкультуре . . .	29
<i>Коряковский И.</i> и <i>Крестовников А.</i> — Гимнастика на дому К. Пржевальинского	36
II. НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ	43
III. ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	44

INHALTSVERZEICHNIS

	Стр.
I. ORIGINALARTIKEL	
<i>Magiton S.</i> — Über die Anzeichen des fünfjährigen Planes für Körperkultur	3
<i>Klotschkov L. d-r</i> — Zur Frage über den Einfluss des Trainierens auf den Gaswechsel	7
<i>Davydov W. d-r</i> — Uder die Resultate der medizinischen Untersuchung der Teilnehmer am Winterfest der Kreise für Körperkultur auf dem Lande	15
<i>Vinokurov D.</i> — Die Massenarbeit der Ärzte für Körperkultur . . .	29
<i>Koriakovsky J.</i> und <i>Krestovnikov A.</i> — Die Gymnastik im Hause von K. Prschevalinsky	36
II- WISSENSCHAFTLICHES LEBEN	43
III. OFFIZIELLER TEIL	44

О ПОКАЗАТЕЛЯХ ПЯТИЛЕТНЕГО ПЛАНА ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ

С. Я. Магитон

Проведение плановости в построении физической культуры в СССР в настоящее время упирается в необходимость совершенно четко и конкретно определить место физической культуры в общем хозяйственном и культурном строительстве страны. Без этих показателей дальнейшее развитие физкультуры, не будучи увязано с общим пятилетним планом строительства, явится одним из узких мест нашей культурной и оздоровительной работы.

Пятилетний план СССР, составленный на основе генеральной линии партии в расчете на индустриализацию СССР, на социалистическое переустройство деревни, на преодоление капиталистических и укрепление социалистических элементов в хозяйственной системе страны, на подготовку к обороне страны, во весь рост выдвигает перед физической культурой целый ряд конкретных задач, кои должны быть четко отражены в пятилетнем плане физкультурной работы. Какие же конкретные задачи социалистическое строительство выдвигает перед физкультурой?

1. Индустриализация страны, быстрый рост промышленного пролетариата ставят перед физкультурой вопросы оздоровления труда и быта, борьбы с профвредностями, рационализации и поднятия производительности труда, участия в подготовке рабочих кадров для производства.

2. Подготовка к обороне страны требует широкого развития физкультурной работы среди трудящихся, максимального использования средств физкультуры для привития военно-прикладных навыков и знаний массам.

3. Социалистическое переустройство деревни выдвигает задачи внедрения средств физической культуры в воспитание и оздоровление сельского населения. Совхозное и колхозное строительство, опирающееся на механизацию сельского хозяйства, требует новых кадров и перевоспитания старых в сторону приобретения необходимых качеств для работы в механизированных процессах сельского хозяйства. Темпы переустройства

сельского сектора, широкая индустриальная база должны создать совершенно нового работника на селе, и в этом отношении физическая культура в общей цепи мероприятий должна играть значительную роль.

4. Индустриализация страны и социалистическое переустройство деревни выдвигают на первый план воспитание и оздоровление всего детского и подросткового населения и всех учащихся города и деревни. Этот огромный участок работы для физкультуры должен являться одним из основных, ибо только с раннего возраста прививая физкультурные навыки можно готовить здоровую смену.

Физическая культура, являясь составной частью нашего культурно-социалистического строительства, должна во всех моментах своего строительства исходить из классовости и массовости движения и тем самым способствовать организации трудящихся масс на преодоление капиталистических элементов в хозяйственной и культурной системах страны, а также и интернациональному воспитанию.

Отсутствие всяких статистических данных о планировании физкультурной работы во всех организациях Союза дает возможность в настоящий момент наметить только ориентировочно показатели пятилетнего плана.

Основными моментами плана должны быть:

1. Организованный охват физкультурой трудящихся и их семей города и деревни.
2. Физкультурные кадры.
3. Финансовая база физкультурной работы по всем источникам: госбюджет, местный бюджет, профсоюзы.
4. Спортсооружения, выработка спортивного инвентаря.

Поскольку настоящая работа является одной из практических попыток установить показатели к планированию физкультурной работы, необходимо предварительно установить, какое содержание вкладывается в физкультурную работу.

Физическая культура в пятилетке должна являться частью культурно-оздоровительного плана и в показателях должна ограничиться исключительно отдельными специфическими средствами физкультуры, как-то: спорт, гимнастика, производственная физкультура с корригирующей гимнастикой и т. д.

Переходя к отдельным показателям охвата физкультурой населения города и деревни, необходимо расшифровать самый термин «охват физкультурой». В это понятие вкладывается организованный охват физкультурой путем различных форм: при клубе, в кружке на производстве, при библиотеке, в школе и т. п.

Отсутствие даже ориентировочных данных чрезвычайно затрудняет вопрос об основных показателях этого охвата трудящегося населения города и деревни.

По не вполне точным данным, в настоящий момент по СССР в городах охвачено физкультурой вместе с учащимися до трех миллионов человек, что составляет ко всему населению 2,04%. В деревне насчитывается до 300 тысяч физкультурников и в городе около 2.700 тыс. чел., что составляет 10% всего городского населения. Данных о классовом разрезе охвата населения физкультурой, к сожалению, совершенно нет. Отсюда основной вывод — показатели пятилетки должны исходить именно из классового разреза охвата населения.

По данным бюро физкультуры ВЦСПС, показатель охвата физкультурой должен к концу пятилетки определиться:

для трудящихся города	в 30%
для сельскохозяйственных рабочих	в 20%

Всего лиц наемного труда к концу пятилетки будет 15.764 тыс., из них:

в городах	12.897 тыс.
сельскохозяйственных рабочих	2.867 тыс.

Если исходить из наметки бюро физкультуры ВЦСПС, то 30% от количества 12.897 тыс. лиц наемного труда составит 3.857 тыс., а считая с членами семей рабочих (864.000) — всего будет охвачено 4.721 тыс. чел.

Сельскохозяйственных рабочих из расчета 20% к числу 2.867 тыс. — 600 тыс., вместе с членами их семей (в 25% — 150 тыс.) — всего 750 тыс. Таким образом общий итог выразится в сумме 5.471 тыс. чел.

Такой расчет является, понятно, не вполне точным, но он ставит перед собой совершенно конкретную задачу во много раз увеличить к концу пятилетки охват трудящегося населения. Этот процентный охват организованного трудящегося населения должен быть строго дифференцирован для отдельных производственных групп рабочих и служащих. Грубо намечая эту дифференциацию и учитывая все условия работы отдельных производств по г р у п п е А (тяжелой промышленности), особо нужно выделить:

		Охват довести до	
		в процентах	в тысячах
Металлургическая	647,8	60	388
Электротехническая	57,8	50	28,9
Топливная и горнодобывающая	413,3	30	193,9
Химическая	81,0	70	56
Строительн. материал.	243,2	30	72,96
Лесная и деревообраб.	134,0	20	26,8
	1.477,1	43,3	631.686

По группе Б.

Текстильная	782,9	30	234,87
Швейная	86,5	50	43,25
Кожевенная обувная	74,0	50	37
Бумажная	36,5	30	18,25
Полиграфическая	29,5	50	14,75
Фарфоро-фаянсовая	27,4	30	8,12
Химическая	52,2	50	26,1
Пищевкусовая	165,0	30	49,5
Соляная	5,3	30	1,59
	1.140,8	39	433,43

Итого рабочих к концу пятилетки по группам А и Б из количества 2.617.100 будет охвачено 1.065.116 чел., что составляет 49% всех промышленных рабочих.

Лиц в рабочем возрасте (от 16—59 лет) в сельском секторе к концу пятилетки будет 91.500.000 чел., из них колхозников — 30% ко всему сельскому населению. Среди колхозников процент физкультурного охвата, равный 10, даст 2.745 тыс. (27.450×10) и индивидуальное крестьянство — 1.281 тыс. ($64.050 \times 2\%$ охвата ф. к.). Всего, следовательно, в сельском секторе будет 4.026 тыс. чел. (без учащихся).

К концу пятилетки все учащиеся дошкольных, школьных, средних учебных заведений, рабфаков, рабочих курсов, ФЗУ, втузов, вузов и техникумов на 100% должны быть охвачены обязательным преподаванием физической культуры.

По культурной пятилетке общее количество учащихся намечено в 21.766 тыс. человек, из них:

в городе 12.464 т.

в деревне 9.305 т.

Итого к концу пятилетки вместе с учащимися в городе будет охвачено 17.185 т. человек (учащихся 12.464 тыс., трудящихся с членами сем. 4.721 тыс., из них 1.065 тыс. пром. раб.) и в деревне 14.081 тыс. (сельскохозяйственных рабочих и их семей 750 тыс., колхозников 2.745 тыс., индивидуальн. крест. хозяйств 1.281 тыс. и учащихся (со школ. 1 ступени) 9.305 тыс.).

Всего к концу пятилетки, то-есть к 32/33 году, будет охвачено физкультурой:

Среди городского населения (34.700 тыс.) 17.185 тыс., или 50%

„ деревенского „ (135.500 „) 14.081 „ „ 10%

Всего . . (169.200 тыс.) 31.266 тыс., или 18,98%

Считаем необходимым отметить, что все данные цифры взяты нами из сводного пятилетнего плана Госплана СССР. Количество колхозников берется совершенно ориентировочно, так как величайший размах колхозного строительства в самое ближайшее время опередит запроектированные цифры. Данные по физкультурной работе показатели могут рассматриваться как отправные.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ТРЕНИРОВКИ НА ГАЗООБМЕН

(Из физиологической лаборатории ГЦИФК—

зав. проф. Д. В. Ненюков)

Д-р Л. А. Клочков.

Определение газообмена производилось аппаратом Книппинга.

Всего было проделано 69 исследований, не считая тех, которые служили для определения точности аппарата и первых предварительных наблюдений.

Наблюдения производились над пятью лицами — четверо студентов института, один физкультурник — и одна серия наблюдения производилась над самим собой. В общей сложности наблюдение производилось в период с октября 1928 г. по март 1929 г.

Технические особенности работы с аппаратом Книппинга. В стеклянный сосуд наливается 75 куб. см насыщенного раствора едкого натра. Сосуд сейчас же соединяется резиновой трубкой с насосом аппарата. После этого в спирометр аппарата накачивается кислород до максимального предела. Затем пускается мотор для того, чтобы пропустить через всю систему кислород и для поглощения возможных остатков углекислоты. (После того как стрелка спирометра перестает в течение 5 минут опускаться, окончательно фиксируется цифра ввпущенного в аппарат кислорода. Обычно она опускается на 50 куб. см). Цифра чрезвычайно незначительная, но для точности имеющая огромное значение. После этого на исследуемого надевается резиновая маска со стеклянными очками, твердый мундштук которой берется в рот, нос зажимается клеммой. Предлагается ровно и спокойно дышать. Ловится момент выдоха исследуемого, и при начале вдоха открывается кран, включающий исследуемого в заряженную систему. Обычно сеанс продолжается 10 минут. В конце сеанса на выдохе закрывается кран, и исследуемый снимает маску. Аппарат продолжает работать по крайней мере в течение 5 минут, до тех пор, пока стрелка спирометра не остановится на определенной величине и не идет дальше. Иначе говоря, когда имеется определенная уверенность в том, что вся углекислота, находившаяся в системе, поглощена едким натром. Раствор едкого натра совершенно прозрачного делается молочно-белым. Затем, в верхнюю часть стеклянного сосуда, в обособленный шар, наливается 300 куб. см раствора серной кислоты (260 куб. см дистиллированной воды и 40 куб. см концентрированной серной кислоты). Приготовление раствора серной кислоты производится до эксперимента, и в шар прибора, во избежание всяких недоразумений, раствор наливается после того, как исследуемый снял маску.

При работающем моторе раствор серной кислоты постепенно впускается в стеклянный сосуд. Обычно в среднем по 50—40 куб. см. Стеклоанная часть аппарата, где находится едкий натр, чрезвычайно сильно разогревается. При впускании раствора серной кислоты стрелка спирометра начинает подниматься вверх. Не рекомендуется вводить сразу большое количество раствора серной кислоты, во избежание бурной реакции. Когда прекращается реакция, стрелка спирометра больше не поднимается, раствор сделался снова светлым; записывается цифра спирометра, на которой стоит стрелка.

Примерный расчет: предположим, мы накачали 6.500 куб. см кислорода. Пустив мотор через 5-6 минут — мы получили 6.470.

В дальнейшем начинаем сеанс, только тогда убеждаемся, что ниже 6.470 стрелка не идет. После 10 минут стрелка непосредственно показывает,

для примера, 2.480. Серная кислота не вливается до тех пор, пока стрелка спирометра не перестанет падать. Обычно после сеанса в среднем еще поглощается до 30 кубиков углекислоты. Предположим, что окончательная цифра—2.460. Вычтита последнюю из 6.470, мы получаем количество потребленного кислорода. Затем к цифре 2.460 прибавляем 300 — количество серной кислоты, которая будет введена, получаем 2.760 и уже от этой цифры ведем счет выделенной углекислоты.

Приведенные технические детали настолько важны для правильной постановки опытов, что я позволил себе несколько подробнее остановиться на них.

Несколько слов о режиме лиц, подвергавшихся исследованию: трое студентов института, кроме академической работы, служили инструкторами по физкультуре на заводах. Никакой специальной тренировки не вели. Четвертый, ведя академическую работу, один отрезок времени — декабрь, январь — усиленно тренировался на лыжах. Подробнее о нем ниже.

Исследования обычно производились утром до еды. Если в целях исследования нужно было брать газообмен через 6 часов после той или иной нагрузки, товарищу предлагалось после первого исследования поесть, исходя из такого расчета, чтобы к моменту второго исследования он не ел от 2½ до 3½ часов.

Все 5 исследуемых относились к одному конституциональному типу и чрезвычайно близко, кроме одного, стояли друг к другу по весу.

Первая задача, которая стояла перед нами — выяснить, есть ли какая-нибудь закономерность в кривых дыхательного коэффициента кислорода и углекислоты после той или иной работы и как сказывается процесс тренировки на указанных кривых.

Первая же серия наблюдений выявила совершенно отчетливую закономерность.

Четырем лицам, трем студентам инфизкульты (одна серия наблюдений над самим собой), была предложена одна и та же работа — езда на велотрабе (на средней завертке) совершенно спокойным темпом в течение 10 минут. У всех пяти кривые дыхательного коэффициента, прослеженные на промежутке в течение 6 часов, дали одну и ту же картину (см таблицу № 1, пунктирная кривая): непосредственно после работы имелось повышение дыхательного коэффициента в среднем на 0,1, затем постепенное падение его и во всех случаях к 10 минутам возвращение к норме.

Следующей фазой являлось снижение дыхательного коэффициента в среднем на 0,5 своей первоначальной величины, продолжающееся в течение в среднем 15—20 минут, и затем status quo. Максимум снижения коэффициента мы могли наблюдать в четырех случаях — на протяжении 6 часов и в одном случае — на протяжении 24 часов.

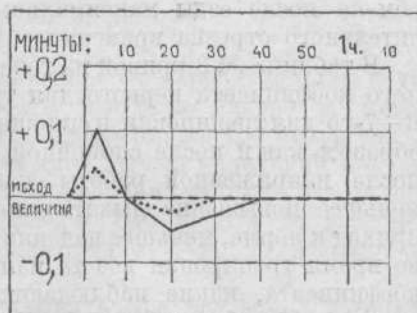
Установив приведенную закономерность в кривой дыхательного коэффициента, мы решили перейти ко второй задаче, — выяснить, как влияет тренировка на приведенную кривую дыхательного коэффициента. Для этой цели тем же лицам предлагалось поочередно, ездить на велотрабе в течение нескольких дней, с той же нагрузкой. Результаты следующие: обычно кривая дыха-

тельного коэффициента в течение первых двух дней резко не меняется, на 3—4 день, в одном случае на пятый, мы замечаем меньший подъем дыхательного коэффициента, меньшее опускание его вниз и более скорый приход к норме (кривая точками, табл. № 1).

Постепенно, в процессе тренировки, мы наблюдаем еще меньшее поднятие и опускание и более скорый приход к норме и, наконец, на 7—8-й день мы не имеем изменения дыхательного коэффициента (пунктирная кривая),—он остается равным своей первоначальной величине (до работы).

Следующая серия наблюдений, которая была поставлена над теми же лицами, состояла в выяснении вопроса, наблюдается ли какая-нибудь закономерность в кривой дыхательного коэффициента после очень напряженной работы и как влияет на эту кривую тренировка.

Таблица 1.



Для этой цели всем испытуемым была предложена одна и та же работа — езда на велотрабе в течение 10 минут максимальным темпом, чрезвычайно тяжелая работа, требующая большой выносливости. У всех пяти получилась такая же закономерность.

В таблице № 2 точками изображена кривая дыхательного коэффициента после указанной работы. Сплошной линией для сравнения изображена кривая, о которой говорилось выше, после спокойной работы на велотрабе. В отличие от сплошной линии кривая из точек непосредственно после работы дает в среднем увеличение до трех десятых, дыхательный коэффициент обычно бывает больше единицы. Первый приход к норме дыхательного коэффициента после напряженной работы происходит через час, в шесть раз дольше, нежели после спокойной работы, понижение дыхательного коэффициента продолжается в среднем два часа и является более глубоким нежели у сплошной кривой. В общем после указанной работы кривая дыхательного коэффициента дает сперва подъем (большой), приходит к первоначальной величине (через более значительный промежуток времени), спускается вниз (более глубоко и на более продолжительное время) и приходит снова к норме.

До сего момента обе кривые как бы повторяют друг друга. Дальше идет отличие — сплошная кривая, как было говорено выше, в течение 6—24 часов остается на высоте своей первоначальной.

чальной величины, а кривая из точек начинает медленно увеличиваться. По техническим причинам максимум времени, что нам удавалось наблюдать — это 6 часов. В это время кривая из точек во всех случаях в среднем была на той высоте, которая изображена на диаграмме № 2. В дальнейшем мы могли производить наблюдения только через 24 часа, когда дыхательный коэффициент снова уже равнялся своей первоначальной величине.

О пунктирной кривой, изображенной на таблице № 2, будет сказано ниже.

Получив после напряженной работы такую же закономерность в колебании дыхательного коэффициента, мы перешли к выяснению вопроса — как влияет тренировка при такого рода работе на кривую дыхательного коэффициента. Для этой цели поочередно с теми же лицами проделывалось определение газообмена после езды максимальным темпом, на протяжении значительного отрезка времени.

В таблице № 3 кривой из точек изображена кривая дыхательного коэффициента первого дня тренировки, пунктирная кривая 6—7-го дня тренировки и сплошная кривая 15—16-го дня. Таким образом, как и после спокойной работы, в процессе тренировки после напряженной работы наблюдается с течением времени меньшее повышение дыхательного коэффициента, более скорый приход к норме, меньшее падение вниз и т. д., то-есть повторяются во время тренировки все те изменения в кривой дыхательного коэффициента, какие наблюдаются во время тренировки после спокойной работы.

Наиболее резкое и интересное отличие состоит в том, что после спокойной легкой работы на 7-8-й день дыхательный коэффи-

Таблица 2.

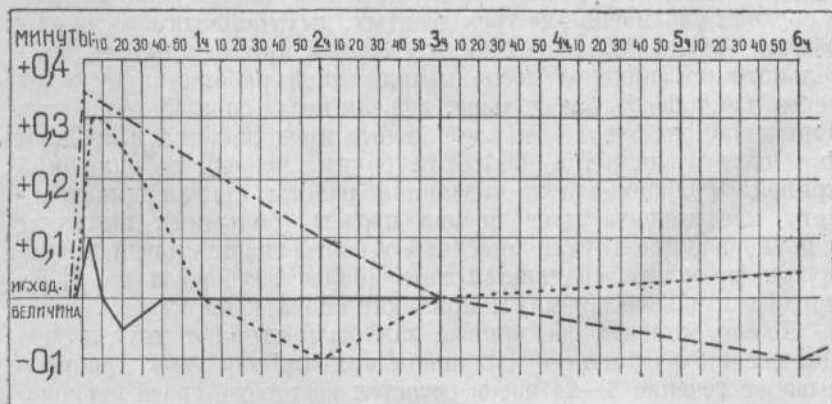
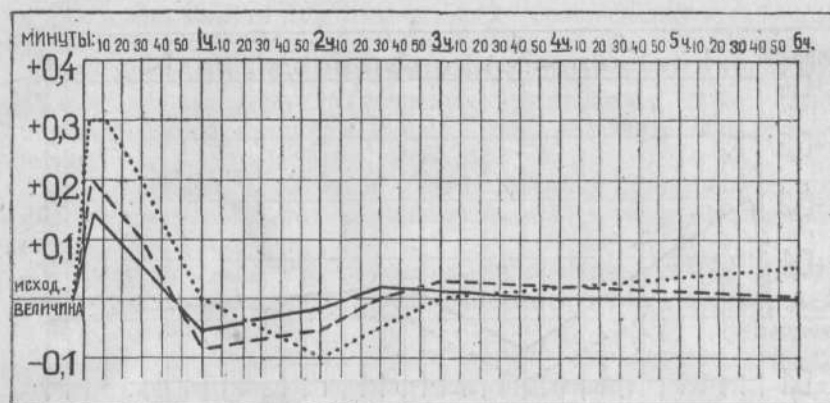


Таблица 3.



циент после работы остается равным своей первоначальной величине; после напряженной работы мы даже близко не могли приблизиться к такому идеалу, несмотря на то, что в одном случае довели тренировку до 20 дней. Самый маленький подъем, какой мы имели к 14-15 дням, изображен на таблице № 3 сплошной кривой. В двух случаях, которые мы довели до 20 дней, кривая дыхательного коэффициента резко не отличалась от сплошной кривой.

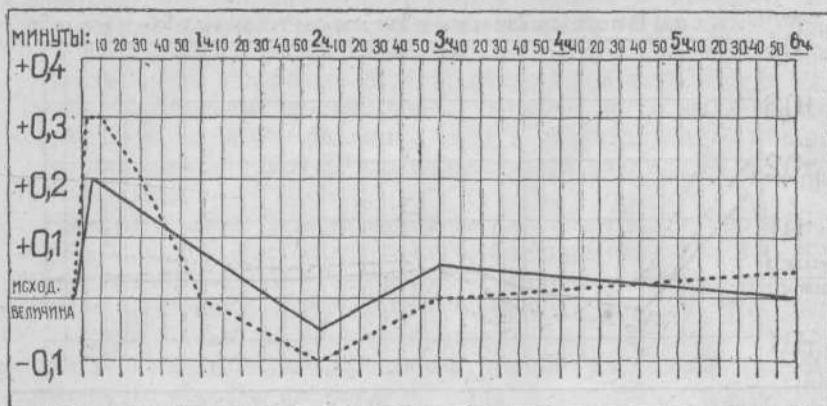
После этого мы решили проверить еще раз закономерность кривых дыхательного коэффициента после напряженной работы, на других лицах и после работы не стандартного характера. Для этой цели мы использовали одного студента института, который в то время усиленно тренировался на лыжах. Нам удалось заполучить его в лабораторию после «генеральной тренировки» на лыжах, когда он пробежал 15 км и через 2 часа после финиша попал к нам в лабораторию. Раньше этого срока, в виду того, что тренировка происходила в Останкине, произвести определение газообмена не удалось. Перед тренировкой у него, конечно, как и у всех, было произведено определение газообмена.

Через 2 часа (таблица 2, пунктирная кривая) дыхательный коэффициент являлся увеличенным на $+0,1$, затем пунктирная кривая проделала те же изменения, что и кривая из точек — после напряженной работы на велотрабе.

Второй товарищ, которого мы использовали для этой цели, проделал в течение двух дней звездный пробег на лыжах протяжением в 60 км.

Пунктирная кривая таблицы № 2 и представляет среднюю последнего товарища и студента, пробежавшего 15 км.

Таблица 4



Наиболее существенное отличие пунктирной кривой от кривой из точек состоит в том, что к шести часам падение дыхательного коэффициента еще не совсем заканчивалось, во-первых, и, во-вторых, через 24 часа в обоих последних случаях наблюдалось небольшое повышение дыхательного коэффициента. Пунктиром с точкой изображен предполагаемый ход пунктирной кривой.

Студенту К., тренировавшемуся на лыжах, мы предложили сесть за велотраб и проехать 10 минут совершенно спокойным темпом. Дыхательный коэффициент остался равным своей первоначальной величине. Затем этому же студенту было предложено проехать на велотрабе максимальным темпом в течение тех же 10 минут. В таблице № 4 сплошной линией зарисована кривая дыхательного коэффициента студента К. после указанной работы. Будучи тренирован на лыжах, он дал картину колебаний дыхательного коэффициента, свойственную кривой после 6-7-дневной тренировки на велотрабе, правда, все-таки с некоторыми отклонениями от типичной кривой. Точками для сравнения приведена кривая первого дня тренировки остальных исследуемых.

Какие изменения происходят с колебаниями кривых кислорода и углекислоты?

В таблице № 5 приведены кривые колебания углекислоты (пунктирная кривая) и кислорода (кривая из точек) в течение 5 часов после напряженной работы. Обе кривые представляют средние (15 исследований) при средней кривой дыхательного коэффициента, изображенного на диаграмме № 4 кривой из точек. Количество потребляемого в минуту кислорода непосредственно после работы увеличивается в среднем на 290 куб. см. В течение первых 10 минут кривая кислорода снижается, а

к двадцатой минуте приходит к своей первоначальной величине и, не опускаясь ниже, дает незначительное увеличение, держащееся, самое большое, по нашим наблюдениям от 3 до 6 часов.

Кривая выделения углекислоты опускается ниже своей первоначальной величины и после дает незначительное увеличение.

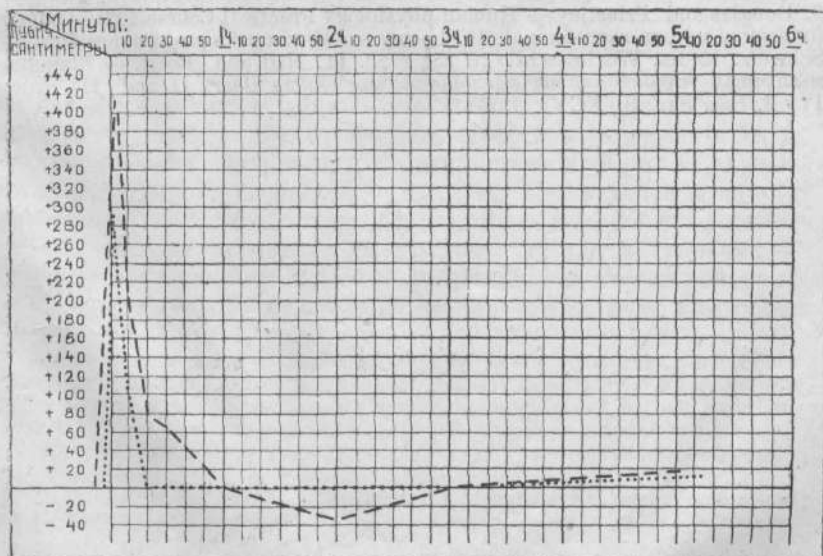
В настоящей статье мы не даем толкования приведенных кривых, ограничиваясь только констатированием полученных закономерностей.

Выводы: 1. Газообмен, в виде кривой дыхательного коэффициента после всякого рода работы, протекает с определенной закономерностью.

2. После спокойной, совершенно ненапряженной работы кривая дыхательного коэффициента поднимается вверх, затем (в среднем к 10 минутам) свижается до своей исходной величины, падает ниже (держась в течение 10—15 минут и к концу 15 минуты) и вновь приходит к норме, не изменяясь в течение 24 часов.

3. После очень интенсивной и сильной работы кривая дыхательного коэффициента прodelьвает те же фазы, отличающиеся от фаз после спокойной работы более высоким и продолжительным падением ниже нормы. В отличие от кривой дыхательного коэффициента после спокойной работы кривая дыхательного коэффициента после напряженной работы, к моменту второго прихода к норме, дает незначительное повышение дыхательного

Таблица 5.



коэффициента, которое мы после работы на велотрабе могли наблюдать в течение 6 часов, а после лыжной тренировки в 15 км и звездного пробега в 60 км — на протяжении 24 часов.

4. В процессе тренировки подъем и снижение кривой дыхательного коэффициента укорачиваются и по величине и по времени. Чем ближе стоит величина дыхательного коэффициента после работы к своей исходной, первоначальной величине, тем более тренирован данный субъект.

5. При работе менее напряженной и спокойной в процессе тренировки можно достигнуть идеала, когда дыхательный коэффициент после работы остается равным своей первоначальной величине.

Заканчивая настоящее сообщение, мне хотелось бы поблагодарить проф. Ненюкова за предоставление возможности работать, за указание и широкое содействие.

ЛИТЕРАТУРА: 1. Рубинштейн — «Об определении газообмена» — Вест. Сов. Мед. 1927 г. 2. Геркстеймер, Виссинг, Вольф — «Позднее действие мышечной работы на кислородный обмен» — *Zeitschr. f. die. gess. experim. Medizin* 1926 г. В. 51. Н. 5-6. 3. Hill A. and Long — Влияние мышечных упражнений на поглощение кислорода и выделение углекислоты. *Ergebnisse der Physiologie* 1925. 13. 24. 4. Ilzhofer. Н. Влияние тренировки на основной обмен и полезный эффект мускульной работы — *Archiv fur Hygiene*. В. 93. 5. Фарфель В. С. — «Газообмен у человека при статической» работе. Труды 3-го Съезда физиологов. 6. Маршак М. и Немцова О. — Режим труда при высокой t° и газообмен. Там же. 7. Окунева, Штейндах и Щеглова — Определение методом газообмена оптимального груза при переноске тяжестей. Там же. 8. Радзимовская и Плотникова — «Поглощение организмом кислорода во время мускульной работы и последующего отдыха. Там же. 9. Douglas and Priestley — *Human physiology Practical Course* 1924. Oxford (описание метода газообмена). 10. Loewy — Об обмене при лыжном беге — *Schweiz. Mediz. Wochenschr.* № 25. 1923. 11. Hill and Long. — Влияние мышечных упражнений на поглощение кислорода Gaert II and III *Proc. Royal. Soc. Ser. B.* XCVI, 1924.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДОСМОТРА УЧАСТНИКОВ ЗИМНЕГО ПРАЗДНИКА ДЕРЕВЕНСКИХ КРУЖКОВ ФИЗКУЛЬТУРЫ ¹⁾

[Д-р] В. С. Давыдов (Владимир) ¹⁾

(Из Владимирского дома физкультуры окрздравотдела ²⁾)

С 24 по 26 февраля 1929 г. в г. Владимире был проведен первый зимний праздник деревенских кружков физкультуры. Из ожидавшихся 100 чел. прибыло и приняло участие 46 ч.: мужчин 31 (67%) и женщин 15 (33%). Мужчины шли на 10 км и в комбинированной эстафете на 5 км, а женщины — на 3 км и в эстафете на 2 и 3 км.

Все прибывшие прошли общеврачебный осмотр, а женщины — и гинекологический. Непосредственно перед стартом у участников на дистанцию в 10 км мужчин и 3 км женщин была взята реакция на алкоголь, а также проведено исследование перед стартом и непосредственно после финиша кровяного давления, пульса, дыхания, веса, спирометрии, динамометрии, исследование крови, мочи и нервной системы.

В общем и углубленном осмотрах приняли участие врачи Давыдов, Сыромятникова, Флинт, Фиолетов, Турунова, Пришлепова, Пахомов, Дидрихе, Баранова и Пахомова, химик Наумов и медсестра ДФК Шломина. Руководство общим и углубленным осмотрами и обработка материала проведены врачом Давыдовым.

По возрасту участники распределяются следующим образом: 16 лет — мужчин 2; 17 л. — муж. 3, жен. 3; 18 л. — муж. 7, жен. 4; 19 л. — м. 5, ж. 3; 20 л. — м. 3, ж. 4; 21 г. — м. 6, ж. 1; 22 г. — м. 3; 24 г. — м. 2. Часть участников не была допущена: мужчин — 7 (из них 5 по возрасту, 1 — в виду явного опьянения и 1 по состоянию здоровья) и женщин — 3 (по состоянию здоровья — мензес). По профессии: крестьян — мужчин 22 и жен. 11; рабочих, батраков и сезонников — м. 6, ж. 1; служащих — м. 2, ж. 1; учащихся — м. 1, ж. 1; кустарей — ж. 1. Каждый из участников представил документы, подтверждающие его занятие крестьянским трудом. (Наличие рабочих и служащих объясняется близостью фабрик по некоторым районам, причем часть участников одновременно занимается крестьян-

¹⁾ От редакции. Помещая первую за все годы статью об обследовании деревенских физкультурников, свидетельствующую вместе с тем о росте научно-исследовательской и врачебно-контрольной работы на периферии и о самой возможности ее проведения, редакция выражает надежду, что примеру г. Владимира последуют и другие окружные и районные органы здравоохранения.

²⁾ Доложено 22/XI—29 г. на педиатрич. секции Владимирского научного кружка врачей.

ским хозяйством и работает на фабриках, проживая при этом в деревнях.)

Пьющих мужчин оказалось (из опроса) 12—39%, курящих 15—48,5%, среди женщин нет ни пьющих, ни курящих. Крепкое физическое развитие отмечено у 13 м. (43%), 2 ж. (13%), среднее — у 14 м. (45%) и 13 ж. (87%), слабое у 2 м. (6%) и физическая отсталость у 2 м. (6%). Обращает внимание на наличие большого количества имеющих круглые спины и сутуловатость: м. 17 (55%), ж. 8 (52%).

По росту участники распределяются следующим образом: 145—150 см ж. 1; 150—155 см ж. 4; 155—160 см м. 3, ж. 8; 160—165 см м. 11, ж. 1; 165—170 см м. 13, ж. 1; 170—175 см м. 3; 175—180 см м. 1.

Для сравнения привожу антропометрические измерения лыжников и лыжниц — участников зимнего праздника 1926 г., студентов ГЦИФК, данные 1 профпраздника 1925 г. и участников нашего праздника — см. стр. 17.

Средние данные наших мужчин почти соответствуют широко-короткому типу лыжников всесоюзного праздника 1926 г., несколько отклоняясь вверх, при большем размахе грудной клетки, меньшей спирометрии и большей динамометрии. Последнее, возможно, объясняется неточностью динамометров. Отставание в спирометрии можно до некоторой степени отнести за счет недостаточного умения использовать спирометр., т.к. многие из участников пользовались им впервые. Стандартные данные ГЦИФК по росту и весу выше наших при почти одинаковой окружности груди, ее размахе и отставании спирометрии. Отставание от обеих сравниваемых групп по весу отчасти может быть объяснено наличием молодых физкультурников.

Средние данные женщин почти соответствуют данным всесоюзного зимнего праздника 1926 г. По сравнению же с данными первого профсоюзного праздника наши участницы имеют при меньшем росте большой вес, несколько большую спирометрию, меньшую длину нижнего отрезка при почти равном росте сидя. Последнее заметно и при сравнении с лыжницами праздника 1926 г., что свидетельствует о приближении наших участниц к широко-короткому типу.

Интересно сравнение средних данных по отдельным возрастам деревенских физкультурников с городскими по г. Владимиру см. стр. 18.

Низкий рост физкультурников 16—17 лет по г. Владимиру объясняется желанием подростков, не достигших определенного возраста, прибавить число лет, а т.к. документов при осмотрах не требуется, то и получились цифры более низкие по сравнению с деревенскими физкультурниками, что подчеркивает необхо-

Наименование групп	Число случаев	Возраст	Вес	Рост общий	Рост сидя	Длина ниж. отрез.	Окружность груди				Спирометрия		Динамометрия	
							Вдох	Выдох	Пазза	Размах	Правой	Левой		
Мужчины														
Лыжный всесоюзный зимн. праздник 1926 г. (широко-корот. тип.) 33,3%	13	—	63,3	164,5	87,5	77,0	93,8	87,9	91,9	5,9	4.600	37,7	30,5	
Лыжный деревенский праздник Владимирск. губ. (100%)	31	17—24	59,8	165,2	88,6	76,6	93,1	84,7	88,2	8,4	4.000	46,0	44,0	
Стандартн. данные ГЦИФК . . .	500	—	66,5	170,0	89,7	79,9	94,6	85,5	89,5	9,0	4.326	—	—	
Женщины														
Лыжный всесоюзный праздник 1926 г.	22	—	55,8	156,3	83,7	72,6	88,1	79,5	83,0	8,6	3.220	—	—	
Лыжный деревенский праздник Владимирской губ. (100%) . . .	15	17—21	54,4	155,8	84,5	71,6	87,7	78,4	82,7	9,3	3.200	31	27	
Средн. данные профсоюзн. праздника 1925 г.	160	—	53,5	158,3	84,3	74,4	—	—	79,8	8,4	3.130	—	—	

Возраст и число случаев	Средние данные										
	Рост стоя	Рост сидя	Ниж. отрез	Вес	Окружность груди				Спирометрия	Динамометрия	
					Вдох	Выдох	Пауза	Размах		Правой	Левой
Участники деревен. праздника Владим. губ. (мужч.)											
16—17	162,8	85,4	77,4	53,7	86,7	80,3	82,4	5,9	3572	39,1	35,1
5 случаев											
18—20	165,8	88,2	77,0	58,8	92,7	83,8	87,7	8,9	4043	43,1	40,4
15 случаев											
21—24	166,1	90,4	75,7	63,9	96,7	88,4	91,7	8,5	4309	52,5	51,5
11 случаев											
Физкультурники г. Владимира											
16—17	146,6	83,0	63,0	48,4	84,3	76,6	79,9	8,3	2846	40,8	38,0
15 случаев											
18—20	158,4	87,0	69,4	59,7	91,6	83,3	86,4	8,4	3819	52,0	49,0
87 случаев											
21—24	166,4	90,0	76,4	62,0	93,3	85,2	88,6	8,3	3896	57,0	53,0
60 случаев											

димось требования документов у физкультурников ниже 18-летнего возраста. Большая разница между вдохом и выдохом у городских физкультурников при меньшем объеме груди при вдохе, выдохе и паузе по сравнению с деревенскими этого возраста объясняется своеобразным соревнованием между городскими подростками на показ большего размаха грудной клетки.

Все данные (исключая динамометрию, исследовавшуюся в разное время и разными динамометрами) у деревенских физкультурников выше городских, и даже рост у младших возрастов деревенских физкультурников выше по сравнению с физкультурниками г. Владимира, и только в возрасте 21—24 л. он выравнивается.

Заслуживает особого внимания анализ роста сидя и длины нижнего отрезка у обеих сравниваемых групп, в то время как рост у деревенских с возрастом увеличивается за счет туловища, у городских он возрастает больше за счет ног, но вместе с тем увеличивается и туловище в большем размере по сравнению с деревенскими. Следовательно, при невысоком росте, характерном для физкультурников Владимирской губ. как городских, так и деревенских, последние быстрее вытягиваются в длину за счет нижних конечностей, и затем идет увеличение лишь

за счет туловища; у городских же рост по сравнению с деревенскими относительно медленный и идет быстрее за счет выравнивания нижнего отрезка.

Очевидно, если бы деревенские физкультурники занимались менее тяжелым физическим трудом с раннего возраста, по сравнению с городскими, их рост был бы выше городских.

Со стороны гинекологического осмотра никаких отклонений в зависимости от занятий физкультурой у женщин не обнаружено, и с этой стороны ограничений и противопоказаний для участия в соревнованиях не было. Все участницы *virgo intactum*.

Необходимо отметить одну характерную особенность — полную явку на общеврачебный и углубленный осмотры. Что явление это не случайное, мы могли убедиться на последующем летнем окружном празднике деревенских физкультурников, а также по ранее проходившим уездным соревнованиям деревенских кружков, участники которых дали 100%-ную явку на медосмотр.

В пробеге на 10 км приняли участие 22 физкультурника, а на 3 км — 11 физкультурниц.

Пробы сердечно-сосудистого аппарата по методу ГЦИФК дали следующие результаты по сравнению с пробами студентов-инфизкультуровцев:

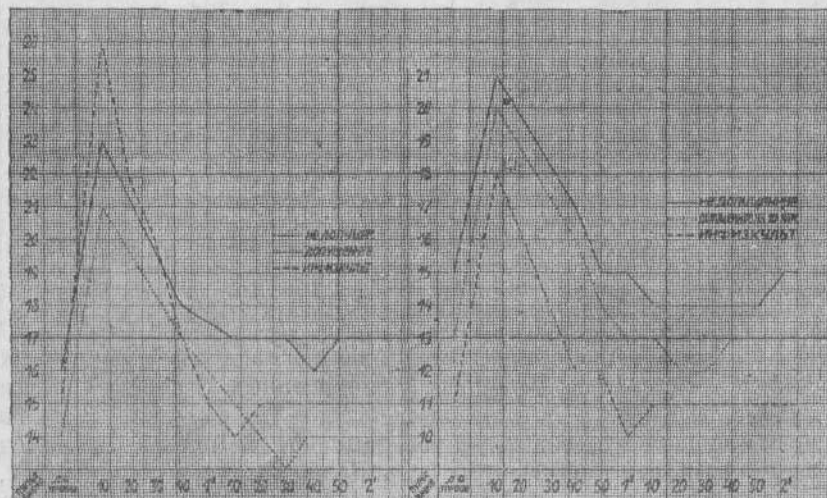
Наименование групп	Пульс в десять секунд																Приме- чание
	До пробы	После пробы															
		10	20	30	40	50	1 м.	10	20	30	40	50	2 м.	10	20	30	
М у ж ч и н ы																	
Студенты ГЦИФК . .	11	18	—	—	12	12	10	11	11	11	—	—	—	—	—	—	Сред. дан. с точн. до 0,5
Сред. дан. допущ. . .	13	20	—	—	16	14	13	13	12	12	13	13	13	—	—	—	
” ” не допущ. . .	15	21	—	—	17	15	15	14	14	14	14	14	15	15	15	—	
Ж е н щ и н ы																	
Студентки ГЦИФК. .	15	26	22	20	17	15	14	15	15	15	—	—	—	—	—	—	
Сред. дан. допущ. . .	14	21	—	—	17	16	15	14	13	14	14	14	—	—	—	—	
Сред. дан. не допущ. .	17	23	—	—	19	18	17	17	17	16	17	17	17	—	—	—	

По сравнению с инфизкультуровцами количество сердечных сокращений в 10 с. до пробы у допущенных к соревнованиям мужчин выше на 2, а у недопущенных — на 4 удара. Разница между числом пульсовых ударов до пробы и в первые 10 секунд после пробы у допущенных и инфизкультуровцев равняется 7, а у недопущенных — 6. Кривая последующего замедления числа

сердечных сокращений длиннее у допущенных и еще больше у недопущенных по сравнению с инфизкультовцами. Отрицательная фаза продолжается у допущенных к соревнованиям на 10 км 20 сек., а у недопущенных — 50 сек. Пульс приходит к норме у инфизкультовцев на 70 сек., у допущенных — на 100 сек., а у недопущенных на 120 сек.

У женщин, принимавших участие в лыжных соревнованиях на 3 км, пульс до пробы дает 14 ударов в 10 с. у допущенных, 15 у студенток инфизкульты и 17 у недопущенных. После пробы число сердечных сокращений увеличивается в первые 10 с. на 7 ударов у допущенных, на такое же количество у недопущенных и на 11 у студенток инфизкульты. К норме пульс приходит у студенток ГЦИФК на 70 сек., у наших деревенских физкультурников допущенных — на 100 сек. и у недопущенных — на 110 сек.

Анализируя данные этих проб, нужно отметить, что проба у женщин, принимавших участие в соревнованиях на 3 км, характерна для лиц, занимающихся физическим трудом, и общая ее оценка выше пробы лыжного деревенского праздника. Что же касается пробы мужчин, то здесь прежде всего нужно отметить как бы парадоксальное явление, заключающееся в том, что количество сердечных сокращений до и после пробы не характерно для лиц, занимающихся физическим трудом. Бросается при этом в глаза длительная отрицательная пауза у недопущенных. Проба не характерна для деревенских физкультурников, и объясняется это двумя причинами: во-первых — чуть ли не перед самой пробой многие физкультурники «прикиды-



вали» прохождение предполагаемой дистанции, причем для части из них это была едва ли не первая тренировка в этом сезоне, а во-вторых — для «храбрости» и «лучшего прохождения дистанции» некоторые из физкультурников вышли хлебного вина, причем от одного из них разлило этим вином и так у него «плясало» сердце, что ему в решительной форме было предложено отдохнуть до следующих соревнований. Проба на алкоголь, взятая без предупреждения непосредственно перед стартом у 27 мужчин, дала 7 положительных реакций, 5 со следами на положительную реакцию и лишь 15 отрицательных реакций. Из 15 женщин все дали отрицательную реакцию, за исключением одной со следами на положительную. Характерно, что на второй день после того, как физкультурники узнали, что их исследовали на алкоголь, проба у всех — как мужчин, так и женщин — оказалась отрицательной. Надо полагать, изложенными обстоятельствами и объясняются длительная отрицательная пауза, повышенное число сердечных сокращений и нехарактерность пробы вообще для лиц, занимающихся физическим трудом, какими являются участники нашего праздника.

Для определения наличия алкоголя в организме судебным химиком был применен видоизмененный метод Astruc'a и Radet, для чего: брался 1/200 нормальный раствор $MnO_4 K$ в количестве 5 куб. см, подщелачивался КОН и через него пропускался ток выдыхаемого воздуха в течение одной минуты; далее, полученное кипятилось 1—2 мин., и получалось: 1) изменение интенсивности окраски без изменения цвета — отрицательная реакция, 2) цвет постепенно переходил в красноватый, розоватый — сомнительная реакция и 3) цвет постепенно переходит в красноватый, розоватый, желтоватый и зеленоватый — положительная реакция. Наблюдение велось при проходящем счете. Реакция идет по следующему уравнению: $C_2 H_5 OH + 12 MnO_4 K + 12 KOH = 12 MnO_4 K_2 + 9 H_2 O + 2 CO_2$.

Преимущество видоизмененной пробы заключается в том, что она дает возможность не брать крови, а обходиться выдыхаемым воздухом лица, у которого берется проба, и хотя о специфичности ее можно будет сказать только после окончания намеченных и ведущихся опытов, тем не менее ряд предварительных экспериментов, предшествовавших данному исследованию, дает повод утверждать возможность ее применения на практике.

В связи с пробой на алкоголь интересно отметить некоторую связь между классификацией реакций со стороны кровяного давления по Гориневской, временем прохождения дистанции, антропометрическими данными и положительной реакцией на алкоголь.

№№ по порядку	Классификац. измен. кров. давл. по Гориневской	Изменен. кровяного давления (в мм ртутн. столба)	Реакция на алкоголь	Каким финиширован по счету	Через сколько мин. явился на осмотр	Разница в спирометр. (в куб. см)	Потеря в весе в кг
М у ж ч и н ы н а 10 к м							
1	I	+ 40	—	8	8	0	— 1,2
2	I	+ 35	—	9	4	+	100 — 0,9
3	I	+ 31	—	3	3	—	300 — 0,5
4	I	+ 20	—	22	16	0	— 0,8
5	I	+ 14	—	21	7	—	400 — 0,8
6	I	+ 4	—	15	11	—	100 — 0,1
7	I	+ 3	Следы	7	6	—	900 — 0,7
8	III	+ 16	—	1	22	—	0 — 0,5
9	III	+ 22	—	2	1	—	600 — 1,2
10	V	+ 22	Следы	16	8	—	0 — 0,7
11	V	+ 2	+	19	3	—	200 — 0,3
12	VIII	+ 0	+	20	6	—	0 — 0,8
13	X	— 2	—	17	8	—	200 — 1,0
14	X	— 5	+	14	9	—	1.100 — 1,3
15	X	— 13	—	6	3	+	100 — 0,8
16	XI	— 5	—	11	8	—	1.300 — 0,7
17	XI	— 34	Следы	4	10	+	200 — 1,0
18	XII	— 7	+	18	13	—	1.500 — 1,1
19	XIII	— 11	Следы	10	8	+	300 — 1,0
20	XIII	— 14	—	13	5	—	100 — 0,8
21	XIII	— 30	+	12	16	—	100 — 1,2
Ж е н щ и н ы н а 3 к м							
1	I	+ 69	—	1	3	—	100 — 0,5
2	I	+ 46	Следы	2	7	—	100 — 0,4
3	I	+ 44	—	4	3	0	— 0,3
4	I	+ 34	—	3	6	—	300 — 0,2
5	I	+ 30	—	11	3	—	100 — 0,4
6	I	+ 26	—	5	6	—	100 0
7	I	+ 23	—	6	6	—	0 — 0,5
8	II	+ 12	—	9	5	0	— 0,2
9	III	— 2	—	10	8	+	100 — 0,2
10	V	+ 3	—	7	8	+	400 — 0,2
11	V	+ 3	—	8	9	—	300 — 0,3

Из приводимой таблицы видно, что у мужчин положительные пробы на алкоголь приходятся на долю имеющих худшие реакции со стороны кровяного давления по сравнению с другими участниками (V, VIII, X, XI и XIII). Физкультурники, имеющие положительную реакцию, все финишировали во второй

половине участников (12, 14, 18, 19 и 20). Из 5 человек, потерявших в весе выше килограмма, на долю давших положительную реакцию на алкоголь приходится 3, т.е. 60% на 5 человек, а на остальных 16 чел. приходится 40%. Самая большая потеря в динамометрии кисти (данные не приведены за недостатком места) — правой — 25 и левой — 20, — приходится на имеющего положительную реакцию на алкоголь (18). Из 3 чел., давших потерю в спирометрии выше 1000,0 см, 2 (67%) приходится на имеющих положительную реакцию. На повторный осмотр после соревнования позднее 10 минут явилось 5 чел., из них 2 ч. (40%) с положительной реакцией на алкоголь и 3 на остальные 16 чел., причем в числе последних находится пришедший первым, который может в счет не идти, т. к. успех и поздравления, приходящиеся на победителя, сильно замедляют прохождение пути от финиша к месту врачебного обследования, и в данном случае по времени явки он оказался на последнем месте. При этом нужно отметить, что все самые высокие (худшие) цифры приходятся на имеющих положительную реакцию на алкоголь. Данные эти говорят о наибольшем утомлении со стороны имеющих положительную реакцию на алкоголь по сравнению с остальными, при худшем прохождении ими дистанции, и в достаточно убедительной форме подтверждают заблуждения деревенских физкультурников в том, что алкоголь помогает пройти легче и быстрее положенную дистанцию.

Особенно выгодное впечатление производят, судя по таблице, данные женщин в смысле изменений со стороны кровяного давления, классификации этих изменений, меньшей потери в весе, спирометрии и динамометрии кисти (большее правой и левой—9) и времени явки на повторный осмотр. Наряду с меньшей дистанцией, интенсивностью ее прохождения у женщин, очевидно, имеет значение и отрицательная реакция на алкоголь (3 км первая прошла в 19 м. 28 с., а последняя — в 34 м. 3 с., в то время как 10 км первый прошел в 53 м. 52 с. и последний — в 78 м. 31 с.).

Не имея возможности за недостатком места останавливаться на индивидуальных изменениях антропометрических данных при повторном осмотре, на стр. 24 приводим таблицу средних данных мужской команды после 10 км и женской—после 3 км с подразделением первой на 2 подгруппы в зависимости от изменений кровяного давления по Короткову аппаратом Руба-Рогги.

Прежде чем перейти к разбору приводимой таблицы, нужно отметить, что после соревнований у всех участников отмечено учащение пульса, дыхания и уменьшение веса. Спирометрия у большинства уменьшилась или осталась без изменения, за исключением 3 лыжников и 2 лыжниц, давших небольшую

Наименование группы	Классификация кровян. давления по Гориневой	Средние данные								Динамометр.	
		Возраста (в годах)	Явки на мед-осмотр (мин.)	Кров. давлен. (в куб. мм ртут. столба)	Пульса (в 1 м.)	Дыхан. (в 1 м.)	Веса (в кг)	Спирометр. (в куб. см)		Правой (в кг)	Левой (в кг)
Сред. дан. участ. на 10 км муж.	От I до VIII вкл.	19,8	8,3	+ 4,2	+40,2	+7,9	-0,83	-290		-10,6	- 9,9
Сред. данн. участ. на 3 км женщ.	От I до V вкл.	19,2	6,9	+26,1	+44,4	+8,4	-0,29	- 45		- 5,5	- 4,2
Мужч., у котор. кров. давл. увелич. или остал. без измен. . .	От I до VIII вкл.	20,2	7,9	+19,0	+36,6	+8,8	-0,71	-200		-11,0	-11,0
Мужч., давшие уменьш. кров. давл.	С X до XIII вкл.	19,3	8,8	-13,4	+46,2	+6,2	-1,0	-411		- 9,0	- 9,0

прибавку. Обращает также внимание довольно высокое кровяное давление перед стартом: средняя максимального давления по Короткову 121 мм у мужчин, 119,4 мм у женщин, минимального у м. 72 и ж. 73,7 мм. После финиша у мужчин средняя максимального давления 124, миним. — 70,3 мм; у женщин средняя максимального 130, минимального 58,2.

Лыжницы по сравнению с лыжниками быстрее явились на осмотр. Кровяное давление у большинства увеличилось; у одной — очень незначительное уменьшение (2 мм). В весе, динамометрии и спирометрии женщины потеряли значительно меньше. Учащение пульса и дыхания по сравнению с мужчинами можно отнести за счет лабильности женского организма, а также неумения правильно и глубоко дышать, что, между прочим, отмечается и у большинства мужчин.

Из приведенных данных вытекает, что женщины, правда, на меньшую нагрузку, дали более благоприятную реакцию как со стороны кровяного давления, так и данных антропометрии по сравнению с мужчинами.

Переходя к данным обеих групп мужской команды первой, состоящей из 12 чел., и второй — из 9 чел., нужно отметить известное соотношение между реакцией кровяного давления,

возрастами и временем явки на повторный медосмотр. Так, вторая группа, давшая уменьшение кровяного давления, по сравнению с первой имеет более молодой средний возраст, и, несмотря на более позднюю повторную явку на медосмотр, только дыхание несколько меньше в минуту по сравнению с первой группой, а что касается пульса, веса, спирометрии, то они дают большие средние отклонения по сравнению с первой группой.

Результаты исследования крови обработаны в виде таблиц крайних отклонений индивидуальных гемограмм до соревнований в сигмах по сетке А. Егорова, а также данные коллективных гемограмм в процентах и отклонения в сигмах от нормы по А. Егорову как у лыжников, так и лыжниц¹⁾.

Из крайних отклонений индивидуальных гемограмм в обе стороны у разных лиц видно, что только моноциты дают отклонение больше 2 сигм, причем таких лиц насчитывается всего несколько; что же касается остальных элементов белой крови, то они ни у кого не выходят за пределы 2 сигм и, следовательно, соответствуют основной норме белой крови по стандартам А. Егорова.

В индивидуальных гемограммах наибольшая амплитуда отклонений в обе стороны у разных лиц обоего пола приходится на лимфоциты, затем у мужчин в порядке уменьшения амплитуды идут моноциты палочковидные, сегментированные и эозинофилы, а у женщин — моноциты, эозинофилы, сегментированные и палочковидные; гемоглобин у мужчин и женщин имеет равномерные отклонения вправо или влево в пределах, не превышающих $1\frac{1}{2}$ сигм.

У женщин наибольшее отклонение в коллективной гемограмме приходится на палочковидные (1σ), затем идут моноциты, сегментированные и лимфоциты. Эозинофилы и гемоглобин точно соответствуют средней цифре. Как у лыжников, так и у лыжниц лимфоциты, давшие самое большое отклонение в коллективных, в индивидуальных гемограммах точно соответствуют средним цифрам. Обращает внимание большая разбросанность индивидуальных гемограмм и меньшее отклонение в коллективной гемограмме у женщин по сравнению с мужчинами.

У мужчин дают наибольшие отклонения в $1\frac{1}{2}$ сигмы моноциты, затем идут палочковидные, сегментированные и эозинофилы; лимфоциты и гемоглобин точно соответствуют средним данным, т.-е. коллективная гемограмма, исключая лимфоцитов и гемоглобин повторила отклонения индивидуальных, но с уменьшением амплитуды. На вопрос, характерны ли приводимые отклонения в картине белой крови для деревенских вла-

¹⁾ По технич. условиям таблицы здесь не приводятся. — Ред.

димирских физкультурников, ответить трудно в виду недостаточности наблюдений; при этом возможно, что часть отклонений может быть отнесена за счет недостаточной унификации в методике подсчета белой крови по Шиллингу. Гемоглобин определялся по старой шкале Сали.

Переходя к оценке реакции крови после соревнований, нужно отметить, что по чисто техническим условиям взять третий мазок спустя определенное время не представилось возможным, и потому оценка производилась по исследованию непосредственно перед соревнованием и тотчас же после него.

Мужчины почти все дали вторую нейтрофильную фазу, за исключением нескольких человек, у которых эта фаза приближается к началу нейтрофильной и двух стоящих на грани второй нейтрофильной и третьей интоксикационной фаз. Гемоглобин увеличился у 6 человек, снизился у 13 и у 3 остался без изменения. Женщины дали более благоприятную картину крови. Их данные после соревнования стоят на грани лимфоцитарной и начала нейтрофильной фаз; у большинства в процентах количество лимфоцитов увеличилось, число нейтрофилов уменьшилось больше чем у половины, процент эозинофилов у большинства снизился, палочковидные увеличились. Гемоглобин повысился у 8, у 1 остался без изменения и у 2 снизился.

Меньшая дистанция женщин дала и более благоприятную картину крови (увеличение лимфоцитов, меньшая эозинопения, меньшее увеличение палочковидных, отсутствие юных и уменьшение общего числа нейтрофилов). В то время как средняя цифра гемоглобина у мужчин хотя и незначительно, но пала, у женщин она увеличилась, что также свидетельствует о положительной реакции.

Исследование мочи перед и после соревнований дало следующие результаты:

После мышечной работы белок некоторыми авторами наблюдался у 80% всех исследованных. Что касается размеров, в пределах которых альбуминурию можно считать физиологической, то одни считают ее пределом появление кольца при пробе Гельлера, другие — 0,4, 0,5⁰/₁₀₀, причем после тяжелой работы альбуминурия может доходить до 4⁰/₁₀₀. Чем тренированнее человек, тем меньше белка он выделяет по сравнению с нетренированными при прохождении одной и той же дистанции.

У части наших лыжников и лыжниц отмечены следы белка до соревнований, а у 1 — белок в размере 0,03% и единичные гиалиновые цилиндры, что можно объяснить предстартовым волнением, «прикидыванием дистанции» перед соревнованиями и др. причинами.

Время взвешивания мочи	В чем выражена	Б е л о к						Ц и л и н д р ы					
		Нет	Следы	0,03	0,06	0,09	0,3	Гиалиновые			Зернистые		
				‰	‰	‰	‰	Нет	Един.	Знач. кол.	Нет	Един.	Знач. кол.
Л ы ж н и к и на 10 км (21 случай)													
До После	В абс. числ.	16	4	1	—	—	—	20	1	—	21	—	—
	В % . . .	76	19	5	—	—	—	95	5	—	100	—	—
	В абс. числ.	1	4	4	5	3	4	4	12	5	8	10	3
	В % . . .	5	19	19	24	14	19	19	57	24	38	48	14
Л ы ж н и ц ы на 3 км (10 случаев)													
До После	В абс. числ.	6	4	—	—	—	—	10	—	—	10	—	—
	В % . . .	60	40	—	—	—	—	100	—	—	100	—	—
	В абс. числ.	3	2	1	2	2	—	8	2	—	10	—	—
	В % . . .	30	20	10	20	20	—	80	20	—	100	—	—

После соревнования у мужчин по сравнению с женщинами больше белка в абсолютных цифрах и в процентах, хотя он и не превышает физиологическую норму. На ряду с этим, отягощающим картину, является наличие больше чем у половины мужчин гиалиновых и особенно зернистых цилиндров. У женщин число гиалиновых незначительно, а зернистых нет совсем. Кроме того, после соревнований у 9 мужчин (41%) в моче отмечены единичные эритроциты, незначительное число лейкоцитов в осадке, отмеченное до соревнований у 15 чел., после соревнований появилось у всех, причем у некоторых в значительном количестве; у женщин после соревнований отмечены эритроциты у 2 (20%), и у всех — небольшое увеличение лейкоцитов.

Исследование нервной системы, проведенное у 18 мужчин и 11 женщ. до и после соревнований, обнаружило следующее: дермографизм как острый, так и тупой у большинства мужчин особых изменений не дал; у нескольких человек изменился в сторону усиления и продолжительности реакции по времени. У женщин отмечены явления обратного характера. Симптом Хвостека у некоторых лыжников после соревнований не обнаружен, у других же, наоборот, появился; общее же число с положительными симптомами осталось то же — 10 ч.; у женщин с 5 уменьшилось до 3. Глоточный рефлекс отсутствовал у 11 мужчин до и 5 после, у женщин с 6 до увеличился на 1 после. Конъюнктивальный рефлекс, отсутствовавший или бывший слабым у всех участ-

ников мужчин до соревнования, дал положительную реакцию после у 10 ч.; у женщин положительных реакций до — 9, после — 8. Повышенные периостальные рефлексы с верхних конечностей у мужчин до и после у 1, у женщин до 2, после у 1. Со стороны коленных рефлексов особых изменений не выявлено. Дрожание пальцев вытянутых рук с 5 до у мужчин увеличилось до 11 после, у женщин с 4 до увеличилось до 10 после. Защитная реакция у мужчин до 1, после 2, у женщин до 3, после 3. Мышечная возбудимость больших грудных мышц перед соревнованиями обнаружена у 15 муж. и двуглавой мышцы у 6 муж. Чувствительность болевая и тактильная, исследовавшаяся перед соревнованиями, у всех нормальная. Симптом Ромберга отрицательный. У одного из мужчин с положительной реакцией на алкоголь обнаружен перед соревнованием очень слабый нистагм.

Общая оценка нервной системы, произведенная врачом-психоневрологом, следующая: мужчин исследовано до соревнования 18 чел., нормальная нервная система у 6 чел. (33,3%), нервная возбудимость у 12 ч. (66,7%); после соревнований исследовано 18 чел., нервная система без изменений у 7 чел. (39%), повышенная нервность у 10 ч. (56%), пониженная нервность у 1 ч. (6%). Повышение нервной возбудимости после соревнований обнаружилось у 6 чел. с нервной возбудимостью и у 4 чел. с нормальным состоянием нервной системы. Понижение нервной возбудимости после соревнований обнаружилось у 1 чел. с нервной возбудимостью. Без изменения состояние нервной системы оказалось у 7 чел., из них у 3 чел. с нервной возбудимостью и у 4 чел. с нормальной нервной системой.

Женщин исследовано до соревнования 11 чел., нормальная нервная система у 4 чел. (36%), нервная возбудимость у 7 ч. (64%). После соревнований исследовалось 11 ч., без изменения 6 (55%), повышен. нервность у 3 чел. (27%), понижен. нервность у 2 ч. (18%). Повышение нервной возбудимости у женщин после соревнований обнаружилось у 3 чел. с нервной возбудимостью. Понижение нервной возбудимости после соревнований обнаружилось у 2 чел. с повышенной нервной возбудимостью. Без изменения состояние нервной системы после соревнований оказалось у 6 чел., из них у 2 с повышенной нервностью и у 4 с нормальной нервной системой.

Как видно, данные исследования нервной системы, точно так же как и все другие, более благоприятны у женщин.

В ы в о д ы

1. На ряду с желанием деревенских физкультурников подвергаться медосмотру и серьезным отношением к нему, праздник выявил почти полное отсутствие врачебного контроля среди

деревенских физкультурников, слабую санпросветработу и борьбу с дурными наклонностями (пьянство, курение) среди них, а также и недостаточную тренированность большинства физкультурников.

2. Исходя из этого, необходимо: а) в профилактические дни на участках проводить осмотры физкультурников, усилить санпросветработу и наблюдение за занятиями деревенских физкультурников, б) врачам близлежащих фабрик и заводов, а также производственным кружкам физкультуры взять шефство над ближайшими деревенскими кружками, в) в виде стимулирующего фактора ввести пожетонную оплату врачам за осмотр деревенских физкультурников.

3. Данные лыжниц деревенского праздника после соревнований более благоприятны по сравнению с лыжниками, что объясняется меньшей дистанцией для женщины, более слабой интенсивностью ее прохождения и, возможно, неупотреблением алкоголя.

4. Результаты исследования лыжников после пробега хотя и ожидалось лучшие, но, принимая во внимание слабую тренированность и др. отрицательные факторы, они все-таки не могут быть названы особенно неблагоприятными.

5. Видоизмененная реакция на алкоголь заслуживает проверки и применения ее особенно в тех случаях, когда есть подозрение на введение в организм больших доз алкоголя перед соревнованием.

6. Наши данные диктуют настоятельную необходимость обратить большое внимание здраводелов, советов физкультуры и др. организаций на поднятие физкультур грамотности и введение врачебного контроля среди деревенских физкультурников.

7. Необходимо на местах продолжение наблюдений по изучению вопросов: физкультура и алкоголь, физкультура и нервная система, физкультура и гинекология.

МАССОВАЯ РАБОТА ВРАЧА ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ

Д. А. Винокуров (Ростов-на-Дону)

Отличие советской медицины от буржуазной заключается, главным образом, в том, что содержание работы советского врача наполнено общественными элементами: советский врач стремится связаться с широкими трудящимися массами, его лозунг — «дело здравоохранения есть дело самих трудящихся».

Гаульгофер на IV съезде германских врачей по физкультуре в 1927 г. сказал: «Физкультура приобрела невероятный размах — массовость, и задача врачей, чтобы это модное течение

стало определенным жизненным стимулом — новой культурой», и если германский работник в условиях буржуазного государства выдвигает такое положение, то мы в государстве трудящихся, особенно уделяющем внимание созданию новой культуры, в момент широчайшего развития физкультурдвижения должны ставить этот вопрос с особенной силой. Развитие массовых форм работы врача по физкультуре должно идти не только в ногу с общим физкультурдвижением, но даже ускорить свой темп, поскольку в этом вопросе врачи пока отстают.

Сама по себе работа врача по физкультуре во многом является общественной, почти всегда массовой. Поэтому мы должны остановиться не только на массовой работе с физкультурно-неорганизованными трудящимися, не только на работе с различными советскими и общественными организациями, но и на массовой работе в кружке физкультуры, совете физкультуры — на работе с физкультурорганизованными трудящимися.

При работе врача среди кружковцев должно быть выдвинуто то положение, по которому вся работа врача проводится в кружке, а не в центральном кабинете. Нужно, чтобы врач шел в кружок, а не наоборот. Если даже кружок не имеет необходимого оборудования, то только специальные исследования следует проводить в центральных кабинетах. Зачастую необеспеченность материальными средствами заставляет ограничиться созданием только одного или двух центральных кабинетов; но это — такой же недостаток в работе, такая же неприятная необходимость, как и создание центральных физкультуркружков, а не на предприятиях. Да и вообще работа врача в кружке должна проводиться больше в физкультурзале, красном уголке, на площадке, чем во врачебном кабинете.

Из массовых методов здесь необходимо отметить консультационную работу по вопросам тренировки, выбора спортивной специальности и т. д. Сюда можно присоединить и популяризацию данных врачебного освидетельствования как среди кружковцев, так и среди широких масс. Имеет смысл использовать для этого «десятиминутки» в занятиях секций, освещая физическое состояние данной секции. Развивая консультационную работу в кружке, необходимо расширить ее за счет вовлечения широких клубных масс (если кружок находится при клубе), в достаточной мере популяризируя эту работу, выделяя для этого специальное время. Надо, чтобы клубная масса сосредоточивала свое внимание на работе физкультуркружка.

Необходимо здесь же упомянуть и об общепринятых лекциях и беседах врача, для чего наиболее целесообразно было бы использовать те же «десятиминутки». Одним из методов массовой работы в кружке следует считать руководство работой

санкомиссии, секций первой помощи и кружка по изучению массажа. Особенное значение имеет последний кружок: врач — руководитель его — приобретает в глазах кружковцев особый авторитет, приближается к кружковой массе, делается таким же близким кружковцам, каким должен быть инструктор физкультуры. Нельзя не упомянуть и об участии врача в стенной газете, где влияние его должно быть особенно сильно.

Говоря об обслуживании физкультурно организованной массы, нужно отметить еще работу врача в организациях СФК, что также является частью массовой работы, особенно в тех случаях, когда большинство этих организаций имеет выборный характер. Речь идет о работе в секциях СФК, судейских коллегиях и различных комиссиях совета физкультуры. При наличии нескольких врачей в городе следует ко всем означенным организациям прикрепить их для постоянной работы и поставить перед ними вопрос о необходимости принимать участие во всей работе, проводя в ней свое врачебное влияние, воспитывая на этой работе рядовых кружковцев, кои входят в состав и секций и разнообразных комиссий и которые с большой охотой просто посещают соответствующие заседания.

Выходя из пределов организованных в физкультуркружки трудящихся, основное наше внимание должно быть уделено непосредственно производству. Это особенно необходимо сейчас в связи с тем, что при наличии в большинстве случаев центральных физкультурных клубов зачастую предприятие оторвано от кружков. Врач по физкультуре должен поднять вопрос о создании этой связи. Он должен организовать кружковцев, входящих в одно предприятие, и через них создать эту необходимую постоянную связь. Здесь, начиная с обычной консультации, с участия в стенной газете предприятия, с лекций, с организации ящиков вопросов и ответов, надо ввести ряд новых мероприятий. Следует из физкультурников данного предприятия создать показательную группу зарядовой гимнастики, вместе с ней показать и рассказать на предприятии значение зарядки и отдельных упражнений. Распределив кружковцев по комиссиям охраны труда и производственной, врач должен, собирая их иногда, вносить элементы физкультуры как в отдых рабочего, так и в работу предприятия. Кроме того, врачу надлежит связаться со всеми организациями или комиссиями, изучающими профессиональные вредности данного предприятия, внося туда свое влияние и используя материал этих комиссий для того, чтобы вместе с инструктором физкультуры вносить специальные для данного производства корректирующие и производственные упражнения. При наличии такой постоянной связи эта работа будет особенно важна, особенно значительна для врача.

С рабочими клубами наша физкультурная организация более связана. Но в большинстве случаев и эту связь можно назвать формальной. Врач по физкультуре, используя ту же методику массовой работы, что и на предприятии — стенгазету, консультацию, ящик вопросов и ответов, выставки, и добавляя такие мероприятия, как использование клубного кино, вечеров, рабочих гуляний, массовых экскурсий, должен ввести порядок, при котором кружок постоянно влиял бы на клубную работу. Врачу следует создать из физкультурников бригаду (может быть, здесь можно использовать и санкомиссии), которая следила бы постоянно за оздоровительным клубной обстановки, клубных программ, клубных мероприятий. В вопросах массовой работы по физкультуре в клубе, по нашему мнению, это — основная задача.

Врач в своей массовой работе не должен упускать момент, когда рабочий идет на продолжительный отдых, когда у него появляется больше свободного времени, когда сама обстановка создает благоприятные условия для повышения интереса к физкультуре. Речь идет об использовании домов отдыха как места проведения массовой работы по физкультуре. Общеизвестна задача, поставленная перед домами отдыха: привитие рабочим массам гигиенических навыков и интереса к своему физическому состоянию. Это должно быть использовано врачом физкультуры. Особое внимание надлежит уделить домам отдыха союзов медсантруд и рабпрос как прививающим интерес к физической культуре лицам, которые в своей повседневной работе должны физкультурные идеи проводить в широкие трудящиеся массы.

Ставя перед собой задачу максимального развертывания массовой работы, врач должен использовать для этого малейшие возможности. Немалое значение имеет массовая работа среди родителей лиц, занимающихся физкультурой. Здесь следует вспомнить об опыте работы врачей ОЗД среди родителей, в большинстве случаев вполне удачной. Эта работа должна сейчас вестись врачами физкультуры в связи с организацией детских групп в клубных кружках. Особенно широко эту работу можно развернуть среди женщин-матерей, так как пока они ближе стоят к вопросам воспитания детей. Нельзя в связи с этим упустить и проведение массовой работы среди педагогов как школьных, так и дошкольных. Необходимо сказать и о массовой работе среди самих детей. Летняя оздоровительная кампания как испытанный метод массовой работы среди детей должна быть расширена и превращена в постоянную работу в течение всего года. Оздоровительной работе среди детей зимой, которая до настоящего времени слабо развивалась, надо дать толчок, ставя как задачу превращение максимального количества летних площадок в зимние.

Попутно следует остановиться и на массовой работе среди рабочих-подростков. Включив их в объект своего обслуживания на предприятии и в клубе, врач по физкультуре должен использовать ежегодные массовые обследования рабочих-подростков и организовать при этом консультацию. Подросток, пройдя через все кабинеты ДПА, является к врачу по физкультуре, и тот, беря в основу материалы обследования, полученные всеми врачами-специалистами, дает подростку совет о том, как, какими видами физкультуры он может заниматься, когда и где он может записаться в кружок.

Из отдельных моментов массовой работы среди широких трудящихся масс стоит отметить «курсы домашней гимнастики и ухода за телом». Это краткосрочные бесплатные курсы, рассчитанные на 6-8 часов работы, на которых любой трудящийся может познакомиться с элементарной гимнастикой на дому (проработав ее в течение 2—3 часов практических) и с основами личной гигиены. Достаточно широко популяризированные, эти курсы смогут привлечь внимание многих трудящихся. Если название этих курсов недостаточно правильно, то оно понятно широким массам и сможет их заинтересовать.

Используя для массовой работы врача скопления больших масс, надлежит остановиться на работе, которую можно провести в таких местах, как кино и цирк. Все культфильмы, в частности физкультурные, особенно такие, которые привлекают массового зрителя («Белый стадион», «Одиннадцать чертей», «Путь к здоровью и красоте»), должны быть использованы физкультурным врачом. Организация специальных, хотя бы небольших, выставок в фойе, лекций среди ожидающих зрителей как по основным вопросам физкультуры, так и разъясняющих данные фильмы и дающих оценку их положительных и отрицательных качеств, — вот та несложная методика, которую может использовать врач по физкультуре. Вопрос о реформе цирка и о необходимости создания из него учреждения, агитирующего за физкультуру, давно стоит в порядке дня. Однако уже и сейчас без каких-либо крупных мероприятий врач по физкультуре может использовать его для своих массовых целей. Физиологическое и гигиеническое обоснование цирковой программы, небольшая консультация, работающая в антрактах, на что администрация цирка идет с большой охотой, это еще один, — правда, небольшой, — момент массовой работы.

Физическая культура должна быть очень существенной отраслью медицины. Физкультура — клиника здорового человека. Эти элементарные понятия еще недостаточно глубоко проникли в широкую массу врачей. За это говорят те трудности, с которыми приходится вводить физические упражнения как

лечебный метод. Поэтому врач по физкультуре должен использовать все возможности, раньше всего все врачебные организации, чтобы внедрить эти понятия во врачебные массы. Научные ассоциации врачей, научные общества, съезды, конференции, курсы — вот места, через которые эта работа может быть проведена. Следует расширить опыт некоторых организаций союза медсантруд по созданию практических групп для занятий физическими упражнениями среди врачей, так как практическое участие врача в этих занятиях будет лучшей агитацией за физкультуру. Надлежит упомянуть и о постоянной связи, о постоянной консультации таким группам врачей, как ОЗД и пионерские врачи. Однако следует сказать и об обратной консультации, о привлечении к нашей работе врачей различных специальностей как консультантов по тому или иному узкому вопросу.

Заканчивая обзор методов массовой работы врача физкультуры среди физкультурно неорганизованных трудящихся, следует, пожалуй, специально остановиться еще на некоторых моментах. Речь идет, во-первых, об участии врача в освещении физкультурных вопросов в периодической печати, в первую очередь пионерской, комсомольской и медицинской, во-вторых — об использовании радио. Этот метод в достаточной степени оправдал себя. Но здесь следует напомнить врачу необходимость учитывания того, что радио слушают все возрасты и все группы населения, в частности дети, и кроме того отсутствие личного соприкосновения говорящего со слушающим ставит перед необходимостью ясной и детальной проработки изложения.

Особенно важным моментом, подводящим организационную базу под массовую работу врача по физкультуре, надо поставить вопрос об организации постоянных консультаций. Необходимо создать из кабинетов врачебного контроля, до сих пор в большинстве случаев проводящих только медосмотр, антропometriю и иногда научно-исследовательскую работу, организации, которые следовало бы назвать «врачебной консультацией по физической культуре». В работу таковых, кроме моментов, входящих и ныне в работу врачебно-контрольных кабинетов, должна быть включена консультация по различным вопросам физкультуры широким массам трудящихся, физкультурникам, организациям, представителям других специальностей. Такая консультация должна иметь, кроме хорошо оборудованного врачебно-контрольного кабинета и выставки, также небольшой физкультурный зал, где бы можно было проводить исследования физической дееспособности и двигательных качеств.

Следующим основным разделом массовой работы является работа среди советских и общественных организаций. Первое

место, где врачу по физкультуре надлежит проводить свое влияние, это массовые организации городских советов рабочих и красноармейских депутатов — его секции. Участие врача по физкультуре в таких секциях, как секции здравоохранения, народного образования, коммунального хозяйства, позволит проводить ему не только элементы массовой работы, но и оказать свое влияние на практическое разрешение целого ряда вопросов (благоустройство города, организация стадионов, площадок, душей общественного пользования и т. п.). Кроме того участие врача в составлении наказов избирателей и его выступления по этому поводу на рабочих собраниях не лишены агитационного значения за физическую культуру. Участие в работе по линии ОНО и СПС позволит оказать свое влияние на работу и этих организаций.

Наиболее сложным моментом является обслуживание массовой работой жактов. Здесь можно поделиться небольшим опытом г. Ростова-на-Дону. В городе имеется 6 санитарных бюро, в каждое из которых введен врач по физкультуре. Кроме этого при бюро имеются так называемые здравкомиссии — организации, которые выбираются на общем собрании здравуполномоченных всех жактов, входящих в соответствующий район города. Через эти здравкомиссии, через этих здравуполномоченных врач по физкультуре должен внедриться непосредственно в жилище трудящегося и своей обычной методикой (лекции, беседы, консультации, организация детских площадок, детских садов и т. п.) проводить массовую работу.

В некоторых районах нашей страны особенное значение имеет общество туристов и вообще туристская работа. И связь с этим обществом, организация при нем консультации для обслуживания туристов позволят развернуть здесь массовую работу.

Необходимо также использовать для массовой работы такие общества, как РОКК и «Общество спасания на водах», надо стараться, чтобы во всякой организованной аудитории мы могли провести свое влияние. Не может пройти ни одного массового собрания или съезда, где бы врач по физкультуре не смог выступить со своим вопросом.

Заканчивая статью, нельзя не упомянуть о массовой работе по ф. к. врача в деревне, главным образом в ее социалистическом секторе. Но пока здесь придется проводить эту работу не врачу-специалисту пб ф. к., а участковому врачу. Задача наша — снабдить его только необходимыми материалами и соответствующей методикой.

Мне хочется, чтобы читатель не подумал, что всю эту работу автор хочет взвалить сразу и полностью на врача по физкультуре. Мною дается только арсенал мероприятий, только пере-

чень указаний, а каждый врач, исходя из учета условий своей работы, своих возможностей, должен выбрать то, что больше всего ему подходит.

ГИМНАСТИКА НА ДОМУ Н. ПРЖЕВАЛИНСКОГО ¹⁾

И. Коряковский и А. Крестовников

Из всего многообразия руководств по индивидуальной гимнастике книжка К. Пржевальинского заслуживает особого внимания. Предлагаемая автором методика, целевая установка на дыхательную гимнастику, теоретические предпосылки, обосновывающие гимнастику, и пр. являются чрезвычайно спорными и в ряде моментов идущими в разрез с имеющимися по данному вопросу научными данными.

У прочитавшего книжку «Гимнастика на дому» создается впечатление, что мы быстрыми шагами движемся к вырождению, что спасение только в гимнастике и только в гимнастике Пржевальинского, так как остальные гимнастические системы никуда не годятся, а его системой достигается почти целиком все, что ставится перед советской физической культурой (можно развить мускульную силу, выносливость, укрепить внутренние органы, усовершенствовать координацию движений, дать навыки трудового порядка, вылечить от всех болезней и т. д.).

Отсюда можно сделать вывод, если заниматься «гимнастикой на дому», то можно быть спокойным за свое здоровье и махнуть рукой на все гимнастические системы, спортивные занятия, а если к этому добавить, что читающий данную книжку подчас получит неправильные сведения по биомеханике, анатомии и физиологии, то ценность этой книжки будет ясна.

Чтобы не быть голословным, приведем ряд выдержек и сделаем небольшой критический разбор некоторых положений.

Автор с 7 по 17 стр., обосновывая необходимость применения трудящимися «Гимнастики на дому», пишет: «Мы живем в условиях небывалого в истории человечества падения сил и здоровья у рабочего, в обстановке быстрого развития всевозможных болезней, преждевременной массовой смертности и сокращения без того уже краткой жизни». Верно ли это

¹⁾ Настоящая статья получена редакцией 10 января с. г. Доклад тов. Пржевальинского о предлагаемой им системе был заслушан III сессией НМК ВСФК 6 февраля, при чем сессия, констатируя успехи тов. Пржевальинского в деле вовлечения в физкультуру взрослых рабочих, к самой «системе» отнеслась весьма критически, указав, что «подбор упражнений и методика их применения нуждаются в дальнейшем всестороннем научном изучении, проверке и обосновании» (см. резолюции III сессии НМК в журнале «Физкультурист» № 4 за 1930 г.). Ред.

утверждение для СССР? Если заболеваемость и смертность у нас до сих пор высоки, то тем не менее с каждым годом они снижаются, о чем имеются соответствующие объективные статистические данные¹⁾. Кроме того, автор забыл указать, какими мероприятиями, помимо «Гимнастики на дому», следует бороться за повышение здоровья трудящихся и что в этом направлении делается у нас в СССР.

Перед «гимнастикой на дому» автор ставит следующие задачи:

1. Воспитать умение усиливать дыхание по мере увеличения мышечного напряжения.
2. Развить полное дыхание.
3. Улучшить кровообращение и работу сердца.
4. Улучшить, пищеварение и обмен веществ.
5. Воспитать в организме способность координировать мышечную работу.
6. Развить в мышцах выносливость при помощи более полного использования происходящих в них химических реакций.

Средством для достижения поставленных задач являются соответствующим образом применяемые 18 упражнений.

По своей форме нового они не представляют, являются видоизмененными движениями шведской и французской гимнастики и состоят из движений туловища (стибания, отведения и повороты и совмещение стибания с поворотами), из положений стоячего и лежащего, сопровождаемых движениями верхних и нижних конечностей (9 упр.), движений нижних конечностей из стоячего (2) и лежащего положения (3), движений рук с поднятием на носки (4).

Характерным является способ выполнения движений. Основное требование в этом отношении автором сводится к следующему: «Движения должны быть плавны, длительны и симметричны. Всякого рода резкие, быстрые, односторонние движения без связи с дыханием должны быть отброшены. Ритм движений должен строго соответствовать ритму глубокого дыхания. С дыханием должна быть связана и степень мышечного напряжения. При движении не допускается никаких резкостей или скачков, дыхание должно быть мягким, плавным, полным. Захватывая последовательно нижнюю, среднюю и верхнюю часть легких, в таком же темпе должно производиться и мышечное напряжение. Время для вдоха и выдоха должно быть одно и то же (?). Напряжение при стибании и разгибании мышц должно производиться с одинаковой силой (?)».

Данный принцип автором проводится в полной мере. Сообразно ему произведено и описание движений. Все связано с

¹⁾ По данным НКЗ на 1000 населения умирало в 1913 г. 27 чел., в 1926 г. 21 и в 1928 г. — 18 чел. Еще быстрее падает детская смертность. Р е д.

²⁾ См. также: Dr. Rischard. La respiration dans l'exercice et le sport. Paris. 1927.

глубокими дыхательными движениями, которые автор рекомендует измерять не счетом, а по секундомеру, начинать с 15—12 движений в минуту и, постепенно уменьшая, доводить до 10—8 в минуту. Этим положением «Гимнастика на дому» отличается от всех систем индивидуальных гимнастик и в этом, по нашему мнению, основные ее минусы.

Мы убеждены в том, что при данном методе выполнения движения ни в коей мере не могут быть достигнуты поставленные задачи.

Так, в достижении задачи первой — воспитать умение усиливать дыхание по мере увеличения мышечного напряжения, иначе — выработать в организме способность целесообразно реагировать органами дыхания и кровообращения на все разнообразные изменения в мышечной деятельности, встречающиеся в производственном труде и жизни трудящихся вообще, — проблема громадной важности. И заблуждение думать, что «гимнастикой на дому» она может быть разрешена. Данная задача может быть достигнута лишь применением разнообразных форм физических упражнений, предъявляющих к органам дыхания разнообразные требования, при методике, коренным образом отличающейся от предложенной автором. (Как-то: дышат. упражн. для овладения механизмом дыхательных движений, производимые с различным ритмом; ходьба и бег, применяемые как дыхательные упражнения для развития ритмичного дыхания; для развития глубокого дыхания упражнения в определенных статических положениях.)

Все упражнения «Гимнастики на дому» всегда даются медленным темпом, и вдох и выдох всегда соответствуют характеру движения (нет ни одного движения, которое бы производилось несколько раз в продолжение одного дыхательного движения). Это с точки зрения выработки навыка — не нарушать ритма дыхательных движений при производственном труде, где движения не совпадают по своему характеру, дуге и ритму с глубоким дыханием (на один вдох может быть несколько движений) — очень мало дает, и может получиться обратный результат в смысле выработки навыка связывать ритм дыхательных движений с производственными движениями или наоборот.

Предлагаемые 18 упражнений при требуемом характере выполнения движений не дадут много и в достижении 2, 3, 4 и тем более 5 и 6 задач. Каждому мало-мальски знакомому с данным вопросом работнику ясно, что в отношении усовершенствования координации движений, в приобретении навыков прикладного порядка, в развитии выносливости предложенными упражнениями многого не достигнешь.

Обязательное требование медлительности движений, доведение до 8 движений в минуту (напр., для верхних и нижних

конечностей) для людей, не имеющих патологических изменений в деятельности органов дыхания и кровообращения, ничем не оправдывается, а в ряде моментов является отрицательным, напр., в отношении развития ловкости — поскольку в процессе выполнения медленных движений постоянное сокращение мышц (как синергистов, так и антагонистов) в состоянии, близком к статическому, поведет не к раскрепощению движений, а к связыванию их.

Одним из минусов разбираемой книжки являются необоснованные нападки на системы гимнастик.

Доказывая целесообразность своей гимнастики, автор на стр. 26, 28 и 31 говорит, что под влиянием шведской системы в области преподавания гимнастических упражнений установилась практика делить все движения а) на гимнастику общего характера, куда входят вольные упражнения на аппаратах и снарядах, и б) гимнастику легочную, при чем, по его мнению, в первом случае игнорируется дыхание; во втором — забывается, что одно лишь наполнение легких воздухом не повышает газообмена в тканях, что в первом случае все направлено на укрепление мышечных групп, развитие правильной осанки и т. д., но забыта цель воспитания правильного дыхания, мало обращено внимания на кровообращение, а во второй — не дается нагрузка.

Только при совершенном не знании гимнастических систем, можно взваливать на системы то, чего нет на самом деле. Можно ли утверждать, что все системы, и в частности шведская, забыли вопросы дыхания и кровообращения? Конечно, нет. Наоборот, в шведской системе, помимо специальных дыхательных упражнений, требуется, как правило, не давать упражнений, затрудняющих дыхание и кровообращение, следить за тем, чтобы не задерживалось дыхание при любой трудности упражнения. Также несомненно и то, что здесь в большей мере связаны дыхательные упражнения с потребностью организма в кислороде, чем «гимнастика на дому».

Помимо этого, Пржевальский пытается в своей книжке дать теоретическое обоснование своей «гимнастике на дому». В этом направлении автором допущены ошибки. Так, на стр. 33—34, стремясь обосновать плавность движений, автор пишет: «среди физкультурников наблюдаются два типа людей. У одних произвольная мускулатура сильно развита, резко, отчетливо выделяется, имеются короткие толстые мышцы. Это тип тяжелоатлета. Такие мускулы способны производить резкие быстрые движения, рассчитанные на сильные непродолжительные напряжения, но не обладают выносливостью и при длительной настойчивой работе очень быстро утомляются. Относятся они к типу

короткой мускулатуры. У других мускулатура представляет незаметное гармоничное сплетение; резко не выделяется, мышцы связаны между собой прочно, отличается продолговатостью и эластичностью. Мы наблюдаем ее у гребцов, у бегунов на длинные дистанции, у лыжников и т. д. Люди с подобной мускулатурой обладают большой выносливостью и способны на длительные равномерные напряжения. Относятся они к типу длинной мускулатуры. Первые мускулы имеют окраску бледную (?), а вторые красную (?).

Автор своим разделением на короткие мышцы тяжелоатлета и длинные легкоатлета, приписывая им различные специфические свойства, вносит известную запутанность, так как в основе своего построения мышца и легко- и тяжелоатлета по существу одинаковы, но под влиянием функции, т. е. статической работы (тяжелоатлет.), мышцы перестраиваются, т. е. мышечные волокна укорачиваются за счет удлинения сухожилия, как, например, можно указать на двухглавую мышцу плеча у тяжело- и легкоатлета, короткое брюшко у тяжелоатлета и длинное у легкоатлета.

В главе о дыхании автор, разбирая механизм дыхательных движений (стр. 19), пишет: «легкие по своему положению соприкасаются со стенкой грудной клетки и при расширении последней благодаря образовавшейся пустоте между ними наполняются и расширяются атмосферным давлением воздуха». По всей вероятности, автор говорит о внутрилегочном (Дондерсовом) пространстве.

На стр. 21, разделяя дыхание на типы: нижнее, среднее и верхнее, автор полагает, что выделяется участие нижних долей легкого при нижнем дыхании, средней части — при среднем и верхней — при верхнем. «Нижнее дыхание — при вдохе нижние ребра и брюшная полость (?) расширяются, наполняя нижнюю и отчасти среднюю часть легких воздухом. Среднее дыхание производится главным образом за счет ребер и сосредоточивается в средней части легких и очень мало в верхней и нижней частях».

Указывать на последовательное расширение легкого не является возможным, так как воздух одновременно проходит по всем бронхам.

После приведенных выдержек не покажутся странными такие требования, как, напр.: «Напряжения при сгибании и разгибании мышц должны производиться с одинаковой силой», или утверждение, что «стойка — пятки вместе, носки врозь на 60° неправильна как с точки зрения биостатической, так и с точки зрения полезности». Правильной стойкой, по его мнению, является стойка, когда носки сомкнуты.

С точки зрения биостатической преимущество стойки под углом 60° в том, что она дает большую площадь опоры и меньшую затрату мышечного напряжения для удержания равновесия, — параллельное положение стоп уменьшает площадь опоры и затем требует дополнительного поворота в тазобедренном суставе, что ведет к дополнительной работе мышц.

Кроме того, является спорным и постоянное требование ступней параллельными при положении ноги врозь с точки зрения предупреждения плоскостопия, так как при таком положении тяжесть проходит через внутренний свод; утверждение, что стойка ноги врозь на 60° приводит к уплощению стоп, — тоже неправильно, так как в этом случае тяжесть проходит через наружный свод.

Чрезвычайно странны названия упражнений, вытекающие из задач, которые, по мнению автора, достигаются данными упражнениями; причем одинаковые по форме и характеру выполнения имеют различные названия: напр., поворот туловища в одном случае дается «для увеличения размаха и эластичности грудной клетки», в другом — «для гибкости связочного аппарата» и в третьем — «для приобретения правильного дыхания при трудовых процессах». Эти упражнения являются хорошими для косых мышц живота, но вряд ли способствуют большому движению ребер.

Также нужно указать, что через всю книжку красной нитью проходит ставка на дыхательную гимнастику. При всяком движении, будет ли оно сильным или слабым, трудным или легким, необходимо производить глубокое дыхание. Вся методика построена на акте вдоха и выдоха. К дыхательным движениям подгоняются все производимые в «Гимнастике на дому» движения. Считается большим достижением приобретение умения дышать при выполнении дыхательных упражнений 8—9 раз в минуту. Так как «Гимнастика на дому» распадается на 3 серии, продолжительностью от 5 до 22 минут, то в течение всего этого времени должны производиться глубокие дыхательные движения, что дало возможность д-ру С. Н. Черкасову указать Прижевалинскому на то, что его гимнастика, сопровождающаяся таким усиленным дыханием, ведет к гипервентиляции, что также одним из нас, совместно с д-рами Волжинским и Ганом, было подтверждено с более точной методикой (д-р С. Н. Черкасов пользовался прибором Фридериха для определения углекислоты в альвеолярном воздухе, мы же пользовались газовыми часами и прибором Цунтца — Геперта).

Нам кажется крайне нецелесообразной такая установка и мы против увлечения глубокими дыхательными упражнениями, не стоящими в связи с соответствующей мышечной на-

грузкой и не вызываемыми в результате этого потребностью организма в большом притоке кислорода.

Имеются наблюдения, поставленные независимо от нашего предложения, когда при проведении «Гимнастики на дому» у участников возникало головокружение, при чем об этом нам сообщали и раньше. Кроме того, данные экспериментов над людьми, когда применяют усиленную вентиляцию легких, указывают на наступление судорог и т. д. Конечно, мы не думаем, что «Гимнастикой на дому» можно вызвать последние явления, но это заставляет нас быть весьма осторожными в рекомендации очень многочисленных «дыхательных» гимнастик.

Так как, по словам автора, его метод дал блестящие результаты с больными туберкулезом, из которых некоторые находились в довольно тяжелом состоянии, то мы можем указать, что еще в конце прошлого столетия Лагранж в «Гигиене дыхания» указывал на необходимость применения глубоких дыханий как лечебного метода для лиц с ослабленными легкими, кроме того, посылка больных в горноклиматические станции имеет своей основной задачей заставить дыхательный аппарат делать более глубокие экскурсии грудной клетки, следовательно, и легких, а затем за границей, напр., в Швеции и др. странах, в качестве лечебного метода применяют особые камеры (бароспираторы), где создается разреженное давление и где автоматически, таким образом, заставляют больных делать глубокие дыхания и т. д. Поэтому чего-либо нового в методе Пржевальинского мы не видим.

ВЫШЕЛ № 4 ЖУРНАЛА

«ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ФИЗКУЛЬТУРЫ»

В номере напечатаны статьи: Магитон С. Я. — Пятилетний план подготовки кадров преподавателей физкультуры. Майзель А. А., д-р. — Практическое использование ультрафиолетовых лучей (горное солнце) для массового оздоровления и укрепления организма. Пахомычев А. И., д-р. — К вопросу о физкультуре среди рабочих химической промышленности и близких ей отраслей. Шестаков, д-р. — Кровяное давление, частота пульса и дыхания у лыжников — участников эстафеты Томск — Иннокентьевская. Отделы: Научная жизнь. Рецензии и рефераты. Официальный отдел.

Цена отд. № 50 коп. Условия подписки: на 1 год. — 5 руб., на 1/2 год. — 3 руб.

Подписку направлять по адресу: Москва 12, Ильинка, 15, акц. изд. о-ву «ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТ» или в отделения изд-ва: Ленинград, Гостинный двор, Суворовская, 133, телеф. 4-21-40. Харьков, Дворец Труда, пом. 14, телеф. 45-07.

ИЗ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ ФИЗКУЛЬТУРЫ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА «ЛЕНИНИЗМ В МЕДИЦИНЕ»

В заседании секции 7 января 1930 г. был заслушан доклад д-ра М. Н. Шифрина на тему: «о функциональных пробах сердечно-сосудистого аппарата».

Наряду с изучением анатомических изменений в сердечно-сосудистой системе необходимо изучение функциональной ее способности. Функциональная диагностика сердечно-сосудистого аппарата интересует как врачей-лечебников, так и врачей-физкультурников. Имеется огромное количество методов определения функциональной способности сердечно-сосудистого аппарата.

Докладчик разбивает имеющиеся функциональные пробы на шесть групп:

I группа обнимает пробы, различные по характеру, но объединяемые обработкой полученных данных по различным индексам и формулам (пробы Николаева, Кабанова и др.).

II группа — пробы симптоматического характера (Плетнева — удлинение диастолической паузы).

III группа — пробы с задержкой дыхания и спирометрией.

IV группа — статические функциональные пробы.

V группа — динамические функциональные пробы.

VI группа — пробы, основанные на пользовании сложной аппаратурой.

Огромное количество предложенных методов указывает на то, что вопрос этот чрезвычайно важен и вместе с тем далеко не разрешен. Для определения функциональной достаточности сердечно-сосудистого аппарата не следует ограничиваться одной функциональной пробой, а придется применять в каждом отдельном случае несколько проб. Кроме того, к функциональным пробам должны быть присоединены сведения, полученные от клинического обследования больного. Такой комплексный метод даст возможность более правильно подойти к разрешению указанного вопроса.

Прения: Д-р Л. А. К л о ч к о в — считает причиной огромного количества предложенных функциональных проб неудовлетворенность ими, корни которой лежат в том, что в каждом отдельном случае приходится считаться с чрезвычайно важным вопросом привычной и непривычной нагрузки сердечно-сосудистого аппарата. Только тогда, когда будут внесены поправки на непривычную нагрузку, функциональная диагностика сдвинется с мертвой точки. Докладчик не упомянул одну из последних по времени опубликования проб — Ienselma, чрезвычайно интересную по своей возможности строго градуировать предложенную нагрузку и по близости к так называемой пробе ГЦИФК. Комбинированные формы функциональных проб являются наиболее совершенными.

Д-р М. И. Д у б о в и ц к а я — подчеркивает неполноценность функциональных проб, проводимых со спирометрией, указывая на то, что очень часто лица с недостаточной деятельностью сердечно-сосудистого аппарата дают очень высокие цифры спирометрии.

Д-р Муликов (Психо-физиологическая лаборатория РККА) — также считает очень важным вопрос о привычной и непривычной нагрузке — условно рефлекторной фазе, указывая, что и изучение типов реакции сердечно-сосудистой системы (конституция и сердечно-сосудистая система) нужно внести существенные поправки при оценке данных функциональных проб.

Д-р Лурье (Институт им. Обухова) — расчленил пробу на «жизненные» и «формальные», считает ценным комбинацию в одной функциональной пробе моментов статики и динамики при условии не искусственных, но естественных рабочих элементов, из которых складывается функциональная проба.

Д-р Брашин С. С. — выражает сомнение в приемлемости комбинированных функциональных проб в практической работе по физкультуре из-за сложности и продолжительности по времени этого метода.

Председательствующий д-р Кипарисов В. П. — подытоживая прения, благодарит докладчика за сделанное сообщение.

Л. Н.

В ПАМЯТЬ ЗАМНАРКОМЗДРАВА РСФСР ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ 2 МГУ З. П. СОЛОВЬЕВА

В Гос. институте социальной гигиены (в Москве) открыт кабинет-музей им. З. П. Соловьева. Здесь находятся как печатные работы З. П., так и неизданные рукописи, стенограммы докладов, конспекты лекций и т. д.; книги из его библиотеки; фотографии, картины и скульптура.

Музейная комиссия обращается с просьбой к лицам, знавшим З. П. содействовать пополнению музея, в особенности архивным материалом.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

ДИРЕКТИВНОЕ ПИСЬМО НАРКОМЗДРАВА ЗАВЕДУЮЩИМ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ДЕЛАМИ

Дорогие товарищи!

Решение ЦК ВКП(б) о физкультурном движении («Правда» от 16/X), констатируя ряд существующих в физкультурном движении недостатков и реорганизуя руководство им, должно явиться новым этапом строительства советской физкультуры, развертывания работы и соподчинения ее задачам реконструктивного периода.

Переход на непрерывную неделю, введение выборности в кружках физкультуры, ставка на массовость и против рекордсменства и чемпионства (против которых всегда выступал и Наркомздрав), борьба за кадры — выдвигают и перед органами здравоохранения задачу перестроить и усилить свою работу по линии физкультуры в соответствии с требованиями реконструктивного периода социалистического строительства.

1. «Без врачебного контроля нет советской физкультуры» — лозунг, выдвинутый своевременно Наркомздравом, должен получить теперь еще больше свое осуществление. Не рекордсменов и чемпионов, а всесторонне развитых строителей социалистической республики и борцов за интересы пролетариата должна готовить советская физкультура. Задачей органов

здравоохранения поэтому является направление занятий физкультурой по правильному пути и предупреждение вредных последствий путем надлежащей организации и постановки врачебного контроля. В соответствии с этим здравотделы должны обязательно предусмотреть в своих пятилетних планах: а) увеличение сети кабинетов врачебного контроля над физкультурой (организовать кабинеты при всех ДПА, пунктах ОЗД и П, домах физкультуры, а в случаях их недостаточности — и при лечебно-санитарных учреждениях с включением впоследствии кабинетов в систему единого диспансера), б) увеличение сети врачей специалистов по физкультуре (минимум 1 врач на округ).

Работа существующих кабинетов должна быть усилена и рационализирована переводом на непрерывную неделю, введением 2-х смен и т. п.

Врачебным контролем должны быть охвачены полностью и в первую очередь: 1) по линии школы: школьники I и II ступени, как наиболее раннее поколение, и студенты вузов, техникумов и рабфаков, для которых с нынешнего года физкультура включена как обязательный предмет в учебный план; 2) по линии профсоюзов: члены кружков физкультуры в промышленных районах, при фабриках и заводах и в социалистическом секторе сельского хозяйства (колхозы и совхозы).

2. Санитарный надзор над местами занятий физкультурой предупредительный и текущий является неотъемлемой обязанностью органов здравоохранения и должен быть всемерно усилен. Постановка саннадзора до последнего времени была совершенно неудовлетворительна, а нередко он и совершенно отсутствовал.

Здравотделы должны принять обязательное участие по линии санитарно-гигиенических требований в рассмотрении планов и проектов строительства физкультурных сооружений (площадок, гимнастических зал и т. п.), начинающих усиленно развертываться. Ни одно место для занятий физкультурой не должно открываться без предварительного разрешения санитарного надзора. Минимум санитарных требований должен быть обязательным. Это должно быть подтверждено и изданием обязательного постановления Облисполкома. К текущему санитарному надзору над местами занятий физкультурой должны быть привлечены не только специалисты по физкультуре, но и общесанитарные врачи.

3. Выдвинутая в прошлые годы Наркомздравом задача использования физкультуры не только для отдыха и развлечения, но и для коррегирования профессиональных вредностей и повышения производительности труда, теперь получила всеобщее признание и реальные возможности для осуществления ее. Наряду с теоретической разработкой и проверкой методов и средств физкультуры, как корригирующего средства необходимо оказывать полное содействие советам физкультуры и профсоюзам в их практической работе по перестройке всей воспитательной, методической, спортивной и массовой работы кружков физкультуры в соответствии с условиями данного производства и данных профвредностей.

4. По линии школы — усиление врачебного контроля, санитарного надзора и коррекции вредностей физкультурой (см. пп. 2 и 3) является также важнейшей задачей на ближайшие годы. При всех ДПА необходимо организовать не только кабинеты врачебного контроля над физкультурой, но и кабинеты корригирующей гимнастики (профилактической ортопедии). Выравнивающие и корригирующие упражнения необходимо также ввести в школьные физкультурные уроки в кратковременные перерывы во время занятий — так наз. «физкультминутки». В соответствии с изданной Наркомздравом специальной директивной органы здравоохранения должны помочь также отделам народного образования в их кампании по организации площадок при школах, пионеротрядах, жилтовариществах, рабочих казармах и т. п.

5. Особое внимание необходимо обратить на воспитательную работу среди физкультурников и на искоренение «болезней» в физкультурном движении, в частности на продолжающие развиваться физхалтура и физкультхулиганство. Органы здравоохранения не могут и не должны оставаться пассивными зрителями грубости, пьянства, хулиганства, скрытого и явного профессионализма в физкультуре, а твердо и неукоснительно ставить перед СФК и профсоюзами вопрос о более решительной борьбе с этими позорящими советскую физкультуру явлениями и принимать активное участие в разработке и проведении против них конкретных мероприятий. Свою врачебно-контрольную и санитарно-просветительную деятельность органы здравоохранения должны использовать для воспитательной работы и педагогического воздействия на физкультурников, в особенности же так наз. «самоконтроль».

6. Необходимо также обратить серьезное внимание на мероприятия по предупреждению и лечению поврежденных, получаемых физкультурниками при занятиях физупражнениями. На эту сторону своей работы органы здравоохранения до сих пор почти совершенно не обращали внимания. Между тем для физкультурника всего понятнее и ближе эта отрасль врачебной работы. Число несчастных случаев и повреждений при занятиях физупражнениями с ростом числа физкультурников, естественно, должно увеличиться, однако наблюдающийся рост повреждений ни в коем случае не может быть объяснен только этим. Детальный анализ причин несчастных случаев показывает, что значительного процента их можно было бы избежать, если бы физкультурники были более осведомлены о причинах несчастных случаев и их предупреждении, более тренированы, площадки, спортивный инвентарь и вся организация соревнований более отвечали бы своему назначению. Уже происшедшие повреждения и несчастные случаи скорее бы излечивались, если бы на спортивных площадках была надлежащим образом организована первая помощь и направление пострадавших физкультурников в лечебные учреждения. Наряду с зависящими мероприятиями по устранению вышеуказанных недостатков, органы здравоохранения должны принять участие в регистрации и учете несчастных случаев (по карточке, разработанной ВСФК) и в изучении причин несчастных случаев для их устранения.

7. Наряду с широким профилактическим и общеоздоровительным использованием физкультуры, необходимо развешивать работу и в области применения физкультуры как лечебного средства, особенно в санаториях и на курортах, а по мере разработки специальной методики и в лечебных учреждениях.

8. Советская физкультура строится на научной базе, поэтому органам здравоохранения на местах необходимо при первой возможности принять участие и в общем плане развешивания научно-исследовательской работы в области физкультуры, однако без ущерба своим непосредственным обязанностям практического характера (врачебный контроль, санитарный надзор, первая помощь). Научно-исследовательская работа должна ставиться как по инициативе самих органов здравоохранения, так и по заданиям советов физкультуры и при их содействии. Очередные задачи в этой области: изучение влияния физкультуры на производительность труда, проработка методологии коррекции профвредностей и профзаболеваний, проработка рациональных методов физкультуры для рабочих совхозов и колхозов, а также собиране, обработка и систематизация данных врачебного контроля, подытоживание и обобщение их в целях изучения физического развития населения и влияния на него физической культуры.

9. Вопрос о кадрах для физкультурной работы в настоящее время приобретает особую остроту. Помимо того, что подготовка большинства работающих на местах инструкторов недостаточна, обнаруженные случаи антисоветских и антиобщественных настроений в некоторых местах ставят перед советами физкультуры задачу подготовки и выдвижения новых кадров.

Обязанность органов здравоохранения—пойти всемерно навстречу в этом деле советам физкультуры и обеспечить организуемые на местах курсы подготовки и усовершенствования инструкторов квалифицированными лекторскими силами по вопросам биологического цикла.

С другой стороны, органам здравоохранения необходимо провести мобилизацию общественного мнения медработников и привлечь их внимание к вопросам физкультуры, вовлекая наиболее активных в практическую работу по физкультуре и врачебному контролю, организовав для подготовки их краткосрочные курсы, курсы-конференции, семинарские занятия, кружки и т. п.

10. Все эти разрезы работы органов здравоохранения по физкультуре также должны найти достаточное отражение в пятилетних планах облздоров.

11. В целях приближения к широким массам всех мероприятий органов здравоохранения в области физкультуры необходимо поставить за правило наряду с ведущейся общей санитарно-просветительной работой обсуждать на собраниях физкультурного актива, на фабриках, на заводах, а также освещать в местной прессе, в стенгазетах и т. п. задачи врачебного контроля и особенно его результаты, требования санитарного надзора и санитарно-гигиеническое нормирование, мероприятия для повышения производительности труда и по борьбе с профвредностями, мероприятия по борьбе с несчастными случаями при занятиях физупражнениями и т. п.

12. Вскрывая существующие недочеты, развывая самокритику, вовлекая массы в активную работу по оздоровлению, органы здравоохранения всю свою работу по физкультуре должны увязывать с профессиональными и партийными организациями, в свою очередь пользуясь их поддержкой при проведении необходимых мероприятий и в особенности при проведении через местные органы увеличения ассигнований на врачебный контроль и санитарный надзор над физкультурой.

Планы работы должны быть согласованы с местными советами физкультуры и ими одобрены.

Учитывая важность обмена опытом по развыванию здравотделами работы по физкультуре через печать, в журнале «Теория и Практика Физкультуры» введен специальный отдел «На местах», куда необходимо давать информацию о своей работе, делиться достижениями, указывать на пути и методы преодоления трудностей, одновременно приняв меры к возможно более широкому распространению этого журнала среди медико-санитарных учреждений и медработников.

Народный комиссар здравоохранения Н. Семашко.

12 января 1930 г.

№ 110/70 25/1

О ВРАЧЕБНОМ КОНТРОЛЕ НАД ПОСТАНОВКОЙ ДЕЛА ФИЗКУЛЬТУРЫ НА ТРАНСПОРТЕ

Постановка дела физической культуры среди рабочих и служащих железнодорожного и водного транспорта в настоящее время страдает значительными еще недостатками в отношении врачебного контроля над физкультурниками.

Большинство здравотделов не имеет врачей, достаточно подготовленных к работе по физкультуре; вопрос о проведении врачебного контроля силами участкового врачебного персонала до сих пор еще не урегулирован; контроль проводится в виде отдельных кампаний и притом недостаточно внимательно; кабинетов врачебного контроля нет во многих пунктах, где имеются кружки по физкультуре; не везде применяется единообразный метод учета и отчетности.

Учитывая огромное значение правильной постановки физической культуры среди трудящихся для социалистического строительства страны и в частности для транспорта, имеющего много специфических вредностей,

предупреждение которых и борьба с которыми практически осуществляется при помощи физического воспитания и физических упражнений, — НКЗ предлагает всем дор и водздравотделам обратить особо серьезное внимание на постановку врачебного контроля над физкультурой и провести в жизнь следующие мероприятия:

1. Установить в аппарате здравотдела ответственное за постановку врачебного контроля лицо: дорожный врач-спец (инспектор) по ОЗД и П или один из врачей ОЗД и П, имеющий подготовку в соответствии с положением о враче по ф. к., опубликованным в «Вопросах Здравоохранения» № 12 за 1929 г.

2. Принять меры к организации во всех крупных пунктах кабинетов врачебного контроля, детпрофамбулатории и аппаратуры, имеющейся у врачей ОЗД и П, без ущерба для работы по линии школы.

3. В пунктах, где имеются кружки по ф. к., поручить работу по врачебному контролю определенным врачам (врачам ОЗД и П или участковым и санитарным врачам), выработав совместно с ДФ Бюро по ф. к. план и объем их работы.

4. На врачей следует возложить: дважды в год освидетельствование всех участников кружков по ф. к., надзор за санитарным состоянием помещений, где происходят физупражнения, дачу медицинских советов физкультурникам и в частности по вопросам правильного режима труда и быта; организацию и проведение врачебно-санитарного надзора во время состязаний; организацию кружков первой помощи, составление отчетов по результатам освидетельствования.

5. В целях ознакомления и усовершенствования врачей в вопросах врачебного контроля над ф. к. рекомендуется ставить соответствующие доклады на конференциях и врачебных совещаниях, а где возможно, организовывать специальные краткосрочные курсы-конференции по ф. к. для врачей.

6. Ввести всюду однообразную форму врачебной карты (форма № 3) и отчетности, установленные Высшим Советом Физкультуры РСФСР и опубликованные в № 4 журнала «Теория и практика физкультуры» за 1928 г.

7. Предложить всем врачам, работающим в кружках, не ограничиваться объемом работы, очерченным в п. 5, а проводить активную работу по популяризации основных положений советской физической культуры среди транспортного населения и по практическому осуществлению этих положений в быту трудящихся и на предприятиях.

Всем дор и водздравотделам предлагается сообщить в УПС НКЗ о принятых ими мероприятиях на основе настоящего циркуляра.

Народный комиссар здравоохранения **Семашко.**

