

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



6

1930

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

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ЖУРНАЛ,

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

№ 6 (30)



СОДЕРЖАНИЕ

XVI партс'езду	Стр. 3
I. ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	
<i>Ивановский Б. А.</i> —Физкультурное образование врачей в системе медицинского образования	4
<i>Проф. Валединский и пр.-доц. Саркизов-Серазини.</i> —Показания и про- тивопоказания при назначении физической культуры сердечно- сосудистым больным на курортах	13
<i>Соркин И. Э.</i> —Физкультура в лечении туберкулеза	23 ✓
II. НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ	30
III. ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	42

INHALTVERZEICHNIS

Zum XVI Parteikongress	Seite. 3
I. ORIGINALARTIKEL	
<i>Iwanowsky B.</i> —Die Ausbildung der Aerzte in der Körperkultur im System der medizinischen Bildung	4
<i>Waledinsky A., Proff., und Sarkisow-Serasini, Priv.-Doz.</i> —Daz Für und Weder bei der Verordnung von Körperkultur für Herz und Gefäß- kranke auf den Kurorten	13
<i>Sorkin J.</i> —Die Körperkultur und die Behandlung der Tuberkulose	23
II. WISSENSCHAFTLICHES LEBEN	30
III. OFFIZIELLER TEIL	42

В о ж д ю

*победоносного пролетариата,
строящего социализм*

XVI с'езду ВКП(б)

*пламенный привет и обещание
мобилизовать научно-творческую
мысль физкультурного движения
на перестройку труда и быта,
на повышение производительности
труда, на социалистическую
реконструкцию сельского хозяйства,
на укрепление обороно-
способности Республики*

*Пятилетний план выполним
в четыре года*

ФИЗКУЛЬТУРНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ¹

Ивановский Б. А.

Реформа медобразования и реорганизация медицинских факультетов на три самостоятельных факультета — лечебно-профилактический, санитарно-профилактический и факультет охраны здоровья детей (ОЗД) — выдвинул неотложную задачу окончательного разрешения вопроса о месте физкультуры в системе высшего медицинского образования и о том, где и как должен готовиться врач-специалист по физкультуре. Работа врачей по физической культуре, в частности по врачебному контролю — новая область медицинской науки. Необходимость подготовки и специализации врачей по физкультуре еще не всем ясна, и ее приходится доказывать и утверждать. С другой стороны, перестройка врачебно-контрольной работы над физкультурой, отсутствие достаточной четкости в профиле врача-специалиста по физкультуре и намечающаяся детальная специализация — на врача кабинета (клинициста), санитарного (профилактика), врача по лечебной физкультуре и организатора-массовика — затрудняют окончательное разрешение вопроса.

Однако жизнь не ждет. Громадное воспитательное и оздоровительное значение физкультуры как фактора культурной революции и как средства подготовки населения к труду и обороне нашло свое выражение в ряде постановлений партии и правительства, которые должны быть выполнены в кратчайший срок. Последнее историческое постановление ЦИК СССР от 3 апреля 1930 г. говорит: «огромное значение физкультуры в области социальной гигиены и евгеники требует самого широкого и всестороннего ее применения в деле советского здравоохранения». Постановление ЦИК СССР вместе с тем утверждает и установку Наркомздрава на необходимость научного подхода и врачебного контроля

¹ Материалом для настоящей статьи послужили мой доклад „О преподавании физкультуры в Медвузах“ на IV сессии НМК ВСФК 12 апреля 1930 г. и резолюция, принятая сессией по этому докладу и содокладу д-ра Зарянова.

над физкультурой, которые всегда отстаивал Наркомздрав. Лозунг «без врачебного контроля нет советской физкультуры» теперь получил авторитетное подтверждение в этом акте правительства, которое постановило «возложить на народные комиссариаты здравоохранения организацию контроля над всей физкультурной работой, постановку и научное изучение физической культуры как социально-гигиенического, лечебного и евгенического фактора в системе различных здравоохранительных учреждений и соответствующую подготовку и переподготовку врачебных кадров и медицинских работников».

Таким образом, вопрос о кадрах врачей и для физкультурной работы становится актуальнейшей задачей дня.

Если до настоящего времени мы обслуживали примитивным врачебным контролем лишь 50—60% членов кружков физкультуры в городах и промышленных центрах, а в областных центрах—80—90%, то теперь обязательным врачебным контролем мы должны охватить все 100% и не только в городах, но и в деревне, и в первую очередь — в социалистическом секторе сельского хозяйства. Новые формы работы потребуют еще большего увеличения числа врачей, работающих по физкультуре. Работу врача по физкультуре нельзя будет сводить только к работе в кабинете. Он должен будет выйти на стадион, на производство, в кружки. Качественная постановка врачебного контроля должна также быть резко улучшена. Проект пятилетнего плана Наркомздрава предусматривает вместо 250 врачей, работающих в данное время исключительно по физкультуре и имеющих специальную (если таковой можно назвать 2—4-месячные курсы) подготовку, 1.275 врачей-специалистов по физкультуре, не считая врачей ОЗД и других специальностей, которые работают и будут работать по физкультуре в порядке выполнения своей основной работы (школы, детплощадки, физиотерапевтические площадки, дома отдыха, санатории, лечебные учреждения и пр.). Темпы, которыми будет развиваться физкультурное движение после постановления ЦИК СССР, несомненно, увеличатся. Профсоюзы к концу пятилетки предполагают охватить физкультурой 30% своих членов, что составит около 5.470.000 человек. 21.769.000 учащихся будут заниматься физкультурой в порядке прохождения учебного плана. Запроектированная нами цифра врачей по физкультуре уже теперь оказывается совершенно недостаточной. Однако медвузы при всем их расширении не смогут дать нам больше, так как дефицит во врачах к концу пятилетки будет около 17.000². Вместе с тем

² Учитывая это, последний вариант пятилетки Наркомздрава уменьшил цифру врачей-специалистов по физкультуре до 960 человек.

принципиально неправильно и практически неосуществимо в работе по физкультуре базироваться только на врачах-специалистах. Необходимо, чтобы каждый врач получал физкультурное образование в стенах медвуза и имел возможность в дальнейшем совершенствоваться и специализироваться в этой области. Врачи же специалисты по физкультуре кроме своей непосредственной работы должны быть инструкторами и консультантами для всех других врачей, соприкасающихся в своей работе с физкультурой.

На ближайшие годы система подготовки врачей по физкультуре должна складываться из двух моментов: 1) физкультурного образования в медвузах и 2) усовершенствования и специализации врачей по физкультуре в институтах физкультуры. Организация специального факультета или отделения при медвузе для подготовки врачей-специалистов по физкультуре, как это ни заманчиво с первого взгляда, при данных условиях и возможностях нецелесообразна. Однако в перспективе эта задача отнюдь не исключается, если медвузы пойдут дальше по пути узкой специализации. Усовершенствование и специализация врачей по физкультуре должны проводиться в институтах физкультуры путем прохождения курсов усовершенствования, интернатуры, аспирантуры и научных командировок.

Основной и важнейшей задачей в настоящее время является введение теории и практики физкультуры в медвузах. Проводящаяся реформа медобразования и облегчает и затрудняет это дело. Облегчает потому, что ломаются все учебные планы и все старые устои медицинского образования, и молодой физкультурной науке легче войти в ряды своих старых товарищей. Затрудняется потому, что отвоевать себе должное место и время в учебном плане при максимальном сжатии других предметов и сокращении часов на них с переходом на 4 года обучения чрезвычайно трудно, так как тотчас же встает вопрос о том, за счет какого предмета можно ввести физкультуру.

Однако физкультура должна быть введена, и притом самостоятельным предметом, на всех трех факультетах реорганизуемого медвуза, причем на лечебно-профилактическом факультете и факультете ОЗД необходимо создание кафедры физической культуры (физического воспитания), о чем имеется также и прямое указание в постановлении ВЦИК от 13 февраля 1928 г.

Постановка физкультуры в медвузах должна преследовать помимо общих для всех вузов задач физического развития и оздоровления студенчества и их военной подготовки еще и физкультурное воспитание и образование выпускаемых

врачей для применения полученных знаний в их дальнейшей деятельности и для постановки научно-исследовательской работы в области физкультуры. Курс физкультуры на каждом факультете должен, разумеется, соответствовать целевым установкам факультета и отличаться как постановкой теории, так и практики, а также и количеством отводимых на них часов.

О состоянии здоровья студенчества уже писалось достаточно³. 20% больных на первом курсе и 20% здоровых на последнем,—эти цифры говорят сами за себя. Студенты-медики в данном случае не являются исключением. Необходимо, чтобы и сам врач хотя бы немного походил на здорового человека.

Но одного оздоровления врачей недостаточно. Каждый врач должен быть не только грамотен в вопросах физкультуры, но и образован настолько, чтобы иметь возможность применить полученные знания в своей врачебной практике—в области врачебного контроля над физкультурой и в области лечебно-профилактического применения физупражнений.

На ближайший отрезок времени детальная специализация врачей в области физкультуры невозможна. Врач по физкультуре должен быть универсален в своей области. Какой же из трех факультетов должен быть главной базой для подготовки врача по физкультуре? На первый взгляд казалось бы—санитарно-профилактический, поскольку физкультура есть, главным образом, активная и действительная профилактика. Но такое решение было бы неправильно. Для врача по физкультуре главное—клиническая подготовка и основательное знание функциональной диагностики. Этого не дает санитарно-профилактический факультет, взявший установку на подготовку санитарного инженера. Для него также найдется работа в области физкультуры, но центр тяжести подготовки врачей по физкультуре должен быть на лечебно-профилактическом факультете для работы среди взрослых и на факультете или отделении ОЗД для работы среди детского населения. Надо учитывать также, что дальше все больше и больше будет применение физической культуры как лечебного метода.

Теоретический курс

Теоретические занятия на лечебно-профилактическом факультете и факультете ОЗД должны состоять из вводного курса: задачи и цели советской физкультуры (I курс), теория и методика физкультуры с оценкой систем (II курс), врачебный контроль (III курс) и лечебная физкультура

³ См. также Б. А. Ивановский. Физическое развитие и состояние здоровья студенчества. „Теория и практика физкультуры“ № 6. 1928 г.

(IV курсе). Теоретический курс должен состоять из вводных и узловых лекций, семинарских и практических занятий.

На санитарно-профилактическом факультете теоретический курс должен состоять из вводных лекций на I курсе (10 ч.), из ознакомления с теорией и практикой физкультуры, гигиеной физкультуры и врачебным контролем на III курсе (20 ч.) и курса санитарной техники физкультурных сооружений (10 ч.) на IV курсе (для специалистов по санитарии детских коммунальных учреждений). В теоретический курс на всех факультетах в виду недостатка часов вводятся лишь специфические для физкультуры вопросы, но вместе с тем необходимо и чрезвычайно важно, чтобы в программы по анатомии, физиологии, гигиены и т. п. были включены соответствующие физкультурные вопросы (динамическая анатомия, физиология и гигиена физических упражнений, исследование моторики, закаливание, спортивный массаж, спортивная травматология и т. д.).

Даем примерный перечень вопросов для включения в программы родственных предметов.

Анатомия, физиология, общая гигиена. Программные дополнения по динамической анатомии, физиологии и гигиене физических упражнений и санитарной техники физкультурных сооружений.

Социальная гигиена и гигиена воспитания. Физкультура как фактор широкого оздоровления труда и быта различных групп населения. Социально-евгеническое значение физкультуры. Биологическая характеристика возрастов. Исследование моторики. Конституция и аномалии конституций.

Терапевтические клиники. Клинические исследования. Функциональные исследования органов кровообращения и дыхания. Использование средств физкультуры при различных заболеваниях внутренних органов.

Физиотерапия. Закаливание. Применение и дозировка солнца, воздуха и воды для целей физкультуры. Массаж. Самомассаж.

Хирургические клиники. Спортивные повреждения и подача помощи при них. Врачебная гимнастика и массаж при соответствующих заболеваниях.

Акушерство и гинекология. Физические упражнения при беременности и гинекологических заболеваниях.

Производственная практика

Громадное значение производственной практики теперь общепризнано. Производственная практика должна дать практические навыки по применению полученных знаний. Чем дальше, тем больше теоретический курс будет перестраиваться таким образом, чтобы служить введением в производственную практику, которая в медвузах займет не менее $\frac{1}{3}$ всего учебного плана. Разумеется и производственной практике по физкультуре должно быть уделено должное место и внимание.

В качестве первой ступени производственной практики по физкультуре желательно ввести привлечение студентов III и IV курсов к проведению физупражнений со студентами I и II курсов (под руководством преподавателей) и занятий (зарядка, корригирующие и т. п.) со своими однокурсниками (под руководством помощников преподавателей).

Практика по физкультуре вне стен вуза должна заключаться в следующем.

II курс. Ознакомление с организацией и структурой советской физкультуры: работа советов физкультуры, здравотделов, ОНО, профсоюзов по физкультуре как по линии административных и научно-методических органов (врачебно-контрольная комиссия, бюро физкультуры и т. п.), так и периферических учреждений (кружок физкультуры, кабинет врачебного контроля, ДПА, школа и пр.). Участие в санпросветработе (доклады, лекции, выставки, уголки по физкультуре и т. п.).

III. курс. Работа помощником врача в кабинете врачебного контроля и на спортилоадаке. Проведение под руководством преподавателя (а затем самостоятельно) корригирующих упражнений в школах, на производстве, в кабинетах профилактической ортопедии, в домах отдыха. Оказание первой помощи при повреждениях, полученных во время занятий спортом.

IV курс. Работа под руководством преподавателя по применению физупражнений в качестве лечебного метода при различных категориях болезней в лечебно-профилактических учреждениях, в санаториях для детей и взрослых и на физиотерапевтических площадках. Проведение консультации по физкультуре.

Академические (обязательные) занятия физупражнениями

Занятия физупражнениями, введенные уже для первых двух курсов Главпрофобром с 1929 г., должны быть введены в сетку учебных часов на всех четырех курсах не менее трех часов в декаду и сопровождаться краткими объяснениями проводимых упражнений. (В 1930/31 году можно ограничиться введением обязательных занятий физупражнениями на первых трех курсах).

Для подготовки к производственной практике по физкультуре программа учебных (академических) занятий физупражнениями должна быть тесно увязана с теоретическим курсом и построена примерно следующим образом: I и II курсы — общеразвивающие и корригирующие упражнения для самих студентов с учетом профвредностей медфака; III курс (помимо перечисленного для I и II курсов) — корригирующие упражнения для применения в школах, на производстве, в домах отдыха; IV курс (кроме общей физподготовки) — физупражнения как лечебный метод для применения в лечебно-профилактических учреждениях.

Детальная разработка программы физупражнений для медфака — дело ближайшего будущего. Основные установки

для программы, принятые IV сессией НМК ВСФК, следующие.

I курс. Целевая установка: оздоровительная. **Упражнения** (программа рабфака): гимнастический материал, спортивные игры (волейбол, итальянская лапта), лыжи, коньки, плавание, легкая атлетика.

II курс. Целевая установка: оздоровительная. **Упражнения:** гимнастический материал—усложнение I курса, специальные упражнения для женщин (брюшной пресс, тазовое дно), спортивные игры (баскетбол, ручной мяч, футбол—для мужчин), лыжи, коньки, гребля, плавание, легкая атлетика, тяжелая атлетика.

III курс. Целевая установка: оздоровительная и образовательная. **Упражнения:** гимнастический материал, спортивные игры, борьба, бокс, фехтование, легкая атлетика, лыжи, коньки, корригирующие и др. упражнения для дошкольного и школьного возраста и подростков, на производстве, в домах отдыха и т. п.

IV курс. Целевая установка: образовательная и оздоровительная. **Упражнения:** для применения в качестве лечебного метода в лечебно-профилактических учреждениях, санаториях и на курортах для детей, подростков и взрослых при болезнях органов движения, кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной системы, обмена веществ; физкультура для женщины беременной и при гинекологических болезнях; гимнастический материал; спортивные игры, тяжелая и легкая атлетика; лыжи, коньки.

Военная подготовка проводится путем построения занятий физупражнениями с учетом военно-прикладных и военно-санитарных требований.

Клубные (добровольные) занятия физупражнениями

Дополнением к академическим обязательным занятиям физкультурой в порядке прохождения учебного плана должны быть кружковая (клубная) и массовая работа в добровольном порядке и утренняя гигиеническая зарядка в общежитиях, проводимые на общих основаниях со всеми другими вузами. В виду недостаточности часов на обязательные занятия по учебному плану и перехода на непрерывную производственную практику широкое развитие этой работы не только в вузе, но и в местах длительной практики студентов является обязательным условием надлежащей постановки физкультуры.

Разделение на группы

Занимающиеся физкультурой студенты должны делиться на группы, во-первых, по половому признаку (мужчины и женщины должны иметь разную программу занятий) и, во-вторых, по данным врачебного контроля. На основании данных врачебного контроля студенты должны быть разбиты на четыре группы. 1-й группе разрешаются и учебные и внешкольные (клубные) занятия; 2-я группа имеет ограничения в клубных занятиях; 3-ю группу составляют те, которым должны быть ограничены учебные занятия и назначаться специальные упражнения; 4-я группа освобождается от практических учебных занятий физкультурой, но лишь по заклю-

чению врача, причем врачи не должны освобождать студентов от занятий совершенно, когда можно ограничиться исключением тех или иных упражнений или, наоборот, назначить специальные упражнения корригирующего характера.

Во время учебных занятий 1-я и 2-я группы могут объединяться и получать одинаковую нагрузку.

Методические замечания

В виду того, что в ближайшие годы в медвузы будет поступать молодежь, недостаточно знакомая с физической культурой, особенно в провинции, где физкультура в средней школе поставлена совершенно неудовлетворительно, необходимо занятия физупражнениями в первые год-два обучения проводить по типу общей физподготовки. Затем должен проводиться секционный метод, преимущественно с военно-прикладным уклоном, и наконец после общей физподготовки должно уделяться место упражнениям, изучив которые, будущий врач смог бы применить в своей дальнейшей деятельности.

В отношении общей физподготовки необходимо, чтобы уроки физупражнений и каждая серия урока строилась не по форме упражнения, а по конкретным задачам, к которым должны подбираться соответствующие средства.

Урок физических упражнений с характером общей физподготовки должен строиться по следующему типу.

Первая серия. Порядковые упражнения: 1) строй и перестроение, 2) фигурная маршировка, 3) ходьба (можно заменить мерным бегом).

Вторая серия. Подготовительные: 1) упражнения для общего развития мышечной системы, 2) специальные упражнения для мышц туловища и предупреждения дефектов (профилактические), 3) упражнения, способствующие умению экономно пользоваться мышечной силой и увеличивающие подвижность в суставах (упражнения на напряжение мышц, на расслабление мышц, упражнения растягивающие, упражнения комбинированные, упражнения ассиметрические), 4) дыхательные упражнения.

Третья серия. Упражнения для приобретения и закрепления навыков. Упражнения в ходьбе, метании, прыжках, висах, и упорах, лазании, сопротивлении, поднимании и переноске тужестей, в приемах защиты и нападения, дополнительные упражнения в беге, упражнения в равновесии, военно-прикладные упражнения.

Четвертая серия. Скоростные упражнения: 1) бег, 2) подпрыгивание и быстро чередующиеся прыжки.

Пятая серия. Успокаивающие упражнения: 1) медленная ходьба, 2) простые упражнения из 1-го и 2-го разделов второй серии, 3) глубокое дыхание для успокоения.

Данная схема является лишь типовой. В зависимости от местных условий она может и должна варьироваться с тем, чтобы урок всегда отвечал предъявляемым к нему задачам.

Весьма ценные методические указания по проведению физупражнений приняты IV сессией НМК по докладу

Г. А. Дюперрона о физкультуре в педвузах. Эти указания в полной мере могут быть использованы и для медицинского факультета, и с ними я рекомендую ознакомиться всем детально интересующимся методикой проведения физупражнений.

Учебный план

Суммируя все сказанное выше в отношении постановки теории и практики физкультуры в медвузах, учебный план для лечебно-профилактического и факультета ОЗД необходимо постродить примерно следующим образом.

Семестры	Лекции	Семинары и практич. занятия	Прочев. практика ⁴	Аквдем. занятия физ. упр.	Всего
Количество часов					
I	10	—	—	90	100
III	10	30	10	70	120
IV	4	26	45	45	120
VII	8	22	60	30	120
	32	78	115	235	460

Необходимо указать, что приведенный проект учебного плана для настоящего времени является оптимальным и как таковой он принят IV сессией НМК ВСФК. Повидимому, в нынешнем году провести его целиком в общереспубликанском масштабе не удастся. Главпрофобр наметил комплексирование теории физкультуры на лечебно-профилактическом факультете с физиотерапией, отведя на оба предмета всего лишь 60 часов, а на санпроффакультете физкультура включена в гигиенический комплекс, на который отведено 96 часов. Лишь факультет ОЗД более или менее учел значение физкультуры, отведя в последнем проекте на теорию физкультуры 120 час.

Практические занятия физупражнениями всюду вынесены за сетку учебного плана.

Такое положение, конечно, ни в коем случае не может нас удовлетворить. Необходима мобилизация общественного мнения медицинских работников, а главное — инициатива и самостоятельность мест. Уже в нынешнем году ряд медфаков, не ожидая распоряжения Главпрофобра, ввел не только практику, но и теорию физкультуры. Нужно дальше продолжать эту работу и идти впереди центра, стараясь уже в будущем учебном году реализовать полностью намеченный учебный план. Жизнь оправдает и утвердить эти начинания.

⁴ В этой графе указывается количество экскурсий.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ БОЛЬНЫМ НА КУОРТАХ

Проф. И. А. Валединский и пр.-доц. И. М. Саркизов-Серазини (Москва).

Данные науки, посвященные учету влияния кинетической энергии на сердце человека, с несомненностью убеждают нас, что различные виды физических движений при различной интенсивности напряжения различно влияют на сердечный мускул.

Нельзя забывать, что сердце является мотором в сложной системе транспортирования крови в организме человека. При переходе границы предельных сил его изменяется ритм, слабеет миокард, наступают резкие изменения функций и других органов.

Эти изменения приходится особенно учитывать при назначении физических движений сердечным больным в курортно-санаторной обстановке. У больных, приезжающих на курорт лечиться, резервные силы миокарда ослаблены.

Поэтому, естественно, встает вопрос, можно ли назначать физическую культуру лицам с болезнями сердца. Еще недавно в науке царило твердое убеждение, что таким больным необходим абсолютный покой. В настоящее время этот взгляд оставлен. Движение как метод лечения некоторых форм сердечных болезней начинает со времен Эртелля и Шотта завоевывать повсеместное и общее признание и широко применяться у нас¹ и на Западе.

Насколько уточнены эксперимент и наблюдение на Западе, показывает хотя бы работа Prof. Rautmann („Sportberatung.“) Münch. Med. Woch. 1924. № 46), который на первом немецком съезде спортврачей в Берлине доказывал, например, что недостаточность митрального клапана при наличии полной компенсации ни в коем случае не может служить противопоказанием для участия даже в легких состязаниях (чего, по его словам, не разрешается делать при сужении митрального отверстия или недостаточности аортальных клапанов).

Перед работниками в области физической культуры на курорте, на обязанности которых будут лежать отбор и проведение работы с больными-сердечниками, неизбежно встанут следующие вопросы:

- 1) Определение резервной силы миокарда.
- 2) Показания и противопоказания к назначению физической культуры сердечным больным.

¹ Проф. Валединский. Физупражнения как лечебный метод заболеваний сердца и сосудов. Сиб. архив, т III, кн. I.

3) Как велика степень нагрузки физическими движениями, которые сердце больного может перенести без отрицательного влияния на миокард.

Определение резервной силы миокарда

Это выражение мы могли бы заменить общим понятием о «функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы», потому что врачу, наблюдающему или отбирающему больных для назначения физических движений, приходится учитывать не только силы миокарда, но и состояние сосудов больного.

Для определения основных функций сердца — возбудимости, сократимости, проводимости — прибегают к выслушиванию тонов сердца. При выслушивании различают: силу, ритм, тембр, продолжительность. По силе отмечаются тоны: звучные, ослабленные, глухие. По тембру: чистые, шероховатые, дребезжащие, звонкие. По ритму: правильные, замедленные, ускоренные, неправильные.

При выслушивании сердца у тучных, эмфизематиков, при перикардальном транссудате необходимо свериться с наполнением артериального пульса, произвести выслушивание в разных положениях больного и после движений, от чего тоны или усиливаются, или ослабевают.

Границы сердца определяются перкуторно. Средняя величина поперечника сердца в среднем возрасте у мужчин равна 11—13 см, у женщин—10—12 см. Проверка—при помощи рентгеноскопии, ортодиаграфии, телерентгеноскопии.

Для выявления тоничности сосудов пользуются определением кровяного давления. Известно, что средние нормы кровяного давления колеблются в широких пределах даже у одного и того же лица. Эти колебания встречаются в пределах

105—135
60—80

Резкие отклонения в ту или другую сторону будут говорить о гипертонии или гипотонии.

По выявлении тоничности сосудов и определении степени и распространения отеков и застоев как важнейших признаков декомпенсации переходят к функциональной пробе Генча с задержкой дыхания, принятой в кабинете учета Курортного института.

Проба производится следующим образом: больной сидя отдыхает 3 минуты, выслушивает объяснение и после того производит три вдоха и выдоха средней силы и на четвертом вдохе задерживает дыхание, зажимая нос и тем давая сигнал для отметки времени на часах или для пуска секундомера.

В момент невозможности дальше задерживать дыхание больной разжимает нос, начинает дышать, чем дает сигнал ко второй отметке времени по часам или для остановки секундомера. После этого больного просят пройти по ровному месту расстояние в 30 метров со скоростью 30 сек. или сделать пять приседаний в 10 секунд, после чего опыт с задержкой дыхания повторяется. У здоровых лиц задержка дыхания до работы может продолжаться от 25 до 52 сек., в среднем 35 сек., а после нагрузки—не менее 18 сек.

У сердечных больных уже в покое оно дает низкие цифры, которые после нагрузки достигают часто 8—12 сек. При оценке этой пробы следует иметь в виду состояние дыхательных органов и нервной системы.

Последней пробой по определению запасной силы сердца является динамическая часть пробы Мартинэ. Производится она так: при сидячем положении исследуемого определяется кровяное давление максимальное и минимальное, сосчитываются пульс, наполнение, напряжение, ритм, после этого больной делает 15 приседаний в 30 сек., и снова измеряется кровяное давление, причем отсчитывается по 10-секундным промежуткам пульс до выравнивания с исходной величиной в покое и отмечается время, через которое он пришел к этой величине. Из сопоставления учащения пульса, его исходной величины, времени его выравнивания, цифр кровяного давления и амплитуды его выводят заключение о результатах пробы.

Если больной не может выполнить пробу Генча или Мартинэ, можно применять в качестве нагрузки зашнуровывание и расшнуровывание ботинка. Делается это таким образом: нога остается на полу; больной сидя на стуле, нагибаясь, быстро зашнуровывает и расшнуровывает ботинок в течение 45 сек., после этого больной принимает прежнее положение (разгибается), и производятся соответствующие наблюдения, измерение кровяного давления и сосчитывание пульса в пробе Мартинэ и задержка дыхания в пробе Генча.

Показания и противопоказания к назначению физических движений сердечных больных

Для правильного понимания отдельных заболеваний сердечно-сосудистой системы наблюдающим за больными врачам необходимо усвоить ясное представление о некоторых формах заболевания сердечно-сосудистого аппарата.

Под названием миокардит следует подразумевать действительное воспаление сердечной мышцы (ревматизм, сепсис, сифилис) с лихорадкой и симптомами недостаточности

сердца. Такие больные на курортах не встречаются. Там могут встретиться случаи с последствиями перенесенного миокардита: миофиброз, кардиосклероз, атрофия.

Дегенеративные изменения сердечной мышцы предполагают встретить при явлениях нарушения обмена (подагра, ожирение), профинтоксикации (свинец, анилин, сернистые пары и др.), переутомление, переедание, алкоголь, табак. В таких случаях можно условно употреблять термин миодегенерация сердца. Нужно обращать внимание на гипертрофию при гипертонии, пороках сердца, злоупотреблении обильной пищей и питьем и обратное явление — атрофии и мышцы у лиц, ведущих сидячий образ жизни.

Под термином жирное сердце следует понимать отложение жира в сердечной капсуле (висцеральном и париетальном листке), что диагностируется точнее рентгеном и не сопровождается ослаблением основных функций сердечной мышцы — сократительности и проводимости. При подозрении на жировое перерождение сердечной мышцы такие случаи лучше отнести к миодегенеративным процессам.

Общеизвестно, что при жизни больного трудно определить характер патолого-анатомических изменений сердечной мышцы, поэтому лучше употреблять термин миопатия, не определяющий характера гистологических изменений. Можно рядом с общим термином миопатия поставить в скобках миокардит, миодегенерация, гипертрофия, атрофия, кардиосклероз и т. д., если для того есть достаточные клинические данные.

Рассматривая вопрос о расширении сердца, приходится отметить, что не существует болезни *Dilatatio cordis*.

Увеличение полости сердца сопровождается многие патологические процессы, с другой стороны — при многих серьезных органических поражениях расширения не бывает (кардиосклероз). Объем и границы сердца у отдельных лиц зависят от состояния и развития скелетной мускулатуры, роста, формы грудной клетки, возраста, пола, конституции. В зависимости от этих причин и поперечник *cordis* может колебаться от 8 до 14 см.

К неврозам сердца относятся случаи с явлениями общего невроза при полном отсутствии объективных расстройств компенсации, при наличии удовлетворительных тонов, нормальных границ, без обязательной связи появления неприятных ощущений с физическими напряжениями.

Пороки сердца заставляют нас обратить внимание врача на правильное толкование шумов.

Шум, выслушиваемый у верхушки, длинный, дующий, постоянный, с акцентом на легочной артерии, с увеличением границ вправо и влево, у молодого ревматика скорее будет эндокардитического происхождения с недостаточностью митрального клапана. (*Insuf. v. mitralis endocarditis*).

Шум короткий, скребущего характера, у пожилых лиц пикнической конституции, с явлениями нарушения обмена веществ, склероза сосудов — встречается чаще при деформации митрального клапана дегенеративного характера.

Шум непостоянный, неясный, усиливающийся после движений и наблюдаемый у лиц с явлениями недостаточности сердечной мышцы, скорее будет функционального, относительного характера (*Insuf. v. mitralis relativa s. muscularis*).

Систолический шум, длинный, с металлическим оттенком, сильный, звонкий, выслушиваемый на аорте со значительным увеличением сердца влево при нормальной ширине аорты, с сильным верхушечным толчком, но с пульсом малого наполнения — характерен для стеноза аортальных клапанов. Очень часто систолический шум выслушивается на аорте при ее расширении и атероматозном перерождении ее стенок.

Под ангионеврозом следует понимать случай с быстрой сменой окраски кожи лица, рук, потливость рук и ног, резкий красный или белый дермографизм, возбудимый пульс, быстрая утомляемость без видимых органических изменений.

Для того, чтобы руководящий занятиями по физической культуре врач мог легче ориентироваться в методах отбора, рекомендуется воспользоваться условно используемыми цифровыми выражениями, определяющими ослабление функционального состояния сердца, предложенными проф. И. А. Валединым.

Принимая во внимание, что учет функциональной деятельности сердца находится в зависимости от 1) состояния сердца, 2) состояния сосудов, 3) степени декомпенсации, 4) данных функциональной пробы Генча и 5) динамической пробы Мартинэ, исходной цифрой для удобства подсчета берется 100 при условии плохого состояния функций по всем пяти пунктам.

Ослабление функционального состояния в пределах от 70 до 100 будет характерно для 3-й степени декомпенсации, наблюдаемой у тяжело больных. Цифры от 30 до 70 характерны для расстройства компенсации 2-й степени. Цифра до 30 будет характеризовать легкую степень декомпенсации 1-й степени.

По первому пункту это выразится таким образом: компенсированные пороки в первой стадии их течения оценива-

ются цифрой 5—10; ослабленные тоны и небольшое увеличение границ считаются за 10; при глухих тонах, неправильном ритме, гипотоничном и дилатированном сердце, застоях—цифра 20.

По второму пункту: если кровяное давление превышает $\frac{180}{90}$ и сопровождается тяжелыми органическими кардиоваскулярными изменениями или очень низким (ниже 90/50)—ставится цифра 20; менее резкое отклонение $\frac{140-180}{80-90}$ и $\frac{105-80}{60-40}$

оценивается в 10; принимаются во внимание наличие и степень вазомоторных и спастических явлений; при нормотонии наличие резко выраженных вазомоторных явлений оценивается цифрой 10; при склонности к спазмам при гипертониях, грудной жабе, перемежающей хромоте—20.

По третьему пункту: если отеки ограничиваются только ногами или умеренным набуханием печени—ставится 10; при наличии отеков ног, застойной печени, застойных явлений в легких и почках—20.

По четвертому пункту: если в покое цифры задержки дыхания нормальны, т. е. достигают 25 и более или понижены до 20", а после нагрузки понижены до 15—14", то проба оценивается в 5; если в покое цифры задержки дыхания достигают 20", а после нагрузки—от 12 до 10"—проба оценивается в 10; если в покое цифры задержки дыхания достигают 20", а после работы—10" или в покое от 19" до 15, а после нагрузки 14—10"—проба оценивается в 15; если в покое цифры задержки дыхания достигают 12—8" и ниже, а после нагрузки 5—7—9" (до 10")—проба оценивается в 20.

По пятому пункту: увеличения систолического давления на 10 мм и учащение пульса на 15—20 ударов после нагрузки с возвращением к норме через 1½—2" оцениваются в 5; увеличение давления на 5—10 мм и учащение пульса на 30 ударов после нагрузки с возвращением к норме через 2—3" оцениваются в 10; если систолическое давление оставалось без перемен или увеличивалось на 5—10 мм, а пульс учащался на 35—40 ударов в мин., возвращался к норме через 3—5", то такой случай оценивается в 15; если систолическое давление понижалось на 5—10 мм и более, а пульс учащался на 30—50 ударов в мин. после нагрузки, возвращался к норме через 5—8—10"—этот случай оценивается в 20.

Конечно, предлагаемый метод определения функционального состояния сердца грубо схематичен, но он опирается на клинико-диагностические данные, тогда как до настоящего времени деление больных, занимающихся по физической культуре, на сильных, средних и слабых базировалось боль-

шею частью на субъективных ощущениях, а еще чаще ставилось в зависимость от различных обстоятельств больше эмпирического характера.

Приняв за основу вышеизложенный способ учета сердечно-сосудистой системы, мы с большим правом можем разделить больных на соответствующие группы. Это деление позволит нам более уверенно назначать различные виды движений, оправданные действительным состоянием сердечно-сосудистой системы.

Г р у п п а

1) Миодегенерации. В возрасте до 45 лет. Нетучные (не выше 85—100 кг). Без резко выраженной нервной возбудимости. Без приливов крови к голове, но и немалокровные.

2) Кардиосклероз. В возрасте до 45 лет. Без наличия стенокардии (припадки грудной жабы), без аритмий (перебои, экстрасистолы, выпадения). При нормальном кровяном давлении.

3) *Cor adiposum*. В возрасте не выше 55 лет. Не особенно тучные (осторожно при наличии абдоминальной плеторы).

4) Неврозы сердца. Без очень возбудимого пульса. Без резко выраженных субъективных жалоб. При нормальном кровяном давлении.

5) Пороки сердца у молодых. Без резкого увеличения границ (не выше 15 см в поперечнике). Без склонности к очень повышенному и постоянно учащенному пульсу (напр., 110—130 в мин.). Без наличия склонности к инфарктам. При нормальном кровяном давлении и без аритмии.

6) Перикардит (сухой). Случаи хронические без значительных спаек, при правильном ритме, без резких болей.

7) Болезни сосудов. Атероматоз аорты без значительного расширения—не выше 7 см, без повышения кровяного давления, без ретростенальных болей. Возраст до 40 лет. Артериосклероз общий, без резких нарушений со стороны важных внутренних органов и нервной системы. В начальной стадии не выше 40 лет при нормальном ритме и кровяном давлении. Ангioneврозы не резко выраженные. Гипертония невысокая (не выше 160/90), при нормальном сердце и нормальных сосудах.

Больным первой группы можно назначать различные виды физических движений из объема шведской гимнастики или советского урока.

Из отдельных упражнений рекомендуется назначать: порядковые, подготовительные, равновесия—на ровной местности и в движении; вольные упражнения без отягощения и с отягощением, корригирующие (особое внимание уделять ды-

хательным упражнениям); метания — бросание мяча, камней, палок, подскоки, ритмичный бег не больше двух минут; ходьба по ровной и возвышенной местности; игры строго ограниченные в движениях, по возможности лишённые состязательных начал; движения в воде, плавание, гребля.

Методика.

1) При групповых занятиях выделять наиболее слабых и все движения согласовывать с их силами.

2) В порядке урока ограничивать движения у одних, считаясь с характером поражения сердечно-сосудистой системы, а другим назначать полный урок гимнастических упражнений. Напр., при поражении сердца без видимых расстройств компенсации показаны все виды движения, чего иногда нельзя допустить при пороках сердца, где часто приходится исключать бег, прыжки, игры с бегом.

3) Следить за ритмом дыхания и ни в коем случае не форсировать движений до тех пор, пока дыхание не придет в норму. Поэтому рекомендуется вводить в урок достаточное количество дыхательных упражнений и чередовать их с упражнениями, требующими напряжения сердечной мышцы.

4) Принимать во внимание не только объективные данные общего учета, но и субъективные жалобы на тяжесть в груди, боли в сердце и т. д.

5) Продолжительность урока не доводить за пределы 30—40 мин., включая сюда и игры.

6) Все упражнения начиная с первого урока необходимо проделывать в медленном темпе, ритмично, если необходимо — с частыми отдыхами, без напряжения.

7) При кардиосклерозе — осторожно с метаниями.

8) Пятикратная проверка пульса: перед занятием, после первой группы движений, на высоте амплитуды кривой урока и 2 раза в нисходящем порядке.

9) Особенно осторожно с играми. Самая невинная игра при неопытном руководстве ею может нагрузить больного излишним количеством движений и отрицательно отозваться на сердце.

10) При назначении физических упражнений сердечникам обращать большое внимание не только на дозировку, но и на форму упражнений, в которой оно назначается, напр., при наличии склерозированных артерий, а также при ослаблении сердечной мышцы все упражнения, связанные с сильным напряжением, противопоказаны. Особенная осторожность с гипертониками — избегать в играх интенсивного бега и прыжков.

II группа (с признаками явной декомпенсации)

Эта группа характеризуется всеми признаками, свойственными второй стадии ослабления функционального состояния сердечно-сосудистой системы (декомпенсации). Формами болезни могут быть виды поражений, перечисленные в I группе.

Виды движения: дозированная прогулка по ровному месту; дыхательная гимнастика; индивидуальная гимнастика Шотта, некоторым больным—терренкур (гимнастика Эртеля); некоторым больным—волные упражнения в медленном темпе, без напряжения.

Методика.

1) Не рекомендуется назначать терренкур с тяжелым поражением клапанов и слабостью сердечной мышцы.

2) Строгая индивидуализация. Перед восхождением назначать тренировку по ровному месту, упражнения в дыхании. Во время восхождения частый отдых. Соблюдать правильный ритм дыхания. Постоянный контроль врача.

3) Шоттовская гимнастика проводится в индивидуальном порядке, осторожно, постепенное увеличение очередных упражнений.

III группа (с тяжелым расстройством компенсации)

Если на основании клинического статуса и функциональной пробы картина общего заболевания резко выражена—нельзя назначать никаких движений. В отдельных случаях—легочная гимнастика.

Абсолютные противопоказания

1) Все подострые случаи.

2) Резко выраженная декомпенсация, от чего бы она ни зависела.

3) Аневризм сердца и сосудов.

4) Грудная жаба.

5) Все резко выраженные гипертонии.

Случаи с наклонностью к инсультам, кровотечению, к инфарктам.

7) Аритмия *perpetua*.

8) *Herzblock*.

9) Пароксизмы тахикардии, экстрасистолы на почве резко выраженного поражения сердечной мышцы.

10) Аортиты.

11) Коронаириты, нефросклероз, склероз мозговых сосудов.

12) Флебиты, эндотеренты.

О степени нагрузки физическими движениями сердечно-сосудистых больных

В основу нагрузки движениями сердечно-сосудистых больных надо положить продуманность урока, его планомерность, постепенность в назначении и ни в коем случае форсирование отдельных движений. Необходимо считаться с прежней тренированностью больного, с его физкультурными навыками,—от этого зависит дозировка движений. Кроме того, принимая во внимание влияние на ответную реакцию больного в курортной обстановке различных природных раздражителей, используемых в качестве лечебных процедур (минеральные ванны, грязи, морские купания), а также климатофизиологических факторов (ветер, влажность, лучистая энергия, циклоны и антициклоны)¹, по возможности учитывается их влияние на больных в момент назначения физических движений. Например: при сердечных неврозах в связи с общим состоянием нервной системы ветер оказывает раздражающее влияние на обнаженную поверхность тела занимающихся, следствием чего может явиться общее возбуждение с комплексом отрицательных ощущений.

Кроме отбора больных по принципам, изложенным выше, все занимающиеся по физической культуре должны в обязательном порядке проводиться через биометрические кабинеты, а где есть кабинеты учета, то и через них.

Работа специалиста по физической культуре должна протекать в тесном контакте с наблюдающим врачом, потому что работа с сердечными больными требует не только внимательного наблюдения, но и понимания специалистом гистологических и физиологических изменений в сердечно-сосудистой системе доверенных ему больных.

Всякие подозрительные симптомы, на первый взгляд сомнительные или кажущиеся незначительными, должны доводиться до сведения врача. Как идеал серьезного и внимательного отношения к учету влияния физических движений на сердечно-сосудистых больных желательна проверка состояния здоровья больных, в некоторых случаях в течение всего дня, в часы, свободные от занятий по физической культуре, что возможно в санаторной обстановке.

Систематическое ведение дневников специалистами с обозначением времени, продолжительности занятий, атмосферических условий, характера упражнений, пульсовой ампли-

¹ См. И. Саркизов-Серазини. „Климатофизиология нервной системы в связи с применением кинетической энергии и принципы ее научного учета“. Сборник „Физическая культура в научно-практическом освещении“. № 1—2. 1928 г.

туды в различных фазах проведения урока, с учетом доступных объективных и субъективных явлений—должно быть введено в обязательную практику там, где объектами использования физической культуры являются больные с поражением сердечно-сосудистой системы.

И только при соблюдении всех отмеченных указаний можно надеяться, что движения, воплощенные в разумные, продуманные, строго дозированные упражнения, окажут свое положительное влияние на всю сердечно-сосудистую систему больного и станут действительным средством для укрепления ослабленной сердечной мышцы и потерявших тонус сосудов.

ФИЗКУЛЬТУРА В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА¹

И. Э. Соркин (Ялта)

Широкое развитие физической культуры не прошло бесследно мимо врачей и медицины. И хотя число врачей, серьезно интересующихся этим делом, еще невелико, но со дня на день оно увеличивается, так как вопросы становятся настолько злободневными, что их игнорировать невозможно. По вопросам физиологии движения и влияния физических упражнений на организм мы имеем целый ряд чрезвычайно интересных работ. Не перечисляя всего, нужно указать хотя бы на Визе, Герксгеймера, А. П. Егорова, Лоренца, Матиаса, Ратмана и др.

Физкультура проникла и в область лечебной медицины, образовав особую отрасль—лечебную физкультуру. Физкультура применяется как признанный метод лечения в гинекологии, при болезнях сердца, подагре, бронхиальной астме, эмфиземе. Она подняла целый ряд вопросов и во фтизиатрии. И прежде всего под влиянием новых идей подвергся пересмотру основной вопрос—лечение покоем (Liegekur). Этот метод, введенный Брамером и возведенный в догму Детвейлером, настолько укрепился во врачебном сознании, что стал нерушимой заповедью фтизиатрии. Первую брешь в этом отношении пробил Август Бир. Со страниц общей медицинской прессы, главным образом Münch. Med. Woch., он выступил с целым рядом работ, в которых и теоретически и практически опровергал догму покоя и обосновывал значение движения вообще и физических упражнений в частности для профилактики и терапии тбк. В одной из своих первых работ,

¹ Настоящий обзор доложен на конференции Ялтинского туберкулезного института.

касающихся этого вопроса, посвященной памяти Рудольфа Вирхова (*Reiz und Reizbarkeit und ihre Bedeutung für die Praktische Medizin*), он обосновывает свои взгляды физиологической базой и в центре своих построений выдвигает биологический закон Аридта-Шульце: «слабые раздражения стимулируют жизнедеятельность, раздражения средней силы возбуждают ее, сильные — понижают, а самые сильные — совершенно уничтожают». В других работах с глубоким воодушевлением, навеянным идеями реванша, он проповедует широкое развитие идей физической культуры как верного средства оздоровления нации; указывает, что физическая культура, правильно дозированная, является *Reiztherapie*, повышает аппетит и обмен веществ, иммунизирует против простуд, укрепляет сердечную мышцу и является верным средством для исправления аномалий грудной клетки.

Несколько позднее Бира выступил Петрушки. В своей работе *Das Dosierungsproblem in der TBC Behandlung und das biometrische Grundgesetz* он резко критикует до крайностей приводимое Лигекур¹ и приводит пример одного молодого человека, который после семилетнего лечения почувствовал себя «блеклым листом на дереве человечества». Петрушки проповедует лечение тбк заботливо контролируемые и систематическими упражнениями. Почти одновременно с ним выступил и Гаген с ядовитым сарказмом по поводу «трупного покоя», которому подвергают туберкулезных больных. Он приводит следующую выдержку из Тендлоо: «если туберкулезная легочная ткань находится в состоянии полного покоя (именно путем лежания), то лимфатический ток в туберкулезном очаге сводится к нулю или почти к нулю. Это значит — никакого притока питательных веществ к очагу и никакого накопления ядов и продуктов диссимиляции в нем, пока в конце-концов не прекратится размножение бактерий и образование ядовитых продуктов». По поводу этой выдержки Гаген замечает: «Таким образом, мы видим, как проста проблема тбк. Туберкулезный очаг берется просто измором, а человеческое тело надо по возможности приравнять к мертвому до тех пор, пока бактерии не убедятся, что перед ними — не более как труп и что с ним больше делать нечего».

Эти авторитетные выступления оказали большое влияние на изменение взглядов по отношению к Лигекур, и в целом ряде образцовых санаториев стали вводиться методы физической культуры при лечении туберкулезных больных. Так, Гаммер применял их как заключительную часть лечения и наблюдал благотворное влияние на психику и общий подъем

¹ Лечение покоем (дежаппем).

физических сил после ослабляющего постельного режима. Такие же наблюдения приводит и Гармс. Насколько этот вопрос глубоко заинтересовал немецких фтизиатров, можно судить по тому, что уже в 1925 г. на всегерманском туберкулезном съезде в Данциге вопрос о лечении тбк физическими упражнениями был поставлен первым программным докладом съезда. Докладывал Отто Визе. Основная идея его доклада — необходимо освободиться от психоза килограммов и вместо стремления к ожирению стремиться к повышению жизнедеятельности. Имея больше всего опыта на детях, он указывает на чрезвычайно благоприятные результаты, полученные им при детском тбк как в профилактическом, так и в лечебном отношении. Он рекомендует лечение физическими упражнениями и при разных формах тбк взрослых, исключая, конечно, эксудативные формы и распространенные продуктивные, требует строгих показаний, выбора и дозировки упражнений. Он говорит о том, что гимнастика с оголенным телом закаливает осторожнее и вернее, чем гидротерапевтические мероприятия; применение этих упражнений научило судить об успехе лечения не по количеству прибавленных кило, а по улучшившейся функциональной деятельности. Принципиально недопустимы при всяких, даже неактивных, формах тбк всякого рода перенапряжения, соревнования и упражнения в поднятии тяжестей. Основным смыслом упражнений при тбк: 1) усиление подвоза кислорода как антитоксического фактора и 2) нарастание мускулатуры. Последнее очень важно при терапии тбк, и в этом отношении Визе вполне согласен с Бреке, что при тбк необходимо бороться с накоплением жира и воды посредством физупражнений и стремиться к накоплению ценных белков.

Содокладчик Визе — Вирт — доложил о шестилетнем очень положительном опыте проведения физических упражнений в женском туберкулезном санатории, где больные делились на 4 группы — от легких активных форм до распространенных тяжелых, склонных к затиханию. Занятия проводились опытной сестрой под контролем врача.

Защитником лигекур явился Вальдер с докладом на тему «Значение лигекур в лечении тбк», но и он не возражает против применения вольных упражнений при тбк под контролем, хотя и вызывает к сугубой осторожности. В развернувшихся после докладов прениях принимали участие выдающиеся фтизиатры, и все они в большей или меньшей мере поддерживали взгляды Визе.

Так, Шредер начинает свое выступление с указания, что наличие активного процесса ни в коем случае не является противопоказанием к проведению легких гимнастических

упражнений. Больные с цирротическим открытым тбк хорошо переносят лечебную физкультуру (Heiltturnen) с самого начала санаторного лечения. Такого рода упражнения в сочетании с воздушной ванной проводятся в руководимых им учреждениях в течение ряда лет под контролем врача или сестры.

Петрушки подчеркнул, что он никогда не был односторонним последователем туберкулинного лечения и еще в 1905 г. выстроил в своей санатории специальное помещение для проведения гелиотерапии и лечения физическими упражнениями.

Бохалли рекомендует дыхательные упражнения и не согласен с той чрезмерной осторожностью, которую проповедует защитник литекур Вальдер.

Зель, руководитель большого женского санатория, поделился своим 25-летним опытом проведения гимнастики среди туберкулезных женщин. Он начинает с легких несложных упражнений, постепенно их усложняет, понемногу втягивая все мышечные группы. Он ни разу не видел вредных последствий и с большим воодушевлением рассказывает, как под влиянием физических упражнений повышаются общий жизненный тонус и обмен веществ, как улучшаются аппетит и деятельность кишечника, прибавляется вес и как благотворно эти упражнения влияют на психику. В своем заключительном слове Вальдер подчеркивает необходимость чрезвычайной осторожности в применении физических упражнений при тбк и приходит к выводу, что литекур и физические упражнения являются методами, не исключаящими друг друга, а дополняющими, и наибольшую опасность видит в том, что широкая публика, узнав о возможности лечения тбк физическими упражнениями, приступит к ним без разбора и без врачебного контроля.

После Данцигского съезда появился целый ряд работ, посвященных этому вопросу: Вирт, Кольрауш, Раутман, Сильван, Бреке, Шредер, Делиус, Визе и др.

Особенно интересны наблюдения Бреке, проведенные в Давосе. Эти наблюдения показали, что тренированный физическими упражнениями больной совершает работу гораздо экономнее, с гораздо меньшей тратой энергии и с меньшим подъемом температуры, чем больной нетренированный. Бреке не видит никаких оснований запрещать упражнения больным только потому, что температура повышается у них до 37,5—37,6 (38 ректально). Он не видел вредных последствий, а благотворные последствия как в физическом, так и в психическом отношении были налицо. Соотношения между дозированной литекур и физическими упражнениями он менял во все

время лечения. Чем ближе к концу лечения, тем более укорачивается лигекур и увеличивается дозировка физических упражнений и прогулок, чтобы облегчить больному переход к повседневной жизни. Интересна также работа Делиуса, который рекомендует целую систему упражнений, проводимых тяжелыми больными в постели (Bettgymnastik).

В русской литературе одним из первых затронул этот вопрос Рубель, который в своем исследовании о рабочих колониях для больных тбк говорит о необходимости после окончания курса лечения покоем перейти к тренировке организма. Затем в № 2 «Вопросов тбк» за 1926 г. Лившиц дает исторический обзор применения физических упражнений как лечебного фактора со времен Платона и приводит теоретическое обоснование их применения в санаториях.

Наконец вопросы лечебного значения физических упражнений при тбк затронуты в недавно вышедших в свет руководствах: «Физкультура и клиника», «Физкультура как лечебный метод» и «Лечебная физкультура».

Интересно отметить, что несмотря на такое большое распространение применения физических упражнений при тбк до сих пор описано чрезвычайно мало случаев вредных последствий под их влиянием. Большинство описанных вредностей относится за счет хирургических случаев и расстройств сердечной деятельности. Случаи ухудшения в смысле тбк описаны единицами. Так, Зельман описал один случай спонтанного пневмоторакса, а Визе—случай тяжелого кровохарканья с последующим милиарным тбк под влиянием спортивных занятий на горячем солнце. Описаны также несколько случаев образования эксудативного плеврита и активации латентных очагов на олимпиадах благодаря недостаточному врачебному контролю.

Но во всяком случае все это не имеет никакого отношения к физкультуре, проводимой в санаторной обстановке, дозированной специалистом на материале больных, подвергшемся специальному подбору. И поэтому эти отдельные случаи не могут иметь значения в смысле общей оценки неоспоримо благотворного действия физических упражнений на туберкулезных больных. Вместе с тем возникает вопрос, каковы взаимоотношения обоих видов так называемой мототерапии при тбк—физических упражнений и трудипроцессов—и на чем основывается практика их совместного применения.

Физические упражнения являются подготовительными для трудипроцессов, они научают больного дышать, тренируют его и приучают приводить в действие именно те группы мускулов, которые необходимы для данной работы, не вовлекая соседние, ненужные; таким образом больной научается рабо-

тать с минимальной тратой энергии, освобождаясь от так называемой синэргии—непроизводительного участия в работе ряда мышечных групп.

Особого рассмотрения требует вопрос об обучении дыханию. Можно вполне согласиться с Фроссером, что «неправильное дыхание стало народным бедствием подобно тбк, с которым оно находится в прямой связи» (цитировано по Визе).

Дыхание ртом, отсутствие диафрагмального дыхания или неправильное диафрагмальное дыхание, недостаточное выдыхание,—все это чрезвычайно важные функциональные моменты, ведущие к целому ряду функциональных расстройств и со стороны органов дыхания и со стороны органов кровообращения и несомненно понижающие общий тонус организма. Целый ряд работ (Гофбауэр, Зурен, Град, Гауфе и др.) указывает на причинную зависимость, существующую между неправильным дыханием и патологическими процессами, возникающими в органах дыхания (пнеймонии, бронхиты, туберкулез).

Из целого ряда систем дыхательной гимнастики (Гофбауэр, Зурен, Ранке, Зильбербергер, Риффье, Кнопф, Кондиди) наиболее капитальной и интересной является работа Гофбауэра. Гофбауэр в противоположность точке зрения Венкенбаха подчеркивает положение, что функциональные нарушения важнее анатомических и что именно функциональная патология ведет к органическим изменениям. В первую очередь это положение распространяется на механизм дыхания. Он предлагает специальную систему дыхательных упражнений, благоприятное действие которых проверено более чем на 700 пациентах. Сущность благоприятного действия он объясняет аутотуберкулинизацией, исходящей из возбуждаемых упражнениями очагов, причем преимущество этой туберкулинизации перед другими видит в том, что она производится токсинами того же штамма Вк, которыми заражен больной. Основные требования правильного дыхания по Гофбауэру таковы. Первое—вдыхание носом, это имеет значение не только в смысле утепления, увлажнения и очищения вдыхаемого воздуха, но и в смысле влияния на глубину вдоха и стимулирующего действия на дыхательную мускулатуру и скелет; дыхание через рот всегда ведет к поверхностному дыханию, поэтому упорядочение носового дыхания имеет громадное профилактическое значение. Второе требование—длительное выдыхание; оно должно длиться вдвое дольше, чем вдох, и сопровождаться особыми музыкальными звуками (такой музыкальный выдох фигурирует в большинстве систем дыхательной гимнастики для туберкулезных больных, но усвоить эту систему из книг трудно). Третье требование—обязатель-

ное и правильное участие диафрагмы; во время вдоха она должна опускаться, а живот—выпячиваться, а во время выдоха—наоборот; движения, которые сопровождают дыхание, являются сопутствующими, физиологически помогающими фазе вдоха и выдоха. Напряжения они требуют чрезвычайно мало и являются вводными мускульными упражнениями, постепенно усложняющимися.

Как лечебный метод против плевральных сращений заслуживает внимания система Кеслебера, который с большим успехом применяет в течение десяти лет следующие упражнения с целью предотвратить и уменьшить плевральные сращения после плевритов: больного усаживают глубоко на стул, заставляют рукой здоровой стороны ухватиться за заднюю ножку стула, руку пораженной стороны занести за голову при максимальном отведении локтя и в таком положении производить вдыхания через нос, выдыхания через рот 3 раза в день сначала по одной минуте, затем постепенно повышая до 15 минут.

Таким образом, современная терапия туберкулезного больного режимом строится по принципу комбинации *Schönungs u. Reiztherapie*. Чрезмерное увлечение лигекур должно быть оставлено для значительного числа больных. Отношение между длительностью лигекур и движением должно меняться во все время лечения в зависимости от состояния больного.

Ряд тубучреждений ввел и применяет физупражнения для лечения туберкулезных больных; однако в большинстве случаев врачи до сих пор руководствуются своим эмпирическим опытом. Между тем применение физупражнений для больных тбк, как и всякий метод лечения, должно быть строго научно обосновано и очень осторожно применяемо. Поэтому научные туберкулезные учреждения должны ввести в план своих работ изучение влияния физупражнений на туберкулезных больных, конкретизировать показания и противопоказания их применения и выработать возможно точную их дозировку.

ВСЕСОЮЗНЫЙ С'ЕЗД ВРАЧЕЙ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ

Новое дело врачебного контроля над физкультурой настоятельно требует всесоюзного обсуждения и разрешения целого ряда организационных и методических вопросов. Необходимо учесть уже накопленный опыт и установить единые организационные формы работы, унифицировать методику и т. д. С другой стороны, необходимо пересмотреть эти формы и методы работы под углом реконструктивного периода социалистического строительства и в связи с последними решениями партии и правительства о физкультурном движении, а также обсудить вопрос подготовки кадров и планирования врачебной работы по физкультуре.

Учитывая эту необходимость, коллегия Наркомздрава РСФСР по согласованию с ВСФК СССР приняла решение обратиться к наркомздравам и ВСФК союзных республик с предложением организовать I всесоюзный с'езд врачей по физкультуре.

Созыв с'езда намечен в октябре этого года в Москве. Продолжительность с'езда—5 дней. Основными участниками с'езда будут врачи по физкультуре и научные работники по физкультуре. Кроме того будут приглашены представители СФК, профсоюзов, Красной армии, Красного креста и Полумесяца и др.

По ориентировочно намеченной разверстке с решающим голосом будет предоставлено союзным республикам по 5 мест, краевым и областным по 3 места, автономным республикам—по 1—2 места, дорводздравам, окружным военно-санитарным управлениям, обл. управлениям Красного креста, облпрофсоветам и др.—по 1 месту. Всего намечено с решающим голосом 200—230 человек и с совещательным голосом 150—200 человек.

Программа с'езда будет окончательно установлена после ответа союзных республик и край- и областей, которым рассылается на заключение следующая примерная программа.

А. Организационные вопросы.

1. Доклад ВСФК СССР о состоянии и перспективах физкультуры в СССР.

2. Доклад Наркомздрава РСФСР о состоянии и перспективах врачебной работы по физкультуре и туризму.

3. Свод доклад Украины.

4. » Белоруссии.

5. » Закавказья.

6. Пятилетний план врачебного контроля и научно-исследовательской работы по физкультуре.

7. Работа врача по физкультуре в реконструктивный период (массовая работа, работа на предприятиях, в системе единого диспансера и т. п.).

8. Работа врача по физкультуре в вузах.

9. Физкультура среди детей и подростков.

10. Работа врачей по туризму.

11. Врачебно-контрольная работа по физкультуре на транспорте.

12. Подготовка кадров врачей по физкультуре.
13. Организация и формы борьбы со спортивными повреждениями.

Б. Научно-исследовательские вопросы.

1. Методика оценки физического развития и здоровья.
2. Унификация методов функциональных исследований.
3. Показания и противопоказания по физкультуре.
4. Влияние туризма на организм.
5. Новейшие научные данные в области физиологии физических упражнений.
6. Нормы и показатели физкультуры в социалистическом городе.

Делегатам будет предоставлено в Москве общежитие. Оплата проезда, командировочных и т. д.—за счет местных командующих организаций.

К с'езду будет приурочена выставка, организованная из экспонатов мест, экспонатов институтов физкультуры и, возможно, экспонатов Дрезденской выставки.

Для подготовки с'езда коллегией Наркомздрава утвержден организационный комитет с'езда. Председателем оргкомитета назначена член коллегии НКЗдрава М. А. Шустова, секретарем—д-р Б. А. Ивановский. В состав комитета вошли представители союзных республик, ВСФК, институтов физкультуры, ЦК медсантруд и др.

Необходимо теперь же развернуть подготовку к с'езду и на местах, организуя окружные, областные и краевые конференции и с'езды врачей, работающих по физкультуре, и прорабатывая на них вопросы, намеченные в программе с'езда. Здравоотделам и СФК необходимо обсудить программу и выдвинуть вопросы, которые, по их мнению, необходимо будет дополнительно проработать на с'езде.

С'езд должен завершить первый период развертывания работы по врачебному контролю над физкультурой и послужить переломным моментом для широкого вовлечения в работу по физкультуре всей врачебной массы и привлечения к этому делу самого широкого общественного внимания.

ПЕРВАЯ ЛЕНИНГРАДСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

С 21 по 23 марта 1930 г. в Ленинграде в Центральном доме физической культуры состоялась первая общегородская конференция врачей по физической культуре. Конференция была открыта зам. зав. обл. отд. здравоохранения д-ром Л. Н. Федоровым.

В первый день были заслушаны доклады:

1. Тов Сайкин (ОСФК).— Очередные задачи физической культуры.
2. Доц. М. В. Елкин. — Физкультура женщины с точки зрения акушера-гинеколога (ГИФК им. П. Ф. Лесгафта).
3. Доц. И. Я. Раздольский. — Физкультура и нервная система (ГИФК им. П. Ф. Лесгафта).
4. Проф. А. Н. Крестовников. — Спорт и потовые железы (ГИФК им. П. Ф. Лесгафта).
5. Д-р А. А. Данилов и д-р Г. С. Ган. — К вопросу об изменении мочи у бегунов (стайеров) (ГИФК им. П. Ф. Лесгафта).
6. Д-р В. И. Бару и И. М. Великсон. — Материалы к динамике изменений состава мочи после 24-км бега (Физиологич. каб. Высш. военно-педагог. школы им. В. И. Ленина).
7. Д-р В. И. Бару и д-р Г. Е. Владимиров.—Влияние мышечной работы (ходьба, лыжи) на R_h , титруемую кислотность и аммиак мочи (каф. биохимии Военно-медиц. акад.).

Второй день.

8. Д-р Б. Кравчинский. — Влияние различных сроков военного обучения на щелочный резерв крови (Окруж. психофизиол. лаб. ЛВО).

9. Д-р Н. А. Поморцев. — Отчетный доклад о работе по врачебному контролю за 1929 г. (Бюро врачебного контроля).

10. Д-р С. К. Морозов. — К вопросу о постановке физической культуры и врачебного контроля над ней в вузах (Врач ОЗУ Лен. технол. ин-та и рабфака).

11. Д-р Г. С. Ган и д-р М. М. Попов. — Ортодиаграфическое исследование сердец и снарядовых гимнастов (Терапевтич. клиника Лен. мед. ин-та и каф. физиологии ГИФК).

12. Д-р В. И. Бару. — Механизм дыхания при функциональных пробах сердца (прыжки, приседания). (Физиол. каб. курсов физич. образ. РККА).

Третий день.

13. С. А. Нестеров. — Принципы развертывания сети рациональных физкультурных сооружений (ОСФК).

14. Д-р М. А. Качковский. — О роли школьно-санитарного врача в физкультурной работе школы (Пункт ОЗДиП. Василеостр. района).

15. Д-р П. И. Духавин. — Спорттравма в финско-французской борьбе; профилактика и подача первой помощи (Союз медсантруд).

16. Д-р Гертель и К. Пржевальский. — Опыт применения дыхательной гимнастики (Обл. страхаса и союз текстильщиков).

Председательствовал на конференции проф. А. И. Крестовников, работу секретаря поочередно несли д-ра Г. А. Айзикович, И. В. Балакирев.

В виду того, что некоторые доклады вызвали большие прения (д-ра Поморцева, д-ра Качковского, д-ра Гертеля), были заслушаны только 16 докладов; остальные были сняты.

Конференция приняла следующую резолюцию:

«Реконструктивный период и построение нового быта вызвали необходимость реорганизации органов здравоохранения с целью приближения всей лечебной и профилактической помощи к производству и быту. Поэтому физкультура как один из факторов оздоровления труда и быта должна занять одно из первых мест в единой системе здравоохранения.

Созванная впервые общегородская конференция врачей, работающих в области врачебного контроля над физкультурой, показала, что наступил момент перехода к единой плановой работе.

Конференция считает:

1) Регулярный созыв общегородских совещаний по вопросам врач. контроля должен быть твердо закреплен.

2) В создаваемом при облздраве медицинском совете вопросы врач. контроля должны занять свое место; в состав его ввести представителей бюро врач. контроля.

3) Для пронизывания вопросами физкультуры всей лечебно-профил. работы необходимо создание при леч.-сан. проф. объединениях кабинетов по ф. к. и врач. контролю.

По докладам об организации врач. контроля:

а) Отмечая ряд неоспоримых достижений, конференция все же считает, что работа его должна быть усилена как в области руководства, так и непосредственного контроля над всеми организациями и ведомствами, для чего усилить состав его за счет кооптации наиболее активных работников по врач. контролю.

б) Врачебная работа в области физкультуры должна стать частью работы врачей всех специальностей, для чего во все курсы по подготовке и переподготовке медицинских кадров ввести курс по физкультуре и врач. контролю.

в) Развивающаяся физкультура и ее новые формы, ставя новые задачи, требуют пересмотра формы, методики и содержания работы практ. врача.

г) Конференция отмечает совершенно недостаточное развертывание работы по врач. контролю в области, для чего необходимы срочные мероприятия со стороны ОСФК и облздрава.

д) Конференция отмечает отсутствие стандарта обследовательского аппарата, для чего Бюро врач. контроля должно в ближайший срок проработать этот вопрос.

е) Считать, что врачи ОЗУ в вузах совершенно правильно рассматривают характер своей работы в области врачебного контроля над физкультурой студенчества, ставя во главу угла своей деятельности на ряду с медосмотром осуществление санитарно-гигиенического наблюдения за проведением физической культуры в вузах.

ж) Конференция отмечает, что несмотря на многообразие обязанностей и форм работы шк.-санит. врачей можно констатировать улучшение врачебного контроля в школах за последние годы.

Конференция отмечает, что научным институтам (ОЗДиП и ГИФО) надлежит в ближайшее время наладить руководство методической работой по врач. контролю в школах, в частности проработать вопрос об учете влияния физупражнений на организованных школьников путем взятия под наблюдение спец. групп.

з) Конференция отмечает большую ценность заслушанных научных и клинических докладов, но считает необходимым на ряду с теоретической разработкой вопросов обратить больше внимания на разрешение практических задач, выработку методики и способов постановки массового врачебного контроля.

Ниже приводятся краткие рефераты заслушанных докладов.

Доц. М. В. Елкин. «Физкультура женщины с точки зрения акушера-гинеколога».

1. Особенности женского организма требуют особого подхода к научной проработке форм и норм физкультуры, показаний и противопоказаний к ней.

2. Для изучения влияния физкультуры на женский организм необходимо обследование генитальной сферы с обращением особого внимания на характер таза, варианты топографии органов малого таза, связочный аппарат этих органов и на степень развития тазового дна, которое у женщины представляет *locus minoris resistentiae*. Исследование внутренних гениталий у девиственниц проводится *per rectum*.

3. Наиболее благоприятным вариантом топографии органов малого таза необходимо признать симфизиолетальный тип.

4. В выявлении особенностей женской физкультуры в различные периоды роста женского организма должны принять участие акушеры и гинекологи.

5. Влияние физкультуры на женщину может рассматриваться с трех точек зрения:

а) Физкультура для здорового женского организма как средство, оздоравливающее организм и повышающее его сопротивляемость внешним влияниям — влияниям быта и труда, а также влияниям, стоящим в связи с выполнением женщиной функций продолжения человеческого рода.

б) Физкультура как могучий фактор для профилактики некоторых болезненных состояний женского организма и, в частности генитальной сферы.

в) Физкультура как терапевтический фактор.

6. Половые особенности женского организма диктуют необходимость исключить для женщин упражнения, сопряженные с резкими повышениями внутрибрюшного давления и с резкими сотрясениями брюшной полости.

Проф. А. Н. Крестовников. «Спорт и потовые железы».

1. Во время мышечной деятельности часть образовавшейся молочной кислоты и хлоридов покидает организм через потовые железы.

2. Количество выведенной молочной кислоты и хлоридов находится в прямой зависимости от интенсивности мышечной деятельности: чем интенсивнее мышечная деятельность, тем большее количество молочной кислоты и хлоридов выделяется через потовые железы, и наоборот.

3. Количество молочной кислоты на майку может достигать 3 гр., количество хлоридов—до 2 гр.

4. На выведение потовыми железами хлоридов оказывает влияние водносолевой обмен организма, принадлежность к конституции: при гипо- и гиперхлоридной диете мускулярный тип (по Сиго) выводит параллельно содержанию хлоридов в пище, респираторный при гиперхлоридной диете выводит хлоридов меньше, чем при гипохлоридной диете.

5. Сооставления деятельности потовых желез с изменением состава крови при мышечной деятельности позволяет высказать следующие соображения о роли потовых желез при мышечной деятельности:

а) потовые железы принимают участие в устранении так назыв. «мертвой точки», в наступлении «второго дыхания» и в установлении «устойчивого состояния»; б) потовые железы способствуют удержанию постоянства истинной реакции крови и молекулярной реакции крови; в) потовые железы устраняют чрезмерную травматизацию почек при напряженной мышечной деятельности и т. д.; г) уменьшение выведения хлоридов при работе не всегда есть признак утомления деятельности почек, а показатель деятельности потовых желез.

Д-р Г. С. Ган и д-р А. А. Данилов. «Изменение мочи у стайеров».

У участников пробегов на 13½, 24, и 28 км проведено исследование мочи, полученной на старте и на финише; учитывалось количество ее, определяя удельный вес, Ph (калориметрически по Михаэлису), содержание мочевины (по Бородину), креатинина (методом Фолина) и мочевой кислоты (по Бенедикт-Франку).

При обработке материала спортсмены разбиты на группы на основании порядка прихода их на финиш; для сравнения брались средние цифры каждой группы.

Количество мочи на старте у бегунов I и II группы, т. е. у пришедших на финиш в числе первых двух десятков, было меньше, чем у лиц III и IV групп, т. е. предшедших в числе последних; соответственно этому I и II группы дали меньшее снижение диуреза после пробега, чем III и IV, а в двух случаях наблюдалось даже небольшое повышение его; это обстоятельство было отмечено по отношению ко всем трем пробегам.

Удельный вес мочи, независимо от изменений диуреза, в громадном большинстве случаев после пробега был выше, чем до пробега. Ph мочи после пробега в 24 км у большинства участников изменилось в сторону увеличения щелочности, после пробега в 28 км, наоборот, у большинства наблюдалось увеличение кислотности.

Процентное содержание мочевины в моче изменялось очень мало, иногда в сторону увеличения, иногда—снижения; абсолютные же количества мочевины были уменьшены, что зависело от уменьшения диуреза. Процентное содержание креатинина в моче было после всех пробегов и у всех групп увеличено, абсолютное количество после пробега

на 28 км было также увеличено, а после пробега на 13½ км, наоборот, у большинства групп уменьшено, что стояло в связи с более резким снижением диуреза после этого пробега по сравнению с 28-километровым.

Процентное содержание мочевой кислоты после пробега на 24 км было у всех групп повышено, так же как и абсолютное количество ее, причем меньшее увеличение наблюдалось в общем у лиц, пришедших первыми; после пробега на 8 км у всех групп наблюдалось небольшое снижение % содержания мочевой кислоты, большее снижение имелось у I группы (—8,24 мг), меньшее у III группы (—0,44), абсолютные количества также были снижены; после пробега на 13½ км процентное содержание мочевой кислоты у I группы было снижено (—5,05 мг), у III, наоборот, повышено (+5,6 мг); абсолютное количество у всех групп было снижено, причем наименьшее снижение дала III группа.

Д-р В. И. Бару и И. М. Великсон. «Материалы к динамике изменений состава мочи после 24-км бега».

У 15 участников 24-км пробега собиралась в течение суток пробега моча отдельными порциями в среднем через каждые 3 часа, в которых определялось почасовое количество выделявшейся мочи, удельный вес, истинная и титруемая кислотность, хлориды, креатин, неорганический фосфор, азот по мочеvine.

Выводы:

- 1) Часовое количество мочи от старта к финишу падает более чем в два раза. В первой после финиша пробе увеличивается более чем в два раза с половиной, в ночной пробе после пробега отмечается падение часового выделения мочи на 30% по сравнению с ночью до пробега.
- 2) Удельный вес мочи от старта к финишу и в дальнейших пробах увеличивается.
- 3) Истинная кислотность мочи на старте дает подщелачивание в 36% по сравнению с предыдущей ночной пробой. Финишная моча в подавляющем большинстве случаев дает сдвиг в щелочную сторону. Первая после финиша проба, выделяющаяся в среднем в течение 3 часов после финиша, дает как правило сдвиг в сторону кислотности по сравнению с финишной мочей и в большинстве случаев при сравнении со стартовой. Истинная кислотность через 3 часа после финиша достигает самого низкого предела, а именно 4,7. При сравнении истинной кислотности ночной мочи до пробега и после него в 56% случаев наблюдается сдвиг в кислую сторону.
- 4) Титруемая кислотность в моче за ночь накануне пробега совпадает со средними цифрами выделения кислых эквивалентов.
- 5) Фосфор мочи дает на старте и финише резкое снижение в 3 раза, в первой после финиша 3-часовой пробе увеличивается в 4 раза, за ночь после пробега уменьшается по сравнению с ночью до пробега в 2 раза.
- 6) Азот мочи (по мочеvine) на финише уменьшается в 2 раза, в первой 3-часовой после финиша пробе увеличивается в 4 раза по сравнению с финишем и в 2 раза по сравнению со стартом. Ночь после пробега по сравнению с ночью до пробега дает уменьшение мочеvine на 20%.
- 7) Креатинин мочи на финише дает уменьшение по сравнению со стартом на 30%; в первой после финиша 3-часовой пробе выделение креатинина увеличивается в 2 раза по сравнению с финишной мочей. Ночная проба после пробега не отличается от ночной до пробега.
- 8) Хлориды на финише уменьшаются более чем в 3 раза по сравнению со стартом. В первой после финиша 3-часовой пробе хлориды увеличиваются более чем в 2 раза по сравнению с финишной мочей. В ночной пробе после пробега замечается уменьшение выделения хлоридов по сравнению с ночной до пробега.

9) Все вышеуказанные исследования указывают на угнетение функциональной работы почек за время пробега, что сказывается в уменьшении всех ингредиентов в финишной моче.

10) Максимальное выделение всех исследованных составных частей мочи наблюдается в первой 3-часовой после финиша пробе.

Д-ра Бару В. И. и Владимиров Г. Е. «Влияние мышечной работы (ходьба, лыжи) на Ph, титруемую кислотность и аммиак мочи».

Были исследованы колебания вышеуказанных веществ: 1) в 3 пробах суточной мочи, 2) при 2-часовых лыжных занятиях, 3) при часовой ходьбе, 4) при 20-км соревновательном лыжном пробеге.

1. Суждение о характере работы на основании исследования мочи крайне затруднительно, так как на характер мочи влияет целый ряд факторов (время дня, прием пищи и воды, интенсивность вентиляции легких, конституция, тренировка и т. д.).

2. Выделение мочи в течение суток изменяется следующим образом: а) Ночью отделяется небольшое количество мочи с низким Ph, с большой титруемой кислотностью, с большим содержанием аммиака. Число Hasselbalch'a для ночной мочи велико. б) В первую половину дня отделяется наибольшее количество мочи с высоким Ph, малой титруемой кислотностью и малым содержанием аммиака. Число Hasselbalch'a низко. в) Во вторую половину дня характер мочеотделения средний между ночной и утренней, приближающийся более к последней.

3. Легкая мышечная работа повышает диурез, тяжелая работа, наоборот, понижает.

4. Небольшие нагрузки заметно на составе мочи не отражаются.

5. Большие нагрузки могут не повлечь понижения мочи отделяемой в течение работы. В следующей за работой порции мочи понижение Ph наступает как правило.

6. Увеличение титруемой кислотности и аммиака обычно наблюдается в порциях мочи, собранных не за время работы, а за часы, следующие за работой.

7. При тяжелой мышечной работе характерную картину дает число Hasselbalch'a: для мочи, собранной в течение работы, оно велико, для мочи, собираемой в последующие часы отдыха, оно низко.

8. В пределах Ph 5—6 содержание аммиака в эквивалентах составляет в среднем 60% суммы титруемой кислотности и аммиака.

9. Определение титруемой кислотности с фенол-фталеином в качестве индикатора дает тем большие отклонения от данных электрометрического титрования до Ph 7,4, чем выше Ph мочи.

10. Способ Foremann'a для определения аммиака в моче точен и удобен, но при излишне длительной перегонке возможны погрешности.

11. Способ Malfatti-Ronchese для аммиака дает тем большую погрешность, чем ниже Ph мочи.

Д-р Б. Кравчинский. «Влияние различных сроков военного обучения на щелочный резерв крови».

1. Цель работы — систематическая проверка влияния различных сроков военного обучения на щелочный резерв крови, являющийся мерой физической тренированности бойца.

2. В качестве испытуемых служили 50 красноармейцев, исследованные осенью 1928 г. через 2 недели после прибытия в часть, весной 1929 г. по окончании зимнего периода обучения и осенью 1929 г. по окончании лагерного периода.

3. Уровень щелочного резерва крови к концу первого года обучения повышается на 7,3% исходной величины.

4. Большая часть повышения падает на летний период.

5. Зимний период обучения, при существовавшем преимущественно казарменном типе обучения, дает небольшие повышения физической

тренированности организма — уровень щелочного резерва крови повышается мало.

Д-р С. Н. Морозов. «К вопросу о постановке физической культуры и врачебного контроля над ней в вузах».

Вопросы проведения физической культуры в вузах являются в настоящее время боевыми в жизни учебных заведений. Необходимость в кратчайший срок получить технические и научные кадры, столь важные для успешного осуществления реконструкции нашего хозяйства, заставляет учащихся усиленно заниматься, что не может не отразиться на их психофизическом состоянии. Рациональная постановка физической культуры гарантирует выпуск из вуза полноценного в смысле здоровья специалиста.

2. Опыт проведения почти в течение полугода обязательных занятий по физической культуре в вузах дал следующие материалы, часть которых является положительными и требующими дальнейшего совершенствования, часть же нуждается в немедленном исправлении или коренном изменении:

а) в большинстве вузов нет спортивных залов, занятия проводятся в случайных помещениях, часто тесных и необорудованных;

б) чувствуется недостаток в спортивном инвентаре, который частично отсутствует на рынке;

в) большинство указанных мест физзанятий не имеет необходимых установок: душа, умывальников, раздевалок, уборных; в некоторых вузах уборка этих помещений заставляет желать лучшего, главным образом из-за недостатка низшего персонала;

г) большинство преподавателей имеет специальное физкультурное образование и в общем руководит занятиями умело;

д) отсутствие детально проработанной программы занятий делает проведение уроков несколько схематичным и однообразным.

3. Большинство студенчества относится к занятиям добросовестно; часть же, пользуясь перечисленными недочетами, склонна свернуть работу впредь до создания вполне благоприятных условий, с чем пришлось вести борьбу как на заседаниях, так и в прессе.

4. Слабым местом проведения обязательных занятий по физкультуре является время занятий. Несмотря на всяческие протесты для некоторых групп занятия по физкультуре отнесены на конец рабочего дня, что явно нецелесообразно. Однако в этом году изменить такое расписание не удастся, так как это потребует ломки всех занятий в вузах.

5. Врачебно-контрольная работа встретила полное сочувствие как со стороны студенчества, так и со стороны руководства вузов. Особенно активную помощь в этой работе оказывали врачам военруки. В некоторых вузах отведены и отремонтированы специальные помещения для антропометрических кабинетов и закуплена соответствующая аппаратура.

6. Врачебно-контрольная работа в настоящий период должна строиться по следующему плану: а) медосмотры всех учащихся и периодические медосмотры спортактивных (членов спортсекций) и б) санитарно-гигиеническое наблюдение за 1) обязательными занятиями, 2) занятиями в спортсекциях и 3) утренней зарядкой.

7. Работа по п. «а» даст возможность распределить всех учащихся на группы для занятий по физкультуре, по п. «б» — устранить недочеты и собрать материалы по вопросам обязательных занятий, занятиям в спортсекциях и при утренней зарядке. В этом отношении работа должна идти по линии наблюдения со стороны врача за регулярностью проведения, полным охватом студенчества занятиями, характером и нагрузкой упражнений, гигиеническим состоянием мест занятий, обеспечением и оказанием первой помощи и соответствием одежды. Периодические обследования занимающихся в спортсекциях должны дать возможность сделать

исследовательскую работу по вопросу влияния спорта на организм учащегося.

8. Физическая подготовка в вузе должна заключаться не только в вышеуказанных обязательных занятиях. Два занятия по часу в декаду не могут разрешить вопрос об оздоровлении студенчества. Необходимо во всю ширь развернуть кружковую работу по физкультуре. В настоящее время эта «внешкольная» работа в некоторых вузах реорганизуется. Созданы секции по разным видам, в каждую из них приглашены преподаватели, и ответственность за работу возложена на бюро кружка вуза. Материальная база обеспечена отчислениями профкомов и вуза.

9. Среди учащихся отмечается большая тяга к утренней зарядке; особенно общежития-коммуны стремятся ввести в обиход своей жизни этот санитарно-гигиенический элемент нового быта. Однако групповые проведения этой зарядки встречают затруднения в смысле отсутствия помещений в общежитии.

10. К числу неотложных мероприятий в вузах, которые дадут возможность развернуть работу по физкультуре в полной степени, необходимо отнести следующие: а) Отвести специальные и достаточные по площади помещения для спортзалов; иметь отдельные комнаты для секционных работ; при спортзале оборудовать соответствующие установки: раздевалки, души, уборные, врачебно-обследовательский кабинет, комнату преподавателя. б) Ввести обязательные занятия по физкультуре для всех курсов кроме выпускников. в) Выработать детальную программу для занятий с каждым курсом и намеченными группами по состоянию здоровья, соблюдая последовательность нагрузки в упражнениях и стремясь к выработке тренировки. г) Считая, что наши технические научные кадры должны быть на предприятиях поборниками за здоровый быт и рациональный труд, необходимо, хотя бы на одном курсе, во всех вузах ввести теоретическую часть по физкультуре, главным образом с гигиеническим уклоном.

Д-р Н. А. Поморцев. «Отчетный доклад о работе по врачебному контролю за 1929 г.».

Сравнительно с прошлым годом надо отметить ряд улучшений: 1) увеличение числа врачей и кабинетов, 2) больший охват физкультурников врачебным контролем, 3) улучшение мест занятий, 4) организационное объединение врачей, 5) вовлечение во врачебно-контрольную работу школьно-санитарных врачей и 6) рост научно-исследовательской работы. На ряду с этим в работе имеются некоторые отрицательные явления, как-то: 1) неполный охват физкультурников врачебным контролем (50—60%), 2) не совсем полное и активное участие врачей в общей работе по физической культуре, 3) не совсем полное обслуживание соревнований, 4) невозможность полного охвата всех видов физкультуры, 5) преимущественная работа врача в кабинете, 6) недостаточное освещение работы п печати, 7) отсутствие полного учета работы, 8) недостаточное руководство врачами со стороны бюро врачебного контроля.

Новые формы физкультуры намечают пересмотр формы, методики и содержания работы практического врача.

Д-р Г. С. Ган и д-р М. М. Попов. «Ортодиаграфическое исследование сердец снарядовых гимнастов».

1. Поперечник сердца у 63 мужчин (из 106 исследованных) колеблется от 10,5 до 13,4 см; а у 33 женщин—от 9,0 до 12,9 см.

2. При сопоставлении поперечников сердец гимнастов со средними данными Graedel'я и с размерами сердец спортсменов, исследованных Rautmann'ом, Deutsch'ом, Kauff'ом, Herzheimer'ом и др., резких колебаний не наблюдается.

3. Наблюдающееся небольшое различие в поперечнике сердца с данными Graedel'я и др., может быть, стоит в связи с условиями жизни

и национальными чертами населения нашего Союза, в силу чего является необходимым собирание материала, который позволил бы выработать собственные нормы.

4. В 8 случаях из 106 имеются увеличенные размеры поперечника сердца (больше 13,5 см у мужчин и 13 см у женщин). Такое увеличение в 6 случаях должно быть отнесено не к занятиям снарядовой гимнастикой, а сопоставлено с усиленным занятием другими видами спорта, с перенесенными заболеваниями и возрастом, и только в 2 случаях увеличение размеров сердца может быть поставлено в связь с усиленной работой по снарядовой гимнастике.

5. Конфигурация сердца гимнастов не представляет каких-либо особенностей по сравнению с сердцами лиц, занимающихся другими видами физкультуры, но в большей или меньшей степени отличается своей конфигурацией от нормального сердца, имея более округлые контуры верхушки левого сердца в целом, а также отчетливость сердечных дуг и несколько митральную конфигурацию.

6. При сопоставлении полученных нами размеров сердца с возрастом, ростом и жизненной емкостью легких закономерности подметить не удается.

7. При сопоставлении поперечника сердца с весом и окружностью груди можно наметить следующую тенденцию: с увеличением веса и окружности грудной клетки наблюдается и увеличение поперечника сердца.

8. Лица с большим поперечником сердца принадлежат в большинстве случаев к гиперстеникам.

Д-р В. И. Бару. «Механизм дыхания при функциональных пробах сердца (прыжки, приседания)».

1. Выработана пневмографическая методика записи дыхания на аппарате Ускова при помощи гудмановских поясов и заглушителей, дающая возможность получить пневмограммы при прыжках и приседаниях.

2. Обследовано 50 слушателей курсов ФИЗО и 50 красноармейцев путем записи грудного и брюшного дыхания до, во время и после прыжков и приседаний.

3. Пневмограммы при приседаниях у тренированных и нетренированных как в отношении числа дыханий, так и характера пневмографической кривой дают картину более стандартизированного дыхания. На каждое приседание приходится одно дыхание (вдох и выдох). Пневмографические кривые у разных лиц дают лишь количественные колебания размаха дыхательных движений, главным образом за счет углубления брюшного дыхания.

4. Пневмограммы при прыжках имеют резкие качественные различия и на их основании можно выделить несколько типов.

5. Выделенные типы реакции дыхания при прыжках в порядке нисходящей способности регулирования дыхания располагаются в следующий ряд:

а) На первом месте стоят лица, регулирующие свое дыхание при прыжках так же хорошо, как и в покое. Это чаще всего лица с полным и редким дыханием.

б) На втором месте стоит тип со способностью регулировать только грудное дыхание.

в) Третье место занимают лица, у которых прыжки вызывают повышение среднего дыхательного положения и на фоне этого повышения происходит более или менее полноценная регуляция дыхания.

г) Четвертым, наименее ценным, является тип, у которого прыжки вызывают повышение среднего дыхательного положения и на фоне этого повышения почти отсутствует доступная регистрации регуляция дыхания.

Это лица, у которых 60 прыжков в течение 0,5 м. протекают с задержкой дыхания в фазе вдоха.

6. Указанные различия в типе реакции дыхания при прыжках надо отнести за счет нервной регуляции дыхания.

7. Заболевание спустя 2—3 недели после выздоровления, даже у одного, наиболее полноценного типа, дает резкое нарушение способности регулирования дыхания при прыжках.

8. Повторными нагрузками в виде прыжков и приседаний можно обнаружить лиц, у которых эта нагрузка вызывает явления патологического «периодического дыхания».

9. Указанные реакции дыхания при функциональных пробах сердца требуют своего дальнейшего изучения, главным образом с точки зрения их влияния на реакцию сердечно-сосудистой системы.

Д-р М. А. Качковский. «О роли школьно-санитарного врача в физкультурной работе школы».

1. Училищный врач в дореволюционной школе в деле наблюдения за физическим развитием учащихся играл значительную роль, что находилось в связи с узостью задач физического воспитания в старой школе.

2. Физическая культура в советской школе есть дело первостепенной важности. Серьезность государственных задач, поставленных перед ней, стройность системы физического воспитания, богатство средств физвоспитания с биологическим обоснованием их и с учетом возраста, пола и состояния здоровья занимающихся, — все это выдвигает школьно-санитарного врача на руководящую роль в деле физического воспитания в советской школе.

3. Историческое развитие дела врачебного контроля за физвоспитанием в ленинградских школах указывает на медленность охвата шк.-сан. врачом всего содержания физкультурной работы в школе, что находится в связи с перегруженностью школьно-санитарных врачей.

4. Цифровые данные о работе шк.-сан. врачей в области физкультуры за 1927, 1928 и 1929 гг. показывают, что работа врача охватывает важнейшие моменты физкультуры в школе и с каждым годом все более расширяется и углубляется.

5. Работа шк.-сан. врача в школе составляется из четырех моментов: педагогической работы, санитарной, санитарно-просветительной и организационной. Работа шк.-сан. врача в области физкультуры не должна рассматриваться как самостоятельный момент работы — она входит как составная часть в каждый из указанных моментов работы.

6. Необходимо отметить отсутствие в работе шк.-сан. врача учета влияния физупражнений и спорта в целом и отдельных видов их на организм занимающихся, что объясняется главным образом однократным, растягиваемым часто на целый год, педагогическим осмотром детей, а также далеко недостаточным применением объективных методов исследования реакции детей после занятий теми или иными видами физупражнений.

7. Санитарно-гигиеническая обстановка занятий в большинстве школ требует серьезных мероприятий по ее улучшению. Несмотря на ряд имеющихся объективных причин работа шк.-сан. врачей в этой области приносит существенный результат.

8. Правильная постановка санитарно-просветительной работы врача и его руководящая роль в деле физвоспитания учащихся требуют предоставления ему в табели специальных часов для всей работы вообще и для работы по физкультуре в частности.

9. Организационная и методическая работа по физкультуре в школе в части оборудования помещений, приобретения спортивного инвентаря и действительной проработки производственных планов требует непосредственного участия в ней шк.-сан. врача в целях согласования с данными физразвития и состояния здоровья учащихся данной школы.

10. Вся работа шк.-сан. врача в области физкультуры должна быть диспансеризирована: изучение влияния физупражнений должно проводиться одновременно с учетом социально-бытовых условий учащихся.

11. Работа шк.-сан. врача в области физкультуры должна соответствовать производственному плану по физкультуре в школе, вследствие чего выполнение ее должно быть распределено по месяцам учебного года в начале последнего.

12. Работа шк.-сан. врача должна быть так перестроена и он должен быть настолько разгружен, чтобы мог действительно занять ту руководящую роль в деле физвоспитания детей, на какую он выдвигается самой жизнью.

Д-р П. И. Дувакин. «Спорттравма в финско-французской борьбе, профилактика и подача первой помощи».

1. В связи с развитием тяжелой атлетики в среде рабочей молодежи изучение спорттравмы и разработка профилактических мер и подачи первой помощи приобретают значительную социальную значимость.

2. Борьба с травматизмом в спорте не должна отставать от темпа ударной борьбы с травматизмом на производстве, всемерно помогая максимальной охране рабочих производственных кадров и тем самым содействуя бесперебойному, прогрессирующему ходу производства.

3. Эмпирически выработанной профилактике (путем «горького опыта») должна притти на смену научно разработанная профилактика — на основе тщательного изучения травматизма не только в клиниках, но и на спортарене.

4. Общество и настойчиво проводимые профилактические меры и первая медпомощь должны и будут служить важной задаче — соответствующему воспитанию подрастающих рабочих смен (перенос полезных навыков на производство и в быт).

5. Повреждения в финско-французской борьбе составляют значительный процент (30), некоторые носят специфический характер.

6. Общераспространенное установившееся мнение о том, что повреждения чаще встречаются у новичков, чем у борцов I и II классов, противоречит действительности: выводы из моих материалов показывают, что в среде новичков повреждения почти в 2 раза реже, чем в среде борцов I и II классов.

7. Почти все повреждения относятся к разряду легких и средней степени, если не имеют осложнений.

8. Вызывающие моменты повреждений: грубая («ударная») борьба, применение запрещенных (опасных) приемов, неправильная защита.

9. Способствующие причины: слабая тренированность, слабое знание основных правил и приемов; недостаточно чуткое руководство схваткой со стороны арбитра; неудовлетворительные условия: недоброкачественная покрывка мата (ковра), недостаточная площадь мата и неправильное скрепление его частей (половинок), отсутствие ковриков (дорожек) за ковром, близость к ковра мебели.

10. Вызывающие и способствующие моменты устранимы. Необходимо: более детальные указания в выпускаемых правилах и руководствах по борьбе на важность всех профилактических мероприятий; их исчерпывающее описание; категорическое требование проведения в жизнь.

11. Рекомендуемая ВОФК в правилах изд. 1929 г. аптечка не отвечает врачебным нуждам борцовской спортарены. Необходима замена никчемных медикаментов, перевязочного материала, инструментов — более целесообразными.

12. Врач физкультуры должен быть опытным в деле подачи медпомощи на спортарене.

13. Необходимо живая связь клиники и врачей физкультуры по вопросам спорттравмы, как и по другим вопросам физкультуры.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Циркулярное письмо.
159/лев. НКЗ. 7/5 1830 г.

ОБЛ. (КРАЙ), ДОР. И ВОЛ. СТРАХКАССАМ, ОБЛПРОФСОВЕТАМ И ЗДРАВ ОТДЕЛАМ

Пролетарский туризм, приобретший в силу массового охвата трудящихся за последнее время большое общественное значение, занимает среди мероприятий, направленных к поднятию культурного и политического уровня трудящихся, одно из важных мест.

В развернувшемся социалистическом строительстве страны и реконструкции быта экскурсионно-туристское дело приобретает особо важное значение как фактор, способствующий расширению политического и производственного кругозора трудящихся и усвоению ими идей социалистического переустройства страны путем наглядного ознакомления трудящихся с процессами и темпами социалистического строительства в отдельных районах Советского Союза.

В то же время экскурсии как один из видов организованного отдыха имеют также большое значение в общей структуре профилактических мероприятий, направленных к повышению производительности труда и охране здоровья трудящихся.

Между тем пролетарский туризм развивался до сих пор без сколько-нибудь заметного участия со стороны профсоюзных, страховых организаций и органов здравоохранения.

Страховые органы совместно с профсоюзами при организации профилактической помощи застрахованным почти не учитывали экскурсий как в деле оздоровления трудящихся, так и в деле политического воспитания масс и в очень малой степени использовали этот вид организованного активного отдыха для тех групп трудящихся, которым стационарный отдых (дома отдыха) не являлся необходимым.

Органы здравоохранения также почти не уделяли внимания как санитарно-гигиеническим условиям, в которых проходили организованные экскурсии, так и вопросам медицинского отбора и научного учета влияния экскурсий на оздоровление масс.

Развитию экскурсионно-туристического дела как способа использования трудящимися своего очередного отпуска должно быть уделено, согласно постановлению СНК РСФСР от 25 января 1930 г., в настоящем летнем сезоне необходимое внимание.

Облстрахкассы совместно с облпрофсоветами в пределах отпущенных сумм на профилактику должны учесть туристические экскурсии как вид организованного отдыха.

Имея в виду, что стоимость путевки на маршрут выше содержания отдыхающего в домах отдыха, необходимо к издержкам страхкасс на приобретение указанных путевок привлечь также средства самих экскурсантов-застрахованных (из высокооплачиваемых групп), рассматривая средства страхкасс как дотацию на участие в экскурсиях.

По договоренности с туристическими обществами последними предоставляется 50-процентная скидка со стоимости проезда по ж. д. до начального пункта маршрута и обратного проезда к месту жительства экскурсанта.

Выбор маршрутов экскурсий (на сроки декретного отпуска) надлежит производить согласно руководящим указаниям к отбору, изданным НКЗ РСФСР.

Здравотделам надлежит организовать санитарный контроль в местах скопления туристов и создать необходимые санитарно-гигиенические условия для проведения экскурсий, обратив внимание на организацию рационального отдыха на экскурсионных базах как в отношении общего санитарно-гигиенического содержания их, так и в отношении постановки питания и распорядка дня.

Застрахованные, едущие в экскурсии за счет (частично или полностью) страховых организаций, проходят медицинский осмотр, который проводится на основе установленных НКЗ руководящих указаний к отбору.

По мере обеспечения со стороны органов здравоохранения возможности безотказного медотбора и консультации для туристов туристские общества должны продавать путевки в экскурсии лишь по представлении медицинских справок об отсутствии противопоказаний со стороны здоровья.

В условиях массового развития экскурсионно-туристского дела особое значение приобретает постановка учета влияния туризма на состояние здоровья экскурсантов.

Учет должен быть поставлен в выборочном порядке для застрахованных, едущих за счет страховых организаций, и проводиться в местах отбора перед направлением в экскурсию и после возвращения из нее; в местах, где имеются кабинеты физкультуры, указанный учет надлежит поставить в кабинетах физкультуры.

Учитывая, что все вышеизложенные мероприятия могут быть осуществлены лишь при условии проведения предварительной широкой разъяснительной кампании, необходимо теперь же договориться с местными отделениями туристических обществ о постановке совместно с проф., страх. и здравоохранениями докладов на рабочих собраниях, промышленных предприятий и учреждениях, широко используя также в указанных целях радио и печать.

Начальник Главсоцстраха РСФСР М. Михайлов.

ВЦСПС—Н. Саморуков.

НКЗ РСФСР—Прядченко.

О-ва «Советский турист» и «Пролетарский туризм»—В. Энгель.

9/V 1930 г. № 161/40.

О ВРАЧЕБНО-САНИТАРНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ТУРИЗМА И ЭКСКУРСИЙ

Всем здравотделам

Народный комиссариат здравоохранения предлагает всем здравотделам, в районах которых находятся туристские организации, провести следующие нетложные мероприятия.

1. Установить систематический санитарный контроль над туристскими базами и маршрутами в отношении их содержания, размещения туристов, снабжения продуктами питания, питьевой водой, дезинфекции и т. д., а также над находящимися около баз и маршрутов столовыми, продуктовыми магазинами и источниками водоснабжения.

2. Организовать в узловых пунктах маршрутов и в пути для экскурсантов подачу первой медицинской помощи и обеспечить прием в лечебные заведения экскурсантов, заболевших в пути острозаразными болезнями и болезнями, требующими неотложной медицинской помощи.

3. Организовать в местах массового отправления туристов и экскурсантов и в узловых пунктах маршрутов для всех желающих врачебные консультации, возложив эту работу преимущественно на кабинеты врачебного контроля над физкультурой, увеличив соответственно на время туристского сезона их штаты и пропускную способность.

4. Проследить за выполнением туристскими организациями предложения НКЗ о включении за их счет врача в штат крупных баз с фактической пропускной способностью 200 и более человек в день и в штат баз в горных районах, насыщенных утомительными переходами, а также о включении врача в состав массовых длительных экскурсий с количеством участников свыше 200 человек.

5. Осведомлять туристов и экскурсантов о санитарном состоянии района экскурсий и маршрутов, в частности путем вывешивания соответствующих плакатов и надписей в туристских базах и по пути массовых экскурсий.

6. Оказывать содействие туристским обществам и организациям в проведении лекций и бесед по гигиене туризма для больших экскурсий и в обучении групповодов подаче первой помощи, а также в снабжении туристских групп санитарно-просветительной литературой и аптечками первой помощи.

7. На всех краевых и областных курсах для усовершенствования врачей, на врачебных съездах и совещаниях, а также на конференциях врачей амбулаторных объединений организовать информационно-инструктивные лекции и доклады о туризме и задачах его медико-санитарного обслуживания, привлекая для этой цели врачей по физкультуре.

8. В целях учета и изучения влияния туризма на здоровье совместно с туристскими организациями организовать наблюдение над физическим развитием и состоянием здоровья туристов и влиянием на него проводимых путешествий.

9. Совместно с туристскими организациями, профсоюзами, органами охраны труда и комсомолом развернуть агитационную кампанию по вовлечению широких трудящихся масс взрослых и подростков в экскурсионно-туристское дело и в частности по использованию для этой цели рабочими и служащими своего декретного отпуска. Одновременно с пропагандой дальнего туризма усилить агитацию за местные экскурсии (в дни отдыха) как для взрослого, так и детского (школьного) населения.

Зам. народного комиссара здравоохранения **Прядченко.**

Утверждено 5/V 1930.

Чл. коллегии НКЗ М. Шустова.

РУКОВОДЯЩИЕ УКАЗАНИЯ К ОТБОРУ В ПЛАНОВЫЕ И ДАЛЬНИЕ ЭКСКУРСИИ

1. Туризм и экскурсии являются широко доступным и действительным профилактическим средством среди общих гигиенических мероприятий, направленных к оздоровлению трудящихся и ремонту их здоровья. Задачей туризма в интересах здравоохранения является предоставление рабочим и служащим возможности восстановить свои силы и энергию путем разумного пользования силами природы (воздух, солнце, вода), и движением.

2. Туризм как массовое явление, осуществляемый коллективом, являясь по преимуществу одной из форм культурного и активного отдыха, не может и не должен заменять лечение. В связи с этим больные заниматься туризмом не могут. Больными в данном случае мы называем: а) лиц, утративших свою трудоспособность хотя бы только на время своего недомогания, б) лиц, имеющих патологические поражения отдельных органов (сердце, легкие) и теряющих свою трудоспособность хотя бы

и при небольшой дополнительной функциональной нагрузке (перемена режима, передвижение и пр.), в) лиц, имеющих заразные заболевания, хотя бы они не вызывали потери трудоспособности (наприм., чесотка, венерические болезни и др.), г) нуждающихся в индивидуальном режиме, диетическом столе, периодическом врачебном наблюдении и пр.

Примечание. Для индивидуального и группового туризма, при соответствующем маршруте и режиме, показания к нему могут быть расширены. В этих случаях туризм может быть использован и в качестве лечебного средства при малокровии, начальных формах туберкулеза, неврастении и т. п.

3. Состояние здоровья лиц, отбираемых для массового туризма и экскурсий, должно быть не ниже того, которое установлено для лиц, отбираемых в дома отдыха.

4. Лучшей и наиболее подходящей формой туризма и экскурсий является смешанная форма, т. е. такие маршруты, способы передвижения в которых разнообразны (железная дорога или пароход, авто или экипаж и часть пути пешком, лодкой и т. п.).

5. Выбор маршрута в отношении преобладания той или иной формы передвижения должен производиться с учетом физиологического состояния организма, его сил и характера его утомления. Характер утомления необходимо поставить в связь с основной (доминирующей) вредностью профессии экскурсанта. Например, рабочим, профессиональный труд которых сопряжен с постоянным сидением или вынужденным или малоподвижным положением тела, а также лицам умственного труда, канцелярским работникам полезны маршруты с преимущественно пешеходным передвижением. Наоборот, лицам тяжелого труда с перенапряженной мышечной и сердечно-сосудистой системой (наприм., кузнецы, литейщики), а также лицам, профессия которых связана с длительным стоянием или хождением (продавцы, повара, курьеры), маршруты с длительным передвижением пешком противопоказаны, а рекомендуются маршруты с преимущественно пассивным способом передвижения.

6. При выборе маршрута в отношении способов передвижения необходимо поставить в связь физиологические особенности организма с климатическими данными маршрута. Например, лицам с легко возбудимой нервной системой, склонным к бессоннице, противопоказан юг в жаркие месяцы, малокровным противопоказаны северные маршруты ранней весной и осенью, и т. д.

7. В случаях сомнительных, особенно если экскурсant стремится выбрать маршрут тяжелый (наприм., восхождения на гору и пр.), надлежит обратить внимание на его анамнез, учесть данные его санитарного журнала, провести через кабинет врачебного контроля над физкультурой для функционального исследования.

Утверждено 5/V 1930 г.
Чл. коллегии НКЗ Шустова.

ПРИМЕРНЫЕ САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА ДЛЯ СУЩЕСТВУЮЩИХ ЛЕТНИХ ТУРИСТИЧЕСКИХ БАЗ И МАРШРУТОВ ¹

А. БАЗЫ

1. Базы с длительным пребыванием туристов

1. Базы располагаются в зданиях специально построенных или приспособленных.

2. В состав базы входят следущ. помещения: а) спальня, б) комната дневного пребывания, в) столовая, г) кухня с помещениями для хранения

¹ На основе настоящих примерных санитарных правил здравоохранения должны разработать, с учетом местных условий и возможностей, обязательные санитарные правила для туристических баз и маршрутов своего района.

продуктов, д) комната для врачебных осмотров, е) умывальные, ж) комната для мытья тела, з) парикмахерская, и) изолятор, к) сушилки для одежды и обуви, л) камеры для хранения вещей, м) квартиры персонала, н) уборные, о) прачешные (при отсутствии их базы обеспечиваются бесперебойной стиркой).

Размеры, устройство и оборудование отдельных помещений

3. Спальни. Вместимость их определяется из такого расчета, чтобы на каждого ночующего приходилось не менее 3—4 кв. м в комнате для 4-х чел. и более, в комнатах для 2-х чел.—4—5 кв. м и не менее 6 кв. м в комнатах для одного.

При отводе помещения для спален необходимо учитывать возможность перегревания их; по возможности не отводить под них в жарком климате комнат, ориентированных на юго-запад и юг. Обстановка спален состоит из кроватей, снабженных матрасом и подушкой, и табуретов по числу коек.

Топчаны, нары и двухъярусные койки не допускаются. Каждому вновь прибывшему предоставляется чистое постельное белье, которое сменяется не реже 1 раза в пять дней. После отъезда туристов тотчас же снимается постельное белье, проветриваются и подвергаются действию солнца подушки и матрасы.

Запасы постельного белья на базе при снабжении им экскурсантов исчисляются из расчета 2,5 комплекта на койку. Пользование собственным бельем допускается при безусловной его чистоте и смене не реже одного раза в пять дней.

4. Комнатой дневного пребывания на базах может служить веранда; на более значительных базах в дополнение к веранде обязательно должна быть выделена специальная комната, в которой помещаются красный уголок и библиотека.

5. Столовая в теплом климате может помещаться обособленно под открытым навесом, при этом должны быть приняты меры к защите от ветра и пыли устройством щитов, занавесок и пр. Вместимость столовой определяется из расчета 1 метр площади на обедающего.

6. Кухня для баз до 50 чел. должна быть не менее 15—20 кв. м, на каждые последующие 25 туристов размер кухни увеличивается на 1—2 кв. м. При кухне должны быть: заготовочная, моечная, она же кубовая с кипятильником, и кладовые для хранения продуктов. Помещения для хранения продуктов должны быть устроены таким образом, чтобы в них было возможно хранить и скоропортящиеся продукты. Как в кухне, так и в кладовых окна снабжаются сетками.

7. Комната для врачебных осмотров не менее 10 кв. м.

8. Умывальных комнат 2—мужская и женская, из расчета 1 кран на 10—15 человек. В каждой умывальной помимо умывальника с кранами должны иметься тазы по числу кранов.

9. Комната для мытья тела должна иметь теплую воду. При наличии водопровода и канализации—снабжается ваннами или душами. Комната снабжается скамьями, вешалками и тазами. В холодном климате в комнате для мытья устанавливается печь.

10. Парикмахерская.

11. Изолятор не менее чем из двух комнат из расчета 10 кв. м на койку, 1 койка на 200 ч.

12. Сушилка для одежды и обуви должна иметь печь, вытяжку и приспособления для развешивания одежды.

13. Уборные мужские и женские (отдельно)—одно очко на 20 чел. Каждое очко отделяется от соседнего перегородкой в рост человека. При отсутствии канализации устраиваются отхожие места с непроницаемым выгребом, которые располагаются не ближе 50 м от жилых помещений,

с учетом направления господствующих ветров. В ночное время уборные должны иметь искусственное освещение.

14. Размеры прачешной исчисляются в зависимости от пропускной способности базы. Расчет: 2 кг белья на одного чел. в 5 дней, 16 кг белья на одну прачку в день.

Площадь пола определяется из расчета 5 кв. м на прачку и во всяком случае не может быть менее 10 кв. м.

15. Все помещения ежедневно подвергаются влажной уборке, кроме того периодически, не реже одного раза в 10 дней, моются пол, окна, двери и обметаются потолок и стены.

Водоснабжение

16. База должна быть снабжена в достаточном количестве водой (не менее 2-х ведер на человека в день).

Источник водоснабжения и место забора воды выбираются при участии санврача и находятся под постоянным санитарным наблюдением.

Употребление сырой воды для питья допускается только с разрешения санитарного врача.

Места для купанья

17. Места для купанья отводятся отдельно для мужчин и для женщин и по возможности огораживаются. Дно места купанья должно быть очищено от острых предметов поблизости не должны выпускаться сточные воды и производиться стирка белья.

Удаление нечистот

18. При наличии канализации вопрос об удалении и обезвреживании нечистот и отходов разрешается в общем порядке для всего населенного пункта, где помещается база. При отсутствии канализации приемники для нечистот и мусора должны быть непроницаемы и очищаться, не допуская переполнения.

В целях борьбы с мухами все приемники для сбора фекалий и кухонных отходов еженедельно заливаются 10% раствором хлорной извести или жидкостью Нейтского (справочник по дезинфекции Сысина); место вывоза мусора и нечистот указывается санврачом. Вопрос об обезвреживании ванн, прачешных и умывальных вод разрешается также санврачом.

Вся территория базы и берег у места купанья ежедневно очищаются от мусора.

19. При появлении заболеваний, подозрительных на инфекционные, больные тотчас же помещаются в изолятор, а по выяснении диагноза эвакуируются в ближайшую больницу. Постельные принадлежности и помещение подвергаются соответствующей дезинфекции.

II. Базы с кратковременным пребыванием (ночлег, прием пищи) туристов

1. База может занимать непригодное здание, которое перед оборудованием подвергается тщательной очистке; пол, окна, двери моются, стены и потолок также моются или подвергаются побелке; хозяева дома выделяются в помещение с отдельным входом.

2. На базе выделяются: а) спальни, б) столовые, в) кухня с помещениями для хранения продуктов, г) уборные, д) сушилки, е) квартиры служащих.

3. В спальнях должны быть кровати, матрацы и подушки, между кроватями должен быть проход не менее 0,5 метра.

4. Уборные изолируются и ночью должны иметь искусственное освещение.

5. Столовая и умывальные могут быть устроены под навесом.

6. При продолжительных маршрутах (на 5-й день пути) в базах должна быть обеспечена возможность мытья тела и стирки белья, хотя бы собственными силами.

III. Всокогорные приюты

1. Являются отделениями баз, которые и заботятся о снабжении их всем необходимым.

2. Помещаются в хижинах или хорошо укрепленных палатках, располагающихся на выравненной площадке, имеющей водоотводы для предохранения от метеорных вод и защищенной от ветра, обвалов и оползней.

3. Поблизости от приюта должен находиться источник водоснабжения с удовлетворительной в санитарном отношении водой.

4. Отхожее место устраивается не ближе чем на расстоянии 30 м от помещений, если позволяет почва—устраивается ровик, с засыпкой нечистот.

5. Туристы, направляющиеся в экскурсии и предполагающие воспользоваться приютом, снабжаются всем необходимым из той базы которая обслуживает приют.

6. Приюты снабжаются каким-либо опознавательным приспособлением (флаг), причем для приютов, имеющих постоянный персонал, это правило распространяется и на ночное время (фонарь).

Б. МАРШРУТЫ

I. Пешеходные

1. Руководитель группы должен иметь при себе точно указанный на карте маршрут с обозначением источников водоснабжения с удовлетворительной в санитарном отношении водой, селений, кооперативов, баз, пригодных для привалов мест, ночлега, ближайших больниц и аптек.

2. Руководителям самостоятельных групп рекомендуется избегать ночлегов в селениях, предпочитая ночлег под открытым небом. В случае необходимости остановиться в селении—ночевать в нежилых помещениях.

3. Не пользоваться источниками водоснабжения с неизвестной по качеству водой, запасаясь кипяченой водой на базе приютов.

4. Негодные для питья или купанья водоемы должны быть снабжены соответствующими надписями.

II. Железнодорожные и водные

1. Должны быть выявлены пункты, служащие местами массовой посадки и высадки туристов.

2. Группы туристов должны совершать переезды в отдельных вагонах или выделенных частях парохода.

3. Предоставляемые туристам вагоны и суда должны быть исправны в санитарно-техническом отношении, тщательно очищены и дезинфицированы.

4. Необходимо своевременно предупреждать скученность пассажиров на пристанях и пароходах устройством дополнительных касс, установлением дополнительных вагонов и рейсов поезда и парохода.

5. Вести более тщательную очистку и санобработку вагонов, пароходов, пассажирских помещений вокзалов и пристаней, в связи с более активным движением в период экскурсий.

6. Усилить санконтроль за снабжением станций и пристаней кипятком и кипяченой водой, за пищевыми продуктами, помещениями для питания и продажи пищевых продуктов в буфетах, привокзальных и пристанских рынках, вагонах-ресторанах и буфетах пароходов.