

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



7-8

1030

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

Д. Пуранин

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ПОСВЯЩЕННЫЙ НАУЧНОЙ РАЗРАБОТКЕ ВОПРОСОВ
ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ФИЗИЧЕСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ И ВРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ
НАД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН
НКЗдрава и ВСФК РСФСР

№ 7-8 (31-32)

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	3
<i>Петров. Н. И.</i> — К вопросу реконструкции физкультурного образования	3
<i>Пуни. А. Ц.</i> — Санитарно-гигиенический облик вятских физкультурников	9
<i>Котов Г. И., д-р.</i> — Применение душа в условиях подготовительного гимнастического урока	21
<i>Пархомова А., Бернштейн Я., Бернштейн И., д-ра.</i> — Изогруппы и выносливость к напряжениям у спортсменов	30
<i>Лукашев В. А. и Муромцева В. А.</i> — Опыт изучения влияния урока физической культуры на нервную систему школьников	34
<i>Рейнгертер Людвиг, д-р.</i> — Корректирующие упражнения для туловища (перев. с немецк.)	38
<i>Дюперрон Г. А.</i> — О старом и новом методах проведения урока педагогической гимнастики	42
II. НА МЕСТАХ	47
III. РЕЦЕНЗИИ И РЕФЕРАТЫ	54
IV. ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	55

INHALTSVERZEICHNIS

Seite.

I. ORIGINALARTIKEL	3
<i>Petrow N.</i> — Zur Frage über die Rekonstruktion der Ausbildung in der Körperkultur	3
<i>Puni A.</i> — Der sanitär-hygienische Charakter der Körperkultur-treibenden in Wiatka	9
<i>Kotow G. Dr.</i> — Die Anwendung der Dusche unter den Bedingungen einer gymnastischen Vorbereitungsstunde	21
<i>Parchomowa A., Bernstein J., Bernstein I. Dr.</i> — Die Gruppen der bildenden Kunst und die Zähigkeit der Sportsmen in Bezug auf die Anstrengung	30
<i>Lukaschow W. u. Muromzewa W.</i> — Ein Versuch zum Studium des Einflusses der Körperkultur-Stunde auf das Nervensystem der Schüler	34
<i>Reingärter Ludwig</i> — Korrigierende Uebungen für den Rumpf (Übersetzung aus dem Deutschen)	38
<i>Düperon G.</i> — Ueber die alte u. neue Methode der Durchführung einer pädagogischen Turnstunde	42
II IN DER PROVINZ	47
III REZENSIONEN UND REFERATE	54
IV. OFFIZIELLER TEIL	55

Н. Петров

К ВОПРОСУ РЕКОНСТРУКЦИИ ФИЗКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

(К итогам всесоюзного совещания по физкультурному образованию при ВСФК СССР)

Самый беглый анализ предшествующего периода физкультурного образования в нашем Союзе убеждает нас в том, что подготовка физкультурных кадров как в количественном, так и в качественном отношении не соответствует задачам и требованиям широко развивающегося физкультурного движения в СССР.

Те основные недостатки, которые мы имеем в области подготовки ф. к. кадров, отсутствие единого планового руководства при ведомственном многовластии, отсутствие единой системы ф. к. образования, а в связи с этим наличие «кустарничества» в насаждении различных ступеней ф. к. образования, пестрота форм образования, наличие местного «творчества» в установлении прав для различных форм ф. к. образования, отсутствие четкого определения объектов ф. к. образования, а отсюда крайне расплывчатое, произвольное толкование и понимание его, что на практике приводило либо к растворению ф. к. образования в медицинском или педагогическом образовании, либо к превращению ф. к. образования в самодовлеющую технику упражнений, как своеобразный вид искусства,—приводят нас к выводу, что вопрос о реконструкции ф. к. образования стоит так же остро, как и вопрос реконструкции педагогического, технического, медицинского и других видов образования. Установление единой системы физкультурного образования, четкое методологическое обоснование на диалектико-материалистической базе содержания физкультурного образования является основной предпосылкой правильного разрешения проблемы подготовки ф. к. кадров.

Для предварительной проработки указанных вопросов ВСФК СССР и созвал Всесоюзное совещание (30/VI—3/VII) из работников физкультурных техникумов и вузов, а также методистов, врачей и педагогов по ф. к.

Совещание весьма ярко подтвердило несоответствие существующей системы ф. к. образования задачам реконструк-

тивного периода (доклады представителей вузов, техникумов и работников краткосрочных курсов).

В своих решениях совещание остановилось на такой системе физкультурного образования, которая является единой в своих организационных и методологических принципах и между звеньями которой существует полнейшая преемственность как в программно-учебном, так и в методическом отношении.

Звеном системы, готовящим работников высшей квалификации, является вуз. Сеть таких вузов совещание нашло необходимым уже в ближайшем году значительно расширить (в УССР, ЗСФСР, Сибири и по возможности в Средней Азии в первую очередь, во вторую очередь на Сев. Кавказе и в Н.-Волжском крае).

Вуз готовит интегрального работника: на ближайшее время совещание нашло нецелесообразным проводить особую дифференциацию в подготовке специалистов ф. к. высшей квалификации.

Работники средней квалификации по ф. к. должны готовиться через техникумы ф. к. и одногодичные курсы, причем последняя форма ф. к. образования является в системе временной и имеет своей основной задачей охватить физкультурный актив из рабочей, колхозной и бедняцко-середняцкой крестьянской молодежи, желающей посвятить себя физкультурной деятельности.

Совещание полетало, что в области физкультурной работы, многогранной и весьма ответственной, требуется как минимум работник средней квалификации (получаемой в результате окончания специального среднего учебного заведения, каким является техникум и одногодичные курсы).

Но в связи с большими потребностями в ф. к. кадрах и невозможностью эти потребности удовлетворить через указанные звенья системы совещание нашло необходимым на ближайший отрезок времени пойти на развертывание широкой сети краткосрочных курсов (по линии ВЦСПС, Наркомпроса, Колхозцентра, Красной армии и др. организаций), которые должны подготовить из физкультурного актива платных и общественных работников для первичных ячеек физкультурной работы (кружки, площадки и др.).

В целях широкого вовлечения в ф. к. учебные заведения рабочей и крестьянской молодежи, усиления среди учащихся партийного и комсомольского ядра совещание нашло необходимым организовать при вузах и техникумах краткосрочные общеобразовательные курсы для подготовки этой категории лиц.

При разворачивании сети физкультурного образования совещание нашло необходимым особо учитывать потребности в ф. к. кадрах национальных республик, автономных областей и краев¹⁾.

Совещание значительное внимание уделило вопросам подготовки научных кадров по физкультуре (для научно-исследовательской работы по ф. к. в институтах, лабораториях, кабинетах, преподавателей в ф. к. вузах, а также ответственных руководителей ф. к. в педагогических и медицинских вузах). Неотложной задачей в этой области совещание нашло организацию научно-исследовательских институтов по ф. к. либо при существующих вузах, либо самостоятельно. Одновременно совещание нашло необходимым расширить подготовку аспирантов при существующих ф. к. вузах, учитывая большие возможности научно-исследовательской работы.

Совещание нашло также необходимым, чтобы ВСФК особо проработал вопрос о заочном обучении в системе ф. к. образования как форме подготовки новых кадров и переподготовки научных работников.

На ряду с системой ф. к. образования в центре внимания совещания стоял вопрос о методологических принципах построения содержания ф. к. образования. Попытка в этом направлении была сделана в докладе Института физической культуры им. Лесгафта (докл. т. Зеликсона). Докладчик вполне правильно указал: «диалектико-материалистическая методология ф. к. образования требует прежде всего точной и четкой формулировки самого объекта ф. к. образования как центрального ядра, отличающего ф. к. образование от других видов образования. Только после того, как будет марксистски точно очерчен объект ф. к. образования, можно правильно разрешить вопросы организации, содержания, форм, а следовательно и конкретной методики проведения ф. к. образования, ибо все они являются моментами, вытекающими и обусловленными методологией ф. к. образования». В докладе была представлена довольно стройная концепция физкультурного поведения как исходная точка для четкого определения объекта физкультурного образования (материал доклада в ближайшее время будет помещен на страницах «Теории и практики ф. к.», а также издан специальной брошюрой в изд-ве «Физкультура и туризм»).

Совещание нашло необходимым представленный институтом материал всесторонне проработать в Научно-методиче-

¹⁾ Установив стройную единую систему ф. к. образования, совещание также очертило круг обязанностей для работников каждой квалификации.

ском комитете ВСФК с привлечением ряда организаций. Вместе с тем совещание нашло возможным в качестве рабочего материала рекомендовать для построения учебных планов и разделов работы (теория и практика) ф. к. учебных заведений следующие положения, в основном выдвинутые Институтом им. Лесгафта.

1) Физкультуробразование содержит в себе четыре структурных элемента, которые как составные части единого целого неразрывно связаны между собой. К таковым элементам относятся:

а) Изучение и организация среды. б) Изучение, организация и использование биогических механизмов. в) Изучение и организация реактивности трудовой личности и трудовых коллективов в процессе взаимодействия среды и организма. г) Изучение и организация выбора, подбора и совершенствования средств для обеспечения оптимальной реактивности организма.

В отношении физкультурной деятельности и организации физкультурного поведения:

2) Среда, являясь сложной и многогранной, раскрывается со следующих сторон: первой и основной, обуславливающей организацию всех элементов физкультурной деятельности, является социальная сторона; другими сторонами среды являются социально-гигиеническая, физико-химическая, санитарно-техническая и био-моторная. Последняя, выступая как элемент в организации физкультурной деятельности в качестве относительно самостоятельной среды, по отношению к самому человеку придает организации физкультурной деятельности специфичность в отличие от других видов деятельности. Эти пять сторон среды свою конкретность получают в условиях социально-политической жизни того или другого общества (например, в СССР их конкретность определяется условиями социалистического строительства). Эти пять сторон среды в изучении организации физкультурной деятельности являются объектом различных отраслей знаний. Изучение этих сторон среды в социально-политическом оформлении дает возможность всестороннего понимания и классовой организации всей физкультурной деятельности.

3) Цикл знаний, охватывающий изучение и организацию среды с указанных пяти сторон, является первым и основным циклом физкультурного образования и может быть назван социо-гигиеническим. В этот цикл входят: 1) социологические основы физкультуры с классовой политикой соввласти в области ф. к. и методологическим

обзором системы, 2) социально-гигиенические основы физкультуры с профгигиеной, школьной гигиеной и методикой и практикой санитарного просвещения, 3) обще-гигиенические основы ф. к., 4) физкультурное строительство и снаряжение, 5) гигиена физических упражнений с включением глав об естественных факторах оздоровления.

4) Второй цикл физкультурного образования раскрывает организацию и использование биологических механизмов, базируясь на научных основах структуры и функции отдельных биологических механизмов самого человека. Этот цикл знаний, в своем идейном единстве раскрывающих содержание и форму биологической структуры организма, может быть назван биологическим. В состав биологического цикла входят: 1) морфологические основы физкультуры—динамическая анатомия с теорией движений и отдельные разделы ортопедии, 2) физиологические основы физкультуры—физиология с методикой физиологического обследования, 3) эндокринология с избранными главами физиологической химии и патологии, 4) конституциональные типы и физкультура.

5) Третий цикл имеет целью раскрыть научно-практическую организацию оптимальной реактивности в процессе взаимодействия многообразных влияний среды и сложных структурных элементов самого организма. Этот цикл может быть назван педолого-педагогическим, ибо как педология, так и педагогика, хотя и с разных сторон, но все же по своей целенаправленности бьют в одну и ту же цель—такая организация физкультуры, которая обеспечивала бы максимальную реактивность личности и коллектива. В состав этого цикла входят: 1) педагогические основы физкультуры, 2) педологические основы физкультуры и 3) ортопедические основы физкультуры в социально-педагогическом направлении.

6) Последний цикл имеет своей целью раскрыть научную организацию, практическое использование и совершенствование тех прикладных технических средств, которые обязательно должны входить в организацию любой физкультурной деятельности. Этот цикл может быть назван методико-техническим и состоит из 1) методики физических упражнений с оценкой систем и 2) техники физических упражнений.

7) Перечисленные четыре цикла—социо-гигиенический, биологический, педолого-педагогический и методико-технический в своем единстве раскрывают все содержание центрального ядра физкультурного образования. Все эти четыре цикла внутренне связанные и составляют основной объект физ-

культурного образования, объединяясь в физкультурный сектор физкультурного образования.

8) Этот сектор физкультурного образования в советских учебных заведениях обязательно должен предваряться, пронизываться и закрепляться марксистско-мировоззренческим и военным секторами.

9) В состав марксистско-мировоззренческого сектора, имеющего целью способствовать выработке общего марксистского мировоззрения, должны входить дисциплины, раскрывающие закономерности как в природе, обществе, так и закономерности формирования социально-трудового поведения. Таким образом, марксистско-мировоззренческий сектор распадается на три цикла: 1) общественно-политический, диалектический материализм и ист. мат.—политическая экономия и ленинизм, 2) естественно-биологический—общая биология, химия и физика, 3) основы формирования социально-трудового поведения личности и коллектива—основы педагогики, педологии, антропологии, с методиками антропометрии, вариационной статистики и психо-техники.

Диалектический материализм является основным методом, пронизывающим все физкультурное образование. В общей подготовке физкультурного работника соответствующее место должно занять также изучение иностранных языков.

10) Таким образом, план физкультурного образования состоит из трех секторов: 1) физкультурного с его четырьмя циклами; 2) марксистско мировоззренческого с его тремя циклами и 3) военного. Все эти секторы органически связаны между собой внутренней идейной связью, причем физкультурный сектор является конкретизацией на практике основ и принципов двух остальных.

На основе указанных положений совещание предложило всем физкультурным учебным заведениям переработать учебные планы и основы программ. Совещание единодушно высказалось за передачу физкультурного образования в ведение ВСФК, а также обратило внимание ВСФК на необходимость принятия срочных мер к улучшению материальной базы физкультурных вузов и техникумов.

**ПО РАСПОРЯЖЕНИЮ КОМИТЕТА ПО ДЕЛАМ ПЕЧАТИ
ПРИ НАРКОМТОРГЕ ЖУРНАЛ „ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА Ф. К.“
ВРЕМЕННО ВЫХОДИТ ДВОЙНЫМИ НОМЕРАМИ В СОКРА-
ЩЕННОМ РАЗМЕРЕ.**

А. Ц. Пуни

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ОБЛИК ВЯТСКИХ ФИЗКУЛЬТУРНИКОВ¹⁾

Настоящая работа делает попытку приподнять уголок завесы над санитарно-гигиеническим бытом физкультурников, осветить его теневые стороны для того, чтобы конкретно знать, с чем нужно бороться за культурность физкультурников. Попутно нужно отметить, что этот важный участок остается до сих пор забытым в нашей физкультурной прессе, и только в № 2 «Теории и практики физкультуры» за 1929 г. появилась статья д-ра Шпеера о санитарно-гигиенических навыках участников всесоюзной спартакиады, данные которой и использованы нами для сравнения.

В течение лета 1928 г. и зимы 1929 г. при обследовании вятских кружков физкультуры и во время врачебной консультации по анонимной анкете были собраны сведения о гигиеническом режиме физкультурников. Всего поступило в обработку около 200 анкет, но окончательно приняты к обработке 164 (мужских 118 и женских 46), или $\frac{1}{5}$ физкультурного актива г. Вятки. Материал, правда, не так уже велик, но все же позволяет сделать кое-какие заключения. Весь материал разбит на 8 отделов: 1) общие сведения, 2) занятия физическими упражнениями, 3) санитарно-гигиенические навыки, 4) употребление наркотиков, 5) половая жизнь, 6) питание, 7) сон и 8) наблюдение за состоянием своего здоровья.

Таблица 1 дает общую характеристику состава физкультурников, заполнивших анкеты, из которой видно, что среди физкультурников мало взрослых, недостаточно рабочих-мужчин и почти полное отсутствие рабочих-женщин. Ненормально, что в производственных кружках высокий процент женщин-учащихся—30,4 %.

Продолжительность рабочего дня, включая служебную, производственную, общественную и др. виды трудовой деятельности, более или менее нормальна — в среднем 6—10 час., но все же нужно отметить, что 14,4 % мужчин и 6,5 % женщин работает свыше 10 часов.

Таблица 2 рисует картину занятий физическими упражнениями. Здесь речь идет не о спортивном стаже, а о стаже занятий физическими упражнениями вообще. Интересны цифры о любимом виде спорта. Процентные характеристики

¹⁾ Доложено на расширенном заседании учебно-технического комитета Вятского окрсФК 2 сентября 1929 г.

этого вопроса здесь не дадут в общей сложности цифры 100, так как многие занимаются несколькими видами спорта. На первом месте стоят игры, в сумме имеющие 76,1% занимающихся мужчин и 39% женщин. Но при некоторой дифференциации игр получается, что наиболее привлекательной и для мужчин и для женщин является легкая атлетика. Это хочется подчеркнуть в связи с установившимся взглядом на футболоманию наших физкультурников. Футбол у них занимает второе место и третье — гимнастика. У женщин после легкой атлетики идут гимнастика и плавание. Последнее также характерно, так как плавательный спорт для них наиболее конституционально пригоден. Неожиданными цифрами занимающихся лыжами — их всего 10,1% среди мужчин и еще меньше — 2,1% — среди женщин. Не судим ли мы о массовой тяге физкультурников к лыжам по количеству соревнующихся только? Остальные цифры говорят о слабом развитии в Вятке водного спорта, тяжелой атлетики и велоспорта. Плохо дело обстоит с ведением физкультурниками дневников. Ведущих мужчин всего 7,9% и еще меньше — 2,1% — женщин. Этого очень мало и свидетельствует, что только единицы подходят к занятиям физическими упражнениями вдумчиво и серьезно.

Таблица 3, центральная, характеризует основные санитарно-гигиенические навыки физкультурников.

Раздел первый — проветривание комнаты. Отрицательных ответов на этот вопрос не дал никто, но из мужчин есть 8,6% и из женщин 7,5% «неизвестных»; повидимому, их нужно отнести к непроветривающим. 33% мужчин и 21,7% женщин проветривает комнату нерегулярно. Ежедневно же дают доступ свежему воздуху в комнату немного больше половины. Участники спартакиады здесь намного превосходят вятских физкультурников; у них: «у мужчин лишь около 10% дали отрицательный ответ, у женщин — меньше».

Весьма небольшое количество физкультурников занимается утренней гимнастикой. Правда, положительный ответ дают 45,7% мужчин и 28,4% женщин, но вопрос о регулярности сводит эти цифры почти на-нет, так как ежедневно занимаются только 6,9% мужчин и 2,1% женщин. Попытка выявить системы утренней гимнастики результатов не дала. Немногие отвечали, что занимаются по Кальцусу, Анохину, Геркану, Ивановскому, Мюллеру, но большинство по «своей» системе. Сопоставляя эти ответы с процентами регулярности занятий, приходится сказать, что пользы от таких утренних занятий вряд ли можно много ожидать. Такие же данные по этому вопросу получил и д-р Шпеер у участников спартакиады. Лучше с обмыванием и обтиранием. Производят

его 63,5% мужчин и 60,8% женщин, но большинство только по утрам и к тому же не все тело. Участники спартакиады дают несколько меньшие проценты, но зато многие из них производят обмывание и утром и вечером.

Еще благополучнее с чисткой зубов, но все же среди мужчин есть 17% и среди женщин 8,7% не чистящих. Примерно такой же процент «не чистящих» и среди участников спартакиады, но все женщины-участницы чистят. Порядочное количество женщин чистит зубы два раза в день—34,1% и после еды—23,9%, у мужчин процент соответственно ниже—19,3% и 13,5%.

Не посещающих баню ни среди мужчин, ни среди женщин не оказалось. «Грязнулей», ходящим в баню раз в месяц, оказался только один мужчина. Основная масса—73,4% женщин и 58,6% мужчин—моется еженедельно. Участники спартакиады несколько менее чистоплотны. Правда, еженедельно баню посещают большее количество, но раз в месяц моются 8% мужчин и 0,7% женщин. Цифры о посещении бани можно было сопоставить еще с аналогичными данными для рабочих-подростков г. Вятки. Сопоставление это в пользу физкультурников. Из рабочих-подростков мужского пола моются раз в неделю только 48%, женского—72%, а раз в месяц 7 и 3%.

Меняющих белье реже раза в две недели нет ни одного человека, громадное большинство производит смену еженедельно, а некоторые даже чаще. Хорошо с мытьем рук перед едой—90% мужчин и 91,3% женщин эту процедуру выполняют.

Вывод: вопросы личной гигиены еще не полностью осознаны физкультурной массой. Очень слабо развита среди физкультурников утренняя гимнастика.

Таблица 4 дает представление об употреблении наркотиков. Алкоголь в довольно большом почете у физкультурников—50% из них пьют. Порядочное количество пьющих есть и среди физкультурниц—17,8%. «Много» и «часто» употребляют алкоголь: мужчины—7,7%, женщины—2,1%. Участники спартакиады дают почти такую же цифру.

При сравнении процента пьющих физкультурников с рабочими-подростками картина далеко не в пользу первых. Рабочих-подростков пьет 15%. Правда, из общего числа освидетельствованных подростков 29% моложе 16 лет, но даже если предположить, что все эти 29% малолетних пьют, то и тогда им далеко до уровня физкультурников. Девушек сре-

Общие сведения о

В ‰	В о з р а с т				Семейное положение		
	До 20 л.	21—25 л.	26—30 л.	Старше 30 л.	Холост (девица)	Женат (замужья)	Неизвестно
Вятские физкультурники . . .	47,8	38,8	8,4	5	80,6	18,6	0,8
Участники спартакиады . . .	22,5	51,5	16,4	9,8	70	30	—
Вятские физкультурницы . . .	82,6	13,2	2,1	2,1	86,9	10,8	2,3
Участницы спартакиады . . .	81,7	17,8	0,5	—	87,0	11,0	—

З а н я т и я ф и з и ч е

В ‰	Физкультурстаж				Л ю б и		
	До 1 г.	1—3 г.	4—6 л.	7 л. и выше	Гимнастика	Коньки	Лыжи
Вятские физкультурники . . .	15,4	33,8	20,3	30,2	26,2	5,9	10,1
Участники спартакиады . . .	4,4	17,5	41,5	33,6	—	—	—
Вятские физкультурницы . . .	21,9	34,7	41,3	2,1	30,4	6,5	2,1
Участницы спартакиады . . .	8,8	34	39	8,5	—	—	—

Таблица 1

физкультурниках

Профессия							Продолжительность рабочего дня			
Рабочие	Крестьяне	Служащие	Учащиеся	Дом. хоз.	Прочие	Неизвестно	До 5 ч.	6—10 ч.	10—12 ч.	Неизвестно
41,8	0,8	38,1	11,8	—	1,6	5,9	6	65,2	14,4	14,4
39,5	—	40,5	12,5	—	—	7,5	—	—	—	—
13,8	0	17,3	30,4	8,6	21,7	8,6	9,3	43,2	6,5	41
13	—	24,3	42	—	—	30,3	—	—	—	—

Таблица 2

О к и м и у п р а ж н е н и я м и

м ы й в и д с п о р т а										Ведут ежедневные занятия		
Легкая атлетика	Футбол	Баскетбол	Игры (кроме футбола и баскетбола)	Вело	Тяжелая атлетика	Плавание	Гребля	Неизвестно		Да	Нет	Неизвестно
44,9	40	13,5	22,6	1,6	1,6	9,3	4,2	11		7,9	86,4	5,7
—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
34,7	—	17,3	21,7	—	—	23,1	—	2,1		2,1	95,8	2,1
—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—

Санитарно - гигиени

В % %	Проветрив. комнат		Заним. утренн. гимнаст.			Произв. обмываи.		
	Ежедневно	Нерегулярно	Да	Ежедневно	Нерегулярно	Да	Утром	Вечером
Вятские физкультурники .	58,4	33	45,7	6,9	39,8	63,5	45,9	7,6
Участники спартакиады .	—	—	31	—	—	—	46,6	28,7
Вятские физкультурницы .	60,8	21,7	28,4	2,1	26,3	60,8	49,3	8,6
Участницы спартакиады .	—	—	14	—	—	—	50,7	39,2

Употреблении

В % %	А л к о							
							В о з	
	Да	Нет	Много	Мало	Часто	Редко	До 15 л.	15—20 л.
Вятские физкультурники .	50	50	7,7	43	7,7	43	12,5	26
Участники спартакиад .	54,4	42	—	—	—	—	—	—
Вятские физкультурницы .	17,8	78,2	2,1	15,7	7	10,8	—	15,7
Участницы спартакиады .	3,3	—	—	—	—	—	—	—

П и т а

В % %	Питается			Сколько	
	В семье	В столовой	Готовят сами	1	2
Физкультурники	83	11,2	3,3	1,6	10,1
Физкультурницы	73,9	8,8	10,8	—	7,2

С

В % %	Площадь спальни					В одной ком	
	Менее 9 м.	9—18 м.	19—27 м.	Больше 27 м.	Неизвестно	1 чел.	2 чел.
Физкультурники	21,3	22,8	12,7	11,9	31,3	29,9	20,6
Физкультурницы	20	23,9	4,3	10,8	41	13,2	21,9

Таблица 6

н н е

к о р а з в д е н ь						Получает горячую пищу					
3	4	5	6	Неизвестно		1 раз	2 раза	3 раза	Не имеет	В одно время	Неопределенно
40,6	23,7	2,5	0,8	20,7		35,6	46,6	12,7	1,2	50	50
36,9	23,9	2,1	6,5	13,4		28	61,3	8,6	2,1	60,8	39,2

Таблица 7

о н

нате спит		Огдельная кровать		С п и т			Продолжительность сна			
3 чел.	Больше 3 чел.	Е с т ь	Н е т	Голый	В трусах	В белье	Менее 7 час.	7—8 час.	9—10 час.	Больше 10 час.
17,2	22,2	78,3	21,7	4,2	35	60,8	37,2	49,2	12,8	0,8
19,7	19,7	81,5	18,5	—	—	100	22,4	59,1	18,5	—

ди рабочих-подростков пьющих нет совсем. Большинство начало пить между 15—20 годами.

Таблица № 5

Половая жизнь

В %	Нет	Да	С какого возр.				Регуляр.		Частота сном.			
			До 15 л.	16—20 л.	Ст. 20 л.	Неизв.	Да	Нет	Чаше 1 р. в неделю	1 раз в нед.	1 раз в 2 недели	
Физкультурники . .	46	54	1,6	38,1	11	3,3	19,2	34,8	8,4	2,5	3,3	
Физкультурницы . .	89,2	10,8	—	6,5	—	4,8	2,2	8,6	нет ответов			

Процент курящих мужчин и женщин ниже, нежели пьющих, причем он почти совершенно тождествен с данными о курении рабочих-подростков и участников спартакиады. Большинство курит 15—25 папирос в день, курить начали почти все до 20 лет, в более старшем возрасте — единицы.

Интересный штрих: по данным сезонного медосмотра физкультурников пьющих мужчин оказалось, 11%, курящих же 41,1%; женщин нет ни тех, ни других. Повидимому, сознаться открыто в употреблении алкоголя физкультурники считают зазорным.

Вывод: внешнее впечатление об употреблении алкоголя физкультурниками на анкетном материале подтвердилось. Характерно, что физкультурники меньше курят, чем пьют.

Процент женщин, живущих половой жизнью, полностью совпадает с процентом замужних. Начало половой жизни относится у громадного большинства к периоду между 16—20 годами и к более старшему возрасту. До 16 лет начали жить половой жизнью всего 1,6% мужчин. Наши цифры довольно близки с данными д-ра Пинкуса, полученными им в 1924 г. при анонимном анкетировании комсомольцев-физкультурников.

Совершенно обратная картина получается от сопоставления наших данных с данными половой анкеты д-ра Гельман. По его материалам процент начавших половую жизнь до 16-летнего возраста—23% мужчин и 3,7% женщин, а в период между 16—20 годами мужчин 70% и женщин 62%.

Любопытно, что проценты пьющих и живущих половой жизнью среди наших физкультурников мужчин очень близки.

Из раздела о регулярности и частоте половых сношений видно, что регулярные половые сношения имеют 19,8% мужчин и среди них 8,4% чаще раза в неделю—это уже безусловно злоупотребление. Женщин, имеющих регулярные сношения, только 2,2%. Стыдливость, видимо, не позволила им дать ответ о частоте.

Вывод: физкультура сублимирует половую энергию, но все же физкультурники нуждаются в разъяснении вопросов половой жизни.

Таблица 6 каких-либо особенно ярких ненормальностей не дает. Заслуживают внимания только данные о времени приема пищи. 50% мужчин и 39,2% женщин питаются не в одно и то же время. О вреде этого явления комментариев не требуется.

Вывод: с питанием физкультурников благополучно, за исключением постоянности времени приема пищи. Последнее же для физкультурников особенно важно.

Нормальные условия для сна физкультурникам очень важны. Однако данные анкетирования говорят о недостаточности площади спальных комнат. К сожалению, с этим вследствие квартирного кризиса в Вятке бороться почти невозможно, поэтому при анализе таблицы лучше будет остановиться на последних трех разделах ее.

Оказывается, 21,7% физкультурников и 98,5% физкультурниц не имеют отдельных кроватей, это — очень плохо, так как сон двух человек на одной постели не приносит настоящего отдыха ни тому, ни другому. 4,1% физкультурников спят голыми, 35% в трусах и 60,8% в белье, это уже совсем нефизкультурно. Женщины на 100% спят в белье—вернее, в рубашке. Значительное количество—37,2% мужчин и 22,4% женщин—не досыпают (спят менее 7 часов), но есть и спящие 9—10 часов — их, правда, меньше, чем недосыпающих.

Вывод: физкультурники, повидимому, имеют очень мало сведений о гигиене сна.

Таблица № 8

Прожидение врачебного осмотра

В %	Да	Нет	Частота в год				
			1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	Чаше
Физкультурники	94,1	5,9	16,6	39,5	12,4	13,2	12,4
Физкультурницы	93,5	6,5	11,6	53	11,6	11,6	5,7

Прежде всего устанавливается отрадный факт: совершенно не подвергавшихся медосмотру у мужчин только 5,9%, у женщин 6,5%. Поскольку обязательные медосмотры проводятся в Вятке дважды в год, дважды же подвергается осмотру и большинство анкетированных. Бывали на осмотре раз в год только 16,6% мужчин и 11,6% женщин. Зато чаще 2 раз проходят медосмотр: мужчин 38% и 28,9% женщин.

Таким образом, вопросы важности и необходимости врачебного осмотра, повидимому, осознаны большей частью регулярно занимающихся в кружках физкультурников.

Полученный в результате анализа таблиц санитарно-гигиенический облик вятских физкультурников позволяет сделать одно общее заключение: санитарно-гигиеническая грамотность физкультурников, несмотря на ряд положительных гигиенических черт, присущих им, недостаточно высока.

Логическим следствием из такого заключения является необходимость усиления санитарно-гигиенического просвещения в кружках физкультуры. Отдельные же детали анализа указывают конкретные пути и участки, на которые следует обратить особое внимание. На первый план выступают проблемы борьбы с алкоголизмом и курением, затем вопросы гигиены жилища, сна и питания. Особенного внимания заслуживает вопрос о занятиях физкультурников утренней гимнастикой в смысле регулярности и методичности их и в смысле изжития кустарщины в занятиях по «своим» системам. В связи с этим стоит вопрос о «водяных» процедурах после «зарядки» и самомассаже. Наконец более подробного освещения среди физкультурников требуют вопросы половой жизни.

В заключение хочется выразить надежду, что эта попытка изучения санитарно-гигиенического облика физкультурников породит новые, более подробно затрагивающие их жизнь и быт вопросы, потому что без детального изучения трудно сдвинуть с мертвой точки вопрос о ведении воспитательной работы среди физкультурников.

В разработке материала вместе со мной принимала участие Л. Д. Пуни, за что приношу ей сердечную благодарность.

**ЧИТАЙТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ЖУРНАЛ
„ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТ“**

Цена отдельного № 15 коп.

Д-р Г. И. Котов

ПРИМЕНЕНИЕ ДУША В УСЛОВИЯХ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ГИМНАСТИЧЕСКОГО УРОКА.

Время применения душа, т. е. промежуток после окончания физических упражнений, температура воды и длительность этой водяной процедуры обычно назначаются врачами, работающими в области физического воспитания, на основе грубого эмпиризма. Научного же, физиологического обоснования воздействия душа как термической и частично легкой механической процедуры (так называемых «спортивных душ») до сих пор в нашей литературе не имеется. Между тем это также важно, как и изучение влияния на организм спортсмена различных видов физических упражнений.

Обращаясь к материалам о водяных процедурах как терапевтическому средству, применяемому в соответствующих лечебных заведениях, мы не находим и там точного и ясного ответа на вопросы о физиологическом влиянии душа на организм.

Врачи-специалисты (Горбачев) говорят: «На чем зиждется физиологическое действие водной процедуры (душа)? Этот вопрос чрезвычайно сложный и далеко еще не вполне разрешенный, несмотря на то, что уже накопилось очень большое количество твердо установленных эмпирических фактов, а также обстоятельных клинических наблюдений и научно поставленных экспериментальных работ».

Наши души при спортивно-гимнастических залах, стадионах, площадках и пр., которыми спортсмены и физкультурники пользуются до и после физических упражнений, могут быть охарактеризованы как общие, нисходящие дождевые души, исключительно с пресной водой.

Кроме механического действия воды «спортивных душ», т. е. смывания грязи, составных частей пота, отжившего эпидермиса, благодаря чему улучшается физиологическая деятельность кожи, удар водяных струй производит и легкое массирующее действие.

Значение «спортивных душ» станет понятным, если мы при их назначении будем иметь в виду физкультурников, т. е. субъектив, большинство которых пользуется физическими упражнениями в качестве лечебного средства для оздоровления и укрепления своего организма.

В числе таких физкультурников мы нередко имеем чрезвычайно разнообразных больных (группы так называемой специальной гимнастики): нервной системы, легочно-дыхательного и сердечно-сосудного аппарата, хронических маляриков и др.

Назначение душа как добавочной процедуры после физических упражнений должно быть весьма осторожным.

Как трудно подобрать температуру и длительность этой водяной процедуры для данного субъекта, когда одна и та же водяная процедура при различном состоянии организма может различно действовать на этот организм. Кроме того, ряд как будто совершенно неважных сторон обстановки принятия душа, которые нами обычно необоснованно игнорируются: температура душевой комнаты, шум, шутки, пение и пр., всегда сопровождающие приемы душа, ослабляют действие применяемой процедуры.

Нам известно, какое большое значение имеет в гидротерапии последовательность расширения кожных капилляров путем растирания субъекта перед, во время и после применения холода, а ведь во время физических упражнений значительная часть капилляров кожи, находящаяся до этого в закрытом состоянии, расширяется (Krog). Следовательно, физическими упражнениями мы повышаем активность большой сети временно недеятельных капилляров и тем самым обеспечиваем более тесный контакт между клетками и кровью. Это момент существенной важности, и о нем всегда нужно помнить при назначении душа.

При воздействии холодной воды (или горячей) организм, состояние которого часто значительно (особенно у начинающих) нарушено физическими упражнениями, начинает быстро приспособляться к термическому действию воды, а это может пройти небесследно для организма физкультурника. Прохладные процедуры являются возбуждающим и тонизирующим средством для сердечной деятельности, если у сердца есть еще запасные силы.

Для оценки влияния душа в условиях подготовительного гимнастического урока мы назначали душ в такой последовательности: с температурой воды в 30, 26, 22 и 20 градусов по Реомюру в течение 1—3 мин., немедленно после физических упражнений.

Обследованию подверглось 7 мужчин: работников канцелярского труда 5, один учитель и один слесарь. Время проведения урока было обычно между 20 и 21 часами.

Данные клинического обследования представляются в следующем виде.

Нормальное носовое дыхание мы имели у всех, за исключением одного, у которого дыхание через нос затруднено. Нормальное состояние легких — у 4 обследованных, у остальных 3 мы имели остатки правостороннего сухого плеврита или явления слабо выраженного хронического бронхита, поддерживаемого обильным курением (свыше 25 папирос в день).

Со стороны сердца, нервной системы и прочих органов никаких особых отклонений от нормы отметить не удалось. Что касается физического обследования, то здесь картина чрезвычайно пестра:

Таблица № 1

Обследованные	Вес	Рост	Окружность грудной клетки			Спирометрия	Динамометрия правой руки	Становая динамометрия
			Вдох	Выдох	Пауза			
1	59,6	165,5	92,0	86,0	88,0	4 200	56	155
2	57,4	165,0	86,0	78,0	81,0	3 900	45	135
3	82,3	181,0	103,5	94,0	99,0	5 700	55	190
4	87,3	190,0	101,0	91,0	98,0	5 900	60	240
5	60,7	168,5	88,0	78,0	82,0	3 600	52	155
6	71,0	169,0	92,0	87,0	89,0	4 400	45	165
7	67,5	173,0	95,0	87,0	93,0	3 700	42	120

Приведенные нами данные говорят о пестром составе опытной группы гимнастов.

Из физических признаков: вес недостаточен у гимнастов под №№ 1, 2, 5 и 7, у 3 остальных он или в пределах нормы, или несколько выше нормального. Окружность грудной клетки недостаточна у гимнастов № № 2 и 5, емкость же легких мала у № № 5 и 7. Показатель становой динамометрии дает очень большие размахи, колеблясь в пределах от 120 до 240 кг. Показатель силы сжатия правой кисти недостаточен только у последнего из группы.

Техника обследования была такова: гимнасты подвергались обследованию до занятий, немедленно после гимнастического урока и дополнительно тотчас же после душа. При обследовании мы брали: температуру тела, число дыхательных движений, частоту пульса, кровяное давление, сфигмограмму, вес, спирометрию, ручную и становую динамометрию.

Действие душа мы будем оценивать по окончании этой процедуры, т.е. в результате того или иного по длительности воздействия воды на кожные покровы и по реакции на это раздражение со стороны внутренних органов и мускулатуры тела. Таким образом, реакция по периодам, т.е. когда реакция только что начинается и когда реакция находится, так сказать, в полном развитии, нами не учитывалась.

Душ с температурой воды в 30° гимнасты принимали 18 и 25 февраля и 7 марта; с температурой 26° —14 марта, 22° —21 марта и 20° —29 марта 1929 г., длительность этой процедуры была 1—3 мин.

Здесь мы считаем необходимым оговориться, что осушения тела гимнасты не производили, а являлись на обследование после душа еще влажными, стряхнув рукой капли воды с поверхности тела.

Температура тела под мышкой, предварительно осушенной полотенцем, после гимнастического урока поднималась в среднем весьма незначительно—до $+0,2^{\circ}$. Строгой последовательности колебания температуры тела после приема даже одного и того же душа нам не удалось отметить. Так, при 30° в одних случаях температура тела поднималась от $+0,9$ до $+1,1^{\circ}$, в других уменьшалась от $-0,5$ до $-1,0^{\circ}$.

При температуре душа в 26° мы получили также неравномерную картину колебаний температуры тела: от $+0,6$ до $-0,9^{\circ}$. Души с температурой в 22 и 20° давали снижение температуры тела от $-0,2^{\circ}$ до $-0,5^{\circ}$, в отдельных же случаях температура тела оставалась без изменений.

Уменьшение веса после душа, колебавшееся в пределах: при 30° —от 0,2 до 0,5 кг и при 26° —от 0,1 до 0,2 кг, связано со смыванием с кожи пота и зависит таким образом от чисто гигиенического воздействия водяной процедуры и частично от механического раздражения, повышающего функцию кожи. Механическое действие водяных струй нашего душа очень незначительно, поэтому в своих рассуждениях этот момент мы не будем принимать во внимание.

Число дыхательных движений при душе с температурой воды в 30° урежалось против числа дыханий после гимнастического урока, причем дыхательные движения, повидимому, углублялись, на что указывает увеличение емкости легких от $+200$ до $+500$ куб. см (после гимнастического урока число дыханий увеличивалось в 2— $2\frac{1}{2}$ раза). Здесь небезынтересно отметить состояние спирометрии у гимнастов после урока до приема душа. Емкость легких у них, как правило, уменьшалась, правда, незначительно—от 50 до 100 куб. см, что можно поставить в связь с утомлением

мускулатуры тела вообще и в частности мышц, участвующих в дыхании. По мере снижения температуры душа разница между емкостью легких после урока и после душа выявляется наиболее отчетливо, доходя в отдельных случаях до + 700 куб. см. Увеличение емкости легких связано, очевидно, с «дыхательным рефлексом», т. е. наступлением глубокого вдоха, остановки дыхания, а затем ряда последовательных учащенных и сильных дыхательных движений.

Глубокие дыхательные движения в начале принятия душа зависят от внезапного действия холода на разгоряченное тело спортсмена.

«При общем и более продолжительном действии холода отмечается учащенное и более глубокое дыхание, а при действии тепла — еще более учащенное, но и более поверхностное. Этот симптом постоянен и может служить мерилем общей чувствительности к холоду» (Горбачев).

Кстати сказать, обследованные нами гимнасты хорошо переносили холодную воду. Идиосинкразии к холоду у них не было.

Что касается действия душа различных температур на число пульсовых сокращений, то наиболее рельефно эта разница сказывается при душе в 30°. Здесь мы, за редким исключением, имеем уменьшение числа пульсовых сокращений против их числа после гимнастического урока (после урока их число увеличивалось в среднем на 60—80 ударов в 1 мин.) примерно на 25—30%: при воздействии на тело душа с температурой 26, 22 и 20° эта разница не так разительно выступает (10—15%).

Оценивая влияние душа различных температур, мы не должны забывать о двух важных моментах: во-первых, тренированности и во-вторых — отдыха под душем в течение 1—3 мин. Построение гимнастического урока в исследовательские дни по существу было одним и тем же, т. е. элементы упражнений и их расположение в уроке были одинаковы, варьировалась лишь нагрузка урока за счет усиления темпа, увеличения числа движений и т. д. Повышение нагрузки урока было постепенным, без видимого отягощения гимнаста. Следовательно, для точной оценки водяной процедуры необходимо ввести какую-то поправку на отдых под душем и тренировку.

Проверяя выборочно пульс у наших гимнастов в течение 1—3 мин., мы приходили к заключению, что снижение числа пульсовых сокращений после гимнастического урока было очень невелико и равнялось в среднем 5—10%. Таким образом, остающиеся 20—25% и 5—10% можно приписать исключительно действию водяной процедуры.

Уменьшение числа сокращений пульса после душа обычно не доходило до исходного (в 2 случаях вернулось к исходному), а всегда было несколько повышенным против пульса перед занятием.

Для характеристики влияния душа различных температур на сердечно-сосудистую систему приводим в таблицах состояние кровяного давления по дням наблюдения. Кровяное давление всякий раз проверялось в лежащем положении на кушетке.

Таблица № 2

Состояние кровяного давления при душе в 30° по R

Обследованные	1~/II			25/II			7/III		
	До урока	После урока	После душа	До урока	После урока	После душа	До урока	После урока	После душа
1	125	126	128	125	92	114	115	114	115
	76	70	70	54	64	72	58	70	64
2	145	120	130	122	130	121	135	122	128
	97	65	65	78	87	70	68	82	78
3	115	123	118	122	115	117	120	118	124
	80	78	78	68	78	68	69	79	75
4	130	128	130	130	137	132	—	—	—
	62	66	70	78	78	65	—	—	—
5	130	132	127	124	122	110	—	—	—
	80	78	78	62	56	56	—	—	—
6	118	118	118	122	125	122	—	—	—
	78	76	76	78	64	78	—	—	—
7	132	125	—	118	112	119	—	—	—
	78	80	—	82	82	78	—	—	—

Анализ приведенных данных колебаний кровяного давления (табл. 2) после применения душа в 30° говорит нам о положительном воздействии такой водяной процедуры на организм (исключение представляет № 5) по окончании урока. Положительный эффект действия воды сказывается в увеличении пульсового давления, главным образом за счет повышения максимального давления.

Состояние кровяного давления до начала занятий в дни обследования говорит о непостоянстве этого показателя у одного и того же лица, что лишний раз подтверждает точку зрения отдельных авторов о лабильности кровяного давления у здоровых людей (Кауфман).

Таблица 3

Состояние кровяного давления при душе в 26° по R.

Обследованные	14/III		
	До уро а	После урока	После душа
1	$\frac{114}{48}$	$\frac{116}{54}$	$\frac{114}{56}$
3	$\frac{128}{72}$	$\frac{126}{78}$	$\frac{120}{80}$
4	$\frac{136}{74}$	$\frac{132}{70}$	$\frac{135}{72}$
5	$\frac{114}{66}$	$\frac{114}{60}$	$\frac{108}{55}$
6	$\frac{114}{75}$	$\frac{112}{72}$	$\frac{115}{73}$

Таблица 4

Состояние кровяного давления при душе в 22° по R.

Обследованные	21/III		
	До урока	После урока	После душа
1	$\frac{125}{62}$	$\frac{112}{68}$	$\frac{110}{65}$
2	$\frac{125}{74}$	$\frac{127}{76}$	$\frac{118}{65}$
3	$\frac{121}{62}$	$\frac{116}{70}$	$\frac{110}{74}$
4	$\frac{130}{48}$	$\frac{134}{50}$	$\frac{134}{55}$
5	$\frac{110}{58}$	$\frac{124}{62}$	$\frac{124}{58}$
6	$\frac{104}{64}$	$\frac{112}{72}$	$\frac{113}{78}$

Таблица № 5

Состояние кровяного давления при душе в 20° по R

Обследованные	29/III		
	До урока	После урока	После душа
1	$\frac{112}{70}$	$\frac{116}{65}$	$\frac{110}{62}$
2	$\frac{135}{85}$	$\frac{130}{80}$	$\frac{135}{85}$
3	$\frac{118}{73}$	$\frac{120}{75}$	$\frac{120}{78}$
6	$\frac{113}{78}$	$\frac{120}{80}$	$\frac{122}{84}$

В анализ состояния кровяного давления у объектов нашего эксперимента после выполнения ими гимнастического урока мы здесь входить не будем.

Заметных отклонений кровяного давления в ту или другую сторону у гимнастов после приема душа в 26° нет. При температуре душа в 22° в ряде случаев мы имели положительный результат.

Что же касается душа с температурой воды в 20°, то в данном случае мы могли бы говорить об отрицательном его влиянии, хотя оно не ясно выражено. Причина в данном случае, очевидно, кроется в слишком большом снижении температуры воды в течение сравнительно короткого промежутка времени (нет привыкания к воде).

Цифры динамометрии правой руки показывают увеличение силы (на 10—12 кг) при температуре душа в 30°. При температуре в 26° это повышение было или небольшим, или показатель не менялся совершенно, а при температуре в 22 и 20° динамометрия кисти падает (правда, незначительно, до 5—8 кг).

Показатель становой динамометрии чрезвычайно равномерно оттеняет благоприятное действие душа в 30°. Становая сила при нем увеличивается в среднем на 35 кг (от 5 до 55 кг); при температуре 26° это увеличение менее показательно (от 0 до 20 кг), в среднем на 10—12 кг, и далее при температуре в 22° становая сила увеличивается лишь на 5—10 кг, а при 20° дает уменьшение до 15 кг.

Опрос гимнастов о субъективных ощущениях после душа подтверждает благоприятное воздействие температуры воды в 30 и 26°. Неприятное ощущение холодной воды в начале душа быстро сменялось приятным чувством согревания, бодрости и свежести. Самочувствие в их обычной жизни также значительно улучшалось, аппетит усиливался, тревожный сон сменялся крепким, здоровым.

Мы не считаем себя вправе говорить о таком благоприятном воздействии на организм исключительно водяных процедур, однако доля участия в нем душа достаточно велика, и отрицать его значение мы не можем.

Выводы

1. Температура тела под мышкой колебалась в сторону увеличения и уменьшения после душа при температуре в 30 и 26°, при душе в 22 и 20° температура тела понижается в среднем на $-0,2^{\circ}$ или остается без изменений.

2. Вес при применении душа уменьшается от $-0,1$ до $-0,5$ кг.

3. Число дыханий после душа урежалось. Емкость легких по мере снижения температуры душа увеличивалась в среднем от $+200$ до $+500$ куб. см, доходя при температуре душа в 20° до $+700$ куб. см.

4. При температуре душа в 30° число пульсовых сокращений уменьшалось примерно на 20—25%, при температуре в 26, 22 и 20° — на 5—10%.

5. Состояние кровяного давления улучшалось при температуре душа в 30°. При температуре в 26 и 22° оно меняется в ряде случаев в положительную сторону. Температура воды в 20° в наших случаях неблагоприятно отзывалась на кровяном давлении.

6. Динамометрия кисти увеличивается при душе в 30 и 26°, при душе в 22 и 20° она падает.

7. Становая сила дает максимальное увеличение при температуре в 30°, при душе в 26 и 22° она увеличивается также, а при душе в 20° падает на 15 кг.

**РУКОВОДЯЩИЕ И ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ЧИТАЙТЕ
В ЖУРНАЛЕ**

„ФИЗКУЛЬТАКТИВИСТ“

Цена отдельного № 15 коп.

*Д-ра А. Пархомова, Я. Бернштейн, И. Бернштейн
Из Факультетской терапев. клиники СКГ ун-та.
Директор Э. М. Кастанаян*

ИЗОГРУППЫ И ВЫНОСЛИВОСТЬ К НАПРЯЖЕНИЯМ У СПОРТСМЕНОВ

Вопросу о кровяных группах в медицинской литературе в последнее время уделяется весьма значительное внимание. Имеется ряд наблюдений над большим количеством здоровых и больных людей, устанавливающих зависимость между серологической конституцией и предрасположением к той или иной болезни. Кроме того, возникает интересный с биологической точки зрения вопрос, имеется ли связь между изогруппой как конституциональным фактором и теми или другими физиологическими сдвигами, происходящими в здоровом организме под влиянием физических напряжений.

С этой стороны нам представлялось интересным исследование спортсменов с целью установить:

- 1) существует ли зависимость между спортивной специальностью и той или иной группой крови;
- 2) являются ли выдающиеся представители отдельных видов спорта носителями какой-либо определенной изогруппы.

Для этого мы использовали в первую очередь всесоюзные динамовские соревнования по тяжелой атлетике в Ростове на Дону (апрель 1929 г.), собравшие со всего Союза наиболее выдающихся представителей тяжелой атлетики (борьба, бокс и гири).

Мы не будем останавливаться на учении о кровяных группах, так как этот вопрос достаточно уже освещен в литературе. Упомянем лишь, что мы пользовались классификацией Янского, которую можно считать теперь общепринятой.

Литературные сведения о кровяных группах у спортсменов не особенно велики. Дыхно (Смоленск) считает, что IV группа обладает большей физической крепостью, а I группа — большей выносливостью и меньшей утомляемостью. Но выводы автор делает осторожно и свои наблюдения считает еще предварительными. Бресткин и Щуко (Ленинград) обследовали 102 курсантов ФИЗО при состязаниях в беге на 1.520 м. По их данным I группа дала лучшие практические достижения, 2 и 3 — средние и 4 — худшие. В 1924 г. эти же авторы обследовали 84 участников пробега Слуцк—Ленинград (31 км). Первое место заняли 1 и 2 группы; 4 группа — 34, 46 и 55 места.

Авторы считают, что при профессиональном отборе спортсменов реакция изогемоагглютинации должна иметь свое место.

Другие авторы этой связи не находили. Так, Брюллов (Ленинград), исследуя 300 чел. при заводе «Красный Треугольник», не нашел зависимости между группами и физической выносливостью, а также не смог сделать определенных выводов о связи групп с профессиональной пригодностью.

Розенфельд (Москва) подошел к вопросу с точки зрения соотношения между показателями физического развития (индекс Пинье и Бругша) и группами крови. Никакой корреляции в этом смысле он не нашел.

Щеголев отмечает значительно больший процент групп А и В среди хороших гимнастов, т. е. лиц, обладающих силой и ловкостью, и больший процент группы О среди лиц, обладающих физической выносливостью.

Д-р Чиркин (Москва), исследуя комсостав и лучших участников по всем видам спортивного мастерства РККА, тоже положительных выводов сделать не мог.

Наш материал охватывает 88 участников всесоюзных соревнований спортивного о-ва Динамо. При распределении участников по группам мы получили следующее соотношение:

Таблица № 1

	Г р у п п ы			
	I	II	III	IV
Число участников	28	33	20	7
В % %	31,82	37,5	22,73	7,95

Как видно, распределение в наших случаях не имеет особых отклонений от таблиц, приводимых другими авторами для нашего союза.

Таблица № 2

А в т о р ы	Число лиц	Г р у п п ы			
		I	II	III	IV
Шамов и Еланский (Ленинград) . . .	212	35,4	38,2	20,3	6,1
Ляховецкий (Москва)	300	32,8	39,6	19,6	8,0
Авдеева и Грицевич (Москва)	2 200	32	38,5	23,0	6,5
Рубашкин и Демян (Харьков)	808	28,4	40,2	23,9	7,4
Фельдман и Эльманович (Харьков) . .	397	28,0	34,8	19,9	17,3
Баринштейн (Одесса)	295	36,3	28,6	20,7	4,4
Груздев (Ленинград)	510	32,0	34,0	26,0	8,0
Пархомова, Баринштейн и Зайденберг (Ростов на Дону)	410	33,17	43,17	19,03	4,63

Участники спортивных состязаний принимали участие в поднятии тяжестей (гири), в борьбе и боксе. Число участников в каждом отдельном виде спорта почти одинаково (32, 26, 30). Согласно поставленной нами цели — выяснить зависимость между групповой принадлежностью данного лица и его выносливостью при соревнованиях — мы распределили участников по группам и по местам, которые они заняли при состязании.

Таблица № 3

Г р у п п ы	Число лиц	Число первых мест	% %
I.	28	16	57,1
II.	33	19	57,57
III.	20	14	65
IV.	7	1	14,3

Как видно из приведенных данных, группы I, II и III дали в процентном отношении почти одинаковые результаты. Наиболее слабой является группа IV, давшая всего 14,3% победителей, т. е. занявшая всего 14,3% классных мест¹⁾. В виду небольшого числа участников выделить отдельно каждый вид спорта мы считаем в настоящее время нецелесообразным.

Кроме отмеченного положения — проявляют ли данные лица как носители различных серологических признаков различную физическую выносливость, мы поставили себе также задачу выяснить вопрос, изменяется ли у участников состязаний титр сывороток в зависимости от утомления.

Так как в силу чисто технических затруднений мы не могли получить кровь в достаточном количестве, то у значительного числа участников нам не удалось широко поставить намеченные опыты. Поделемся небольшими данными, полученными в этом направлении.

У 10 человек была взята кровь до состязания и непосредственно после состязания. Так как лица, подвергавшиеся опыту, отказались, по весьма понятным причинам, дважды дать кровь из вены, то пришлось брать кровь из мякоти пальца. По этой причине количество полученной нами сыворотки было не настолько велико, чтобы мы могли произвести реакцию агглютинации в целом ряде разведений, и поэтому пришлось прибегнуть лишь к наблюдению скорости наступления реакции.

Реакция производилась с обеими сыворотками данного лица точно, одновременно; эритроциты для первой и второй

¹⁾ Классные места—1, 2 и 3.

реакции брались от одного и того же штандарта. Появление реакции, т. е. появление просветления лишь у периферии капли с сохранившимися подвижными эритроцитами в центре, мы обозначали знаком I (здесь в журнале знаком —. Ред.) полную агглютинацию, т. е. полное просветление сыворотки с резко обозначившимися кучками эритроцитов, знаком +.

Полученные данные следующие:

	До соревно- ваний	После сорев- нований
Ел-ев —	0:50	1:20
+	1:20	2:20
Тн-ев —	0:15	1:00
+	1:00	2:10
Ди-ин —	0:25	0:25
+	1:00	1:20
Ив-ов —	1:30	1:30
+	2:00	3:00
Пр-ов —	0:50	0:50
+	1:25	1:25
Кин-ев —	0:30	0:30
+	1:00	1:20
Де-у (I гр.) с эритр. II гр. —	0:30	1:50
+	1:00	2:20
с эритр. III гр. —	0:30	1:30
+	0:50	2:00
Га-ов —	0:30	0:50
+	2:00	2:00
Ус-нов —	1:00	1:45
+	2:30	4:00
Ка-ич —	} раньше	} позже (в ми- нутах не отм.)
+		

Даже при небольшом числе опытов можно отметить более быстрое наступление начала агглютинации и более быстрое и полное просветление сыворотки у одних и тех же лиц до соревнований, чем после них. В тех случаях, где реакция начиналась одновременно (Ди-ин, Ив-ов, Кин-ев), полная агглютинация после соревнования у них задерживалась с разницей во времени до одной минуты.

Интересен случай лица, принадлежащего к I группе. У него сыворотка дала замедление агглютинации после соревнования как с эритроцитами А, так и с эритроцитами В, причем реакция с эритроцитами В, как начальная, так и полная, наступила позже, чем с эритроцитами А и до и после соревнования. В одном случае (Пр-ов) мы получили полное совпадение как начальной, так и полной агглютинации и до и после соревнования.

Таким образом почти во всех случаях (в 9 и 10) сыворотка спортсменов до соревнований дала ускорение агглюти-

нации. Делать широкие выводы на таком небольшом материале, конечно, не приходится. Но дальнейшие наблюдения на более обширном материале должны показать, в чем причина указанного явления и есть ли это явление закономерное.

Выводы: 1. Участники всесоюзных тяжелоатлетических соревнований Динамо при распределении по изоагглютинационным группам в сравнении с данными авторов для здорового населения нашего Союза особых уклонов в соотношении не дали.

2. Среди участников соревнований по борьбе и боксу наиболее многочисленной является II группа, по гирям—I. Наименьшее участие по всем видам спорта дает IV группа.

3. В вопросе о спортивных достижениях в соревнованиях по тяжелой атлетике наибольшее число победителей дает группа III (65%). I и II группы равны 57,1% и 57,57%. Наименьшую ценность в отношении спортдостижений представляет группа IV (14,3%).

4. Сыворотка участников соревнований, независимо от принадлежности к группе, дала ускорение агглютинации эритроцитов до соревнования в сравнении с сывороткой тех же лиц после соревнований.

Д-р В. А. Лукашев и преп. ф. к. В. Л. Муромцева

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ УРОКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ШКОЛЬНИКОВ (БРЯНСК)

Занимаясь вопросами изучения нервной системы и физкультуры, мы считаем необходимым поделиться своими наблюдениями о влиянии нормального урока физической культуры по сокращенной схеме на нервную систему школьников, ибо любовь к физической культуре прививается со школьной скамьи. В этом отношении нам необходимо позаимствоваться у американцев, где широкий охват и серьезная постановка физической культуры в детском и школьном возрасте, несомненно, оказали огромную помощь в деле оздоровления учащихся. Преподавательницей по физической культуре школы-семилетки им. Октябрьской Революции, где мы и провели свои наблюдения, был предложен урок, составленный по следующей схеме для мальчиков и девочек отдельно.

Схема урока для мальчиков. 1) Порядковые—5 мин. (построение в одну, две шеренги, ходьба, обход, противообход, диагональ). 2) Подготовительные—10 мин. (выгиба-

ние с отведением ноги назад на носок, уклон с вращением руки в стороны, предклон, присед, движения рук и ног, сгибание и выбрасывание рук, упор лежа с подниманием ног), дыхательные упражнения (поднимание на носки с вытягиванием рук вверх—вдох, опускание рук через стороны—выдох). 3) Ходьба, бег—2 мин. 4) Равновесие групповое на рейке—5 мин. 5) Корректирующие—8 минут: шведская стенка (вис, напряженное выгибание с подниманием и опусканием ног, отведение ног вправо и влево). 6) Прыжки—10 мин. в высоту с разбега с 80 см до 1 м, попеременно правой и левой ногой. 7) Заключительные—2 мин. ходьба на носках с дыхательными движениями.

Схема урока для девочек. 1) Порядковые—5 мин. построение в шеренгу, ходьба вперед и назад на носках, руки на бедрах, фигурная маршировка (дробление, сведение шеренг, противоход). 2) Подготовительные—10 мин. поднимание правой руки вверх с поворотом головы в сторону и отведением левой ноги и руки назад, то же с переменной конечностей: поднятие на носки, с соединением ладоней над головой, сгибание ног с подниманием рук и вращением туловища, руки на бедрах, присед в четыре счета. 3) Метание мяча—10 мин.: переброска мяча через голову, гонка мячей в игре. 4) Корректирующие—5 мин.: шведская стенка—вис, скрещивание, разведение, сгибание, разгибание ног. Стоя у стенки при поддержке рук—выгибание. 5) Прыжки—5 мин.: с разбегом в высоту с 70 см до 85 см. 6) Заключительные—3 мин.: ходьба на носках, дыхательные движения.

Упомянутые движения повторялись от 3 до 5 раз с соблюдением ритма. Свои наблюдения мы произвели над учащимися 6 и 7 групп школы в течение трех учебных лет. В виду невозможности многочисленного описания всех испытуемых мы для наглядности иллюстрируем 10 описаний 5 мальчиков и 5 девочек¹⁾.

Все занимающиеся осматривались как со стороны нервной системы, так и внутренних органов до урока, по окончании его и в продолжение учебного года. Свои наблюдения мы сводим в форме таблицы, в которой после каждого номера по порядку стоят инициалы учащегося с клиническими наблюдениями, причем верхняя сторона указывает на данные до занятий, а нижняя—после. Плюс обозначает норму состояния рефлексов.

¹⁾ По технич. условиям приводятся лишь данные мальчиков. Девочки, в общем дают аналогичные результаты. *Ред.*

Внимание устанавливалось путем подчеркивания известных букв в печатном тексте в установленный срок, число ошибок и пропусков указывало на состояние внимания. Память определялась по качеству воспроизведения ряда цифр и слов, которые за 2 и 3 мин. перед тем прочитывались испытуемому.

Режим учащихся оставался без изменений во все время наших наблюдений.

Суммируя наши наблюдения о влиянии упомянутого урока на учащихся, нам приходится отметить: 1) рефлексy кожные, слизистые, сухожильные приходят в норму, 2) зрачковая реакция также, 3) Ромберг исчезает, 4) тремор рук и век также исчезает, 5) тактильная и болевая чувствительность приходит в норму, 6) пиломоторный и красный дермографизм исчезает, 7) внимание и запоминание улучшаются, 8) быстрая нервная возбудимость пропадает, 9) улучшение аппетита, сна, самочувствия, 10) повышение работоспособности, успеваемости, 11) развитие грудной клетки, улучшение дыхания и пульса. (См. таблицу). Заканчивая описание своих наблюдений, мы должны заметить, что полного объема клинических исследований мы не могли произвести в виду технических недочетов в окружающих нас условиях, что и побуждает нас сделать призыв к товарищам клиницистам пополнить пробелы в области школьной неврофизкультуры, тем более, что и литературы в данной области почти нет.

Литература. 1) Wohlfeil. Физические упражнения и нервная система. Münch. med. Woch. 1927 г. 39. 2) Hinsche Zeitschr. Schulgesundheitspflege u. Social. Hygien, № 10, 41. 3) Ненюков. Органы движения и нервная система. Физкультура в научно-практическом освещении. № 3 (7), 1928. 4) Хорошко. Сборник физкультуры и клиника. 1927. 5) Лукашев. Футбол и нервная система. К. мед., № 8, 1928. 6) Саркизов-Серазини. Роль кинетической энергии в лечении нервных болезней. „Теория и практика физкультуры“ № 4, 1929. 7) Гориневский. Научные основы тренировки. 8) Ивановский. Научно-врачебный контроль, 1927.

КАЖДЫЙ ШКОЛЬНЫЙ РАБОТНИК ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДПИСЧИКОМ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ЖУРНАЛА
„ФИЗКУЛЬТУРА В ШКОЛЕ“
Цена отд. № 50 коп.

*Д-р Людвиг Рейнгертер***КОРРЕГИРУЮЩИЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ТУЛОВИЩА**

(Перевод с немецкого из журнала „Die Leibesübungen“ № 4 за 1929 г. Е. Н. Степановой под ред. Л. В. Геркан).

Когда мы не спим, наши мышцы должны поддерживать позвоночник как при ходьбе и стоянии, так и при сидении (независимо от того, опираемся мы или нет) и даже отчасти при лежании, чтобы сохранить в равновесии наше тело в горизонтальном положении, наши глаза и вместе с тем и нашу голову. Кроме того в продолжение всей нашей жизни, даже во время сна, огромное влияние на развитие форм нашего туловища оказывает дыхание, сопровождающееся более или менее сильным движением ребер. Кроме этого постоянного «упражнения» нашей мускулатуры необходимы иногда особые дыхательные и физические упражнения. Это бывает необходимо, например, тогда, когда вследствие утолщения подреберной плевы, после воспаления легких, нарушается правильность дыхания, или когда спинные мышцы бывают ослаблены вследствие одностороннего, неправильного положения тела, вызванного условиями работы; затем, когда вообще мало обращается внимания на сохранение правильного прямого положения корпуса—особенность, отличающая нас от четвероногих животных.

Многие сознают необходимость правильно держать корпус и используют различные средства, ведущие к этой цели, делая соответствующие упражнения и участвуя в той или иной спортивной организации.

Весьма важно во-время заметить повреждения, наблюдаемые у людей, ведущих сидячий образ жизни (Ranke и Lilberhorn). Эти повреждения слабо поддаются лечению общей гимнастикой и спортом. Поэтому лица, страдающие этим, должны быть выделены и делать упражнения под наблюдением врача, точно так же, как мы боремся и с искривлением позвоночника у школьников, применяя специальную ортопедическую гимнастику.

На прилагаемых рисунках (1—8) рассматривается положение спины при работе учеников: портного (рис. 1—2, столяра (рис. 3, 4 и 5) и парикмахера (рис. 6, 7 и 8); на рисунках видно согнутое положение спины, которое почти во всех случаях связано со скручиванием позвоночника или искривлением позвоночника в ту или другую сторону. Если принять во внимание продолжительность нахождения в подобном положении, например портновского подмастерья, то становится

понятным, насколько такое положение при работе препятствует правильному развитию позвоночника и насколько необходимо применение соответствующих упражнений, противодействующих вредным влияниям профессиональной работы. (Fürst, gesundheitskal. 1925, S. 28. Verlag der gesundheitswacht. München).



Рис. 1.

Портной. Положение позвоночника обозначено пунктирной линией. Гипертрофия правого плечевого мускула. Сжатие органов грудной клетки.



Рис. 2.



Рис. 3.

Столяр. Исходное положение за работой. Сжатие левой части грудной клетки. Изгиб позвоночника.

Для исправления сутулости можно указать на ряду с упражнениями в плавании целый ряд симметрических гимна-



Рис. 4.

Последнее положение—частичное выравнивание.



Рис. 5.

Положение столяра при работе сверлом—горбатость.

стических упражнений, которые выпрямляют спину, например: наклон туловища из положения стоя или лучше на коленях. Особенно хорошие результаты дают выгибания по Экстернаху (Handb des Orth. schulturnens, Berlin, 1911, Verlag Weidmann), упражнения из выходных положений лежа на спине, животе.

Здесь мы ограничимся рассмотрением одной специальной области—вращений позвоночника, которые важны потому, что почти всякое сильное нагибание позвоночника в сторону связано с вращением, а также потому, что эти изгибы позвоночника могут достигнуть высоких степеней как вследствие продолжительного сидения, так и при типичных профессиональных положениях тела (сравните рис. 3 и 4—строгание и рис. 8). Искривление позвоночника в сторону (сколиоз) всегда связано с повертыванием позвоночника в местах соединения позвонков, поэтому для предупреждения сколиоза необходимо также укреплять вращательные мускулы корпуса. К этим мускулам главным образом относятся также косые боковые мышцы живота, а также идущие в косом направлении мышцы плечевого пояса, прикрепленные к грудной клетке или к позвоночнику.

Примеры упражнений

1 упражнение: поворачивание корпуса из положения стоя (таз укреплен неподвижно) с применением или без применения силы размаха рук;

2 упражнение: вращение корпуса сидя верхом (пассивно зафиксированный таз);

3 упражнение: повороты туловища из «предклона» (рис. 9);

4 упражнение: лежа на спине, ноги подняты до прямого угла. Наклонение обеих ног с вытянутыми коленами вправо и влево (и немного вперед). Помощник придерживает лежащего за плечи (рис. 10). По Ловетту и Шульте (Lovett und



Рис. 6—8. Парикмахер. Рис. 6—7. — Круглая спина при работе парикмахера и сжатие органов грудной клетки. Выравнивание путем опоры колен.
Рис. 8. — Боковое искривление позвоночника.



Рис. 9. Вращение туловища при согнутом его положении.



Рис. 10. Поднимание ног из положения лежа на спине.



Рис. 11. Наклон туловища вперед и вкось.



Рис. 12. Наклон туловища назад и вкось.

Schulthe... ¹⁾ при нагибании корпуса вперед и в сторону у молодых людей выступают ребра (горб) на вогнутой стороне туловища, что вызвано поворотом позвоночника (рис. 11). И наоборот, при нагибании корпуса назад и в сторону наблюдается реберный горб на выпуклой стороне туловища (рис. 12). Это нужно хорошо знать, проводя упражнения в нагибании корпуса косо вперед и косо назад, так как здесь также возможны злоупотребления.

5 упражнение: нагибание корпуса стоя или на коленях а) косо вперед влево, потом назад влево; б) косо вперед вправо, потом назад вправо.

6 упражнение: применение упражнений 5а и 5б одно за другим, иначе говоря—вращение корпуса, акцентируя наклонное положение в косом направлении.

Г. А. Дюперрон

О СТАРОМ И НОВОМ МЕТОДАХ ПРОВЕДЕНИЯ УРОКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ

Едва ли для кого представляется сомнительным, что большинство наших преподавателей дает плохие уроки физических упражнений, в частности—педагогической гимнастики. У нас создаются и отмирают системы и схемы, но те уроки, которые приходится наблюдать, не могут дать никакого удовлетворения ни тому, кто занимается, ни тому, кто искренне хотел бы, чтобы уроки, даваемые в школе, в вузе, в кружке физкультуры, были целесообразны и приносили пользу.

Плохое качество уроков происходит меньше всего от того, что у нас плохие схемы и плохие системы. Главный недостаток заключается в том, что мы подходим к обновленной целеустановке с устаревшим методом. Этот метод—шведский, единственный метод, который у нас пользуется вниманием на основании его научности. Этот метод настолько впитался в нашу физкультуру, что изжить его чрезвычайно трудно; большинство преподавателей настолько загнипотизировано им, что им и в голову не приходит задумываться над ним и над его целесообразностью в наших условиях.

Попробуем свести шведский метод к его основным чертам и затем посмотрим, насколько он соответствует современным нашим требованиям.

¹⁾ Handbuch d. Orth. Chir. Bd. I. S. 544, 1905. g. Fischer.

Главные черты шведского метода заключаются в отрицании каких бы то ни было навыков среди задач урока и в стремлении свести все упражнения к единой задаче—повлиять на органы дыхания и кровообращения через движения мышц.

Из этих задач и вытекают последовательно все особенности шведского урока.

А. Все без исключения упражнения нормального урока рассматриваются как мышечные движения, влияющие на повышение деятельности органов дыхания и кровообращения; не составляют исключения прыжки и бег, которым придается поэтому такая же условная, абстрактная форма, как и выпадам, сгибаниям туловища или же упражнениям в равновесии.

Б. Раз главная задача—усиление деятельности внутренних органов—достигается через мышечные движения,—совершенно ясно, что дать повышенную нагрузку на внутренние органы можно только одним путем—увеличив «силу» упражнения, т. е. дав большую напряженность мышечной работе; другими словами, нагрузка на внутренние органы и нагрузка на мышцы обозначают одно и то же; поэтому сложный прыжок, заставляющий мышцы ног выше подбросить вес тела занимающегося, будет более напряженным, нежели подпрыгивание или бег.

В. Получаемая таким образом возможность довольно определенно оценить степень влияния каждого упражнения на внутренние органы позволяет и заставляет укладывать урок в жесткую кривую, зубцы которой почти не подвергаются изменению в росте, так как на результат влияет не интенсивность каждого упражнения, а заранее зафиксированная точная его форма.

Г. Из этого вытекает необходимость сохранения за каждым упражнением строгой его формы, и вместе с тем делается вполне понятной и возможность усиления действия каждого упражнения путем опять-таки определенных и тоже условных исходных положений, делающих работу данной мышечной группы более затруднительной.

Д. Так как все упражнения устремлены к одной цели, то по существу совершенно не важно, сколько упражнений будет дано в урок и сколько раз будет повторяться каждое упражнение; лишь бы было соблюдено чередование отдельных мышечных групп, потому что иначе получилось бы неправильное внешнее развитие тела; преподавателю даже выгодно давать много разнообразных упражнений, потому что иначе урок будет слишком скучным.

Все это чрезвычайно логично и разумно, покуда вопрос идет о шведской гимнастике с ее узкой задачей усиления деятельности внутренних органов при отсутствии навыков.

Нужно ли говорить, что в наших условиях такие узкие задачи неприемлемы?

Оздоровление—прекрасная задача, но можно ли себе мыслить, опять-таки в наших условиях, урок физических упражнений без стремления укрепить и привить занимающимся навыки?

А если признать бесспорным, что навыки должны играть во всяком случае не второстепенную роль, посмотрим, отвечают ли нашим новым требованиям те особенности шведского урока, которым до сих пор подчиняются наши преподаватели.

Разберем эти особенности с новой, современной точки зрения в том же порядке, как мы это сделали для шведской точки зрения.

А. Мы уже не имеем права рассматривать все упражнения, как только мышечные движения, влияющие на повышение деятельности органов дыхания и кровообращения: такой путь развития был бы слишком неэкономным; преподаватель-швед тратит целый час на то, чтобы добиться этого результата; мы должны уделить очень большую часть урока на приобретение и закрепление навыков; поэтому мы должны добиваться повышения деятельности внутренних органов другими, более экономными, более интенсивными способами; такой способ—упражнения, проводимые в быстром темпе крупными группами мышц, т. е. преимущественно бег, подпрыгивание и прыжки в быстром темпе (частично такое же влияние окажут силовые упражнения); нам совершенно незначителен будет придавать таким упражнениям, преследующим цель повышения деятельности внутренних органов, какие-то условные, абстрактные формы, и даже не всегда будет полезно придавать им прикладные формы, так как в данном случае наша задача будет совершенно узко-определенной—повысить деятельность внутренних органов.

Б. При определении «нагрузки» главное значение для нас будет иметь не «сильность» работы мышц, а частота повторения движений; следовательно, в наших условиях бег и простые подпрыгивания неизбежно будут упражнениями, скорее приводящими к цели, чем самые сложные прыжки, повторяющиеся не в быстром темпе. Поэтому нагрузка на внутренние органы никак не сможет отождествляться с нагрузкой на мышцы, и утомление мышц не сможет быть кри-

терием для оценки влияния упражнения на органы дыхания и кровообращения.

В. Так как при нашем построении урока на результат будет влиять не форма упражнения, а его интенсивность, мы совершенно не можем заранее определить степень влияния каждого типа упражнения; прыжок для нас не будет каким-то единым по степени влияния упражнением, а так как мы в ряде предположенных уроков дадим различные прыжки, на различную высоту, при различном физическом состоянии занимающихся, то для нас каждый предполагаемый к проведению прыжок будет представлять собой различную ценность, и соответствующий ему выступ кривой должен будет постоянно менять свою высоту; отсюда вывод, что жесткая кривая в наших условиях применяться не может и что не урок должен строиться по какой-то кривой, а кривая должна строиться для проверки урока, составленного без ее участия.

Г. В связи с этим отпадает необходимость в сохранении для упражнений строгой и условной формы; форма будет нужна только как способствование умению сделать то или иное действие наиболее экономично, но так как экономичность для каждого отдельного индивида специфична, общей для всех форм упражнений может не быть; с отменой формы отпадут и условные выходные положения; во-первых, при отсутствии условной формы они теряют всякий смысл, во-вторых, делая упражнения более сильными путем их интенсификации, мы абсолютно ничего не достигнем шведскими исходными положениями; стремясь научить человека экономно двигаться и увеличивая его запас мелких действий, мы и должны будем усиливать упражнения осложнением их, а не ограничением их свободы.

Д. Так как упражнения современного урока имеют различные задачи, очень важно определить количество их в уроке и число повторений каждого упражнения; имея в виду, что наша задача — научить делать движение, ясно, что мы именно и должны не только «упражнять», но и учить; следовательно, число повторений одного и того же упражнения не должно быть незначительным; не следует забывать, что всякое новое и мало-мальски сложное упражнение делается вначале с ошибками или неэкономно; если остановиться на такой нецелесообразной степени выполнения, неправильная форма может зафиксироваться; поэтому важно достигнуть сейчас же более или менее приемлемой правильной формы движения; значит, придется вначале подвергать анализу движения, подлежащие изучению, но анализировать нужно не по шведскому образцу, дробя тело человека, а дробя движения на его элементы; нужно будет через более или ме-

нее непродолжительные сроки повторять сделанное упражнение и осторожно усложнять его, чтобы оно не было забыто; в связи с этим количество упражнений в уроке не должно быть большим; этого и не нужно, так как благодаря прикладным и игровым формам упражнений урок может быть всегда сделан интересным и содержательным.

Вот основные различия между старым (шведским) методом проведения урока и тем методом, который выдвигается современными условиями в связи с изменением задач и характера урока физических упражнений.

Этими замечаниями дело, конечно, не исчерпывается; придется еще вернуться к целому ряду вопросов, прежде всего к вопросу об отвлекающих и дыхательных упражнениях, чрезвычайно логичных и необходимых в шведском уроке и едва ли не бесцельных в их общепринятом виде при наличии наших задач и наших условий.

ПОЛНОЕ СНАБЖЕНИЕ

**фабрик, заводов, колхозов, совхозов и всех
предприятий Советского Союза литературой по
вопросам физкультуры, спорта, туризма, гигиены
и шахмат**

ПРОИЗВОДИТ ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ФИЗКУЛЬТУРА И ТУРИЗМ“

**Все заказы и деньги направлять: Москва 12,
Ильинка 15/5,**

ИЗДАТЕЛЬСТВО „ФИЗКУЛЬТУРА И ТУРИЗМ“

тел. 37-85.

К НОВЫМ УСПЕХАМ!

(Итоги I Сев.-Кавказской краевой конференции по врачебному контролю над физкультурой)

Последние решения ЦК ВКП(б) о развертывании физкультурной работы и о медобслуживании рабочих и крестьян и решения ЦИК СССР о создании Всесоюзного СФК поставили вопрос о необходимости срочной перестройки работы врачей по физкультуре. Кроме того, отдельные совещания, касавшиеся врачебного контроля над ф. к., уже не раз сигнализировали о том, что нынешнее состояние этой работы не удовлетворяет ни физкультурников, ни преподавателей физкультуры, ни самих врачей. Оба эти обстоятельства и заставили Сев.-Кавк. крайздрав ускорить созыв конференции по врачебному контролю над физкультурой.

На конференции, проходившей в г. Ростове на Дону 28, 29, 30 и 31 мая с. г., присутствовало 42 чел. Врачей, прибывших из округов,—19 чел. (из них 6 обслуживающих вузы), ростовских врачей по ф. к.—16 чел., представителей различных организаций—6 чел. и 1 представитель Наркомздрава.

Содержание работ конференции было составлено так, чтобы отразить наиболее актуальные вопросы врачебного контроля: итоги и перспективы работы Сев.-Кавказской врачебно-физкультурной организации, врачебный контроль в вузах, школах и среди женщин, значение «зарядковой» гимнастики и врачебно-физкультурные консультации.

Какие же основные решения вынесла конференция?

В последний год количество врачей по ф. к. в крае выросло почти в 3 раза, но это говорит не столько о большом росте организации, сколько о ничтожности исходных цифр: мы имеем сейчас 21 врача по физкультуре и 5 чел., работающих по ф. к. специально в вузах. Конференция считала, что количественный рост врачей по ф. к. должен быть форсирован так, чтобы к концу пятилетки врачебным контролем были полностью обеспечены не только все окружные, промышленные и национальные центры, но и все районы края, т. е. количество врачей по ф. к. должно вырасти до 152 чел., не считая врачей, специально обслуживающих вузы. В связи с такой перспективой рост в ближайшем году намечен минимум в 2 раза. Вопрос же об обслуживании соцсектора села решен так, что в крупнейших совхозах края создаются должности врачей по ф. к., в остальных же пунктах соцсектора врачебно-контрольная работа поручается существующей врачебной сети, причем в ближайшее время будет проработана специальная сокращенная методика врачебного контроля для села.

Само содержание массового врачебного контроля в том виде, в каком мы имеем его до сих пор, перестало удовлетворять даже рядового физкультурника. Сейчас уже мало провести медосмотр, антропометрию и дать разрешение на занятия в какой-либо секции, теперь нужно заключение о физических, в частности двигательных качествах и психическом состоянии физкультурника, а затем наметить и специальные физупражнения в полном соответствии с профессией его и с характером производства, на котором работает физкультурник. На основе этих положений конференция поручила крайздраву пересмотреть методику врачебного контроля и обеспечить его фактическое проведение путем создания оборудованных врачебных кабинетов. Кроме того конференция отметила изолированность врачебно-контрольной работы от общей системы здравоохранения, что об-

ясиается самым существованием таких отдельных врачебных кабинетов при клубах, производствах, кружках и т. п. Конференция считала необходимым создание в системе единого диспансера как основной организации здравоохранения врачебно-физкультурной консультации, в задачу которой раньше всего должно войти объединение, аланировка и руководство работой врачей по ф. к., кабинеты которых явятся отделениями консультации на местах. Консультация, которая должна будет обслуживать и неорганизованных физкультурно трудящихся, как занимающихся на дому индивидуальной гимнастикой, так и не занимающихся, приблизит врачебный контроль над ф. к. к общей системе здравоохранения и даст возможность использовать в физкультурных целях различные части диспансера (лаборатории, рентген, консультации с отдельными специалистами и т. п.). С нового бюджетного года мы организуем такую консультацию в Ростове на Дону с тем, чтобы годичный ее опыт перенести и на округа.

Несмотря на то, что массовая работа врача по физкультуре, в частности работа на производстве, уже развернулась в крае, темпы этого развертывания признаны недостаточными. Всем врачам по ф. к. предложено еще больше внимания уделять работе на производстве, причем эта работа должна считаться основной и по ее успехам будут оцениваться достижения окружных организаций.

В связи с решениями Совнаркома о туризме и с тем, что в нашем крае эта работа развернута очень широко, конференция заострила внимание врачей по ф. к. на обслуживании туристского дела. В развитие этого решения нами уже начата организация консультации для туристов, обслуживание первой помощью туристских баз и маршрутов, и в ближайшее время, связавшись с курортными организациями, мы приступаем к санитарным описаниям основных маршрутов.

Вопросы научно-исследовательской работы, несмотря на все наши старания, до сих пор не разрешены достаточно рационально: нет определенной плановости, нет углубленности исследований, нет достаточного привлечения существующих научно-исследовательских институтов. Поручив общее руководство научно-исследовательской работой по ф. к., планировку ее и консультацию в этих вопросах окружным организациям, краевому научно-исследовательскому кабинету по ф. к., который к концу пятилетки будет развернут в научно-исследовательский институт, конференция считала необходимым привлечение к исследовательской работе по ф. к. краевых институтов охраны материнства и младенчества и института охраны труда и профзаболеваний (институт ОЗД и П в достаточной мере привлечен и уже ведет практическую работу). Основными проблемами, требующими изучения, конференция считала: «Повышение средств ф. к. производительности труда», «Физкультура как социально-евгенический фактор» и «Физическое состояние национальностей Сев. Кавказа».

Вопросам работы вузовских врачей конференцией было уделено много внимания. Положение врача, обслуживающего вузы, техникумы, рабфаки и организации ОЗД и П, не удовлетворяло самих работников. Конференция считала, что работа в вузах «приклеена» ОЗД чисто механически, что работа среди взрослых далека и не интересует оздоровительскую организацию. Содержание же работы «вузовского» врача (общесанитарное наблюдение, санитарно-пищевой и жилищный надзор, наблюдение за физическим воспитанием и т. п.) должно быть понимаемо в разрезе лозунга «Физкультура—24 часа». На основании всего этого конференции, решая, что врачи, обслуживающие вузы, должны быть обязательно в ведении органов здравоохранения, считала необходимым передать «вузовских» врачей из организации ОЗД и П во врачебно-физкультурную (до этого времени во врачебно-физкультурной организации находились

только врачи, специально обслуживающие физкультурную работу вузов, техникумов и рабфаков).

Врачебный контроль над физкультурой в школе был совершенно недостаточен. Это объяснялось, с одной стороны, тем, что врачи по физкультуре, занятые работой по обслуживанию физкультурных кружков, не уделяли достаточного внимания этому вопросу, врачи же ОЗД, недостаточно знакомые с врачебным контролем, также почти забыли эту отрасль своей работы; врачебный контроль фактически не был включен в рабочие планы врачей ОЗД. Конференция, считая абсолютно необходимым специальную подготовку врачей ОЗД в вопросах врачебного контроля, поставила перед ними и врачами по ф.к. задачу регулярного проведения врачебно-контрольной работы в школе, причем содержание этой работы должно быть пересмотрено в сторону ее углубления.

Сложный вопрос, занимающий ряд лет внимание всей физкультурной организации,—физкультура женщины,—до сих пор базируется почти исключительно на эмпирических данных. Это положение ставит перед врачами по ф.к. чрезвычайно большую задачу—подведение научной базы. Конференция решила поставить этот вопрос практически путем введения гинекологического контроля при помощи консультации матлада и специальных общих гинекологических кабинетов, тщательно ставя учет влияния физупражнений на течение беременности и акта родов. Этот учет будет проведен в родильных домах и родильных отделениях больницы.

Подводя итоги работы конференции, необходимо отметить чрезвычайный ее успех не только с точки зрения выработки путей для дальнейшей работы, но и с точки зрения обмена опытом и «учебы» для врачей по ф.к.¹⁾

Д. А. Винокуров.

РЕЗОЛЮЦИЯ

по докладам Наркомздрава, С.-К. крайздрава, Аздонкубводздрава, Донского, Чеченского и Черноморского окр. здравоотделов и кр. СФК о перспективах работы по врачебному контролю над физкультурой

1. Решениями ЦК ВКП(б) и ЦИК СССР о развертывании физкультурной работы перед органами здравоохранения поставлена задача о скорейшем и максимальном охвате врачебным контролем физкультуры и о научном изучении этого вопроса. Кроме того, этими же решениями перед органами здравоохранения, также как и перед всей ф.к. организацией, поставлен вопрос о проведении твердой классовой линии, об обращении внимания на развертывание работ непосредственно на производстве и в интересах его, о первоочередном обслуживании рабочего класса и соцсектора деревни.

2. Северо-Кавказская врачебно-физкультурная организация за последний год добилась целого ряда крупнейших достижений, из которых основными являются: рост почти в три раза самой организации и своевременное начало перестройки своей работы в духе решений руководящих организаций.

¹⁾ В виду перегруженности журнала материалами и небольшого его размера, редакция вынуждена, к сожалению, ограничиться помещением лишь основной резолюции конференции. Важнейшие постановления по другим докладам приведены в этой статье.

3. Однако вместе с этим конференция констатирует и целый ряд недостатков в работе Сев.-Кавк. крайздрава и врачебно-физкультурной организации на местах: отсутствие живой связи с округами, неполный охват врачебным контролем физкультурников, недостаточная увязка врачей по ф. к. с общеоздоровоохранительской организацией, недостаточность врачебного контроля по ф. к. в школе, замкнутость в ряде мест работы врача по ф. к. внутри кружка, отсутствие практического проведения в жизнь ф. к. как лечебного метода, отсутствие плановости и недостаточность научно-исследовательской работы, полная количественная недостаточность кадров врачей по ф. к.

4. Конференция считает необходимым проведение со стороны соответствующих организаций следующих мероприятий:

а) Охватить в ближайшие годы квалифицированным врачебным контролем всех физкультурников края, для чего просить крайздрав пересмотреть пятилетку, исходя из расчета охвата к концу ее всех районов края, и в ближайшем году всех окружных и областных нац. центров и хотя бы 25% всех районов края.

б) Поставить перед крайздравом вопрос о необходимости наладить живую связь с округами, ставя своей основной задачей не бумажное руководство, а постоянный живой контроль и инструктирование мест.

в) Поставить боевой задачей ближайшего года проработку и фактическое осуществление связи врачей по ф. к. с остальной здравоохранительской организацией, считая основной установкой включение кабинета врачебного контроля (консультации) в систему единого диспансера, развертывая на периферии для обслуживания производств и кружков его отделения. Вместе с тем предложить окрздравам усилить руководство и отдельным врачам по ф. к. усилить связь с окрздравами, проводя свою работу исключительно под руководством последних. Конференция считает необходимым подтвердить директиву крайздрава об организации бюро ф. к. при окрздравах.

г) Просить крайздрав пересмотреть методику врачебного контроля, ставя вопрос об углублении его и включении в него определения физической дееспособности и психического состояния физкультурников.

д) Считая основным тормозом в развертывании врачебного контроля недостаточность врачебных кабинетов по ф. к. и их необорудованность, просить крайздрав и окрздравы обеспечить наличие оборудованных кабинетов по ф. к., помня, что создание только штатных должностей врачей по ф. к., без оборудования кабинетов, не обеспечивает еще врачебного контроля.

е) Предложить врачам по ф. к. еще шире развернуть наметившуюся массовую работу и работу на производстве, считая эту задачу основной и определяя ею достижения той или иной организации.

ж) Отметить необходимость уделяния большего внимания вопросам ф. к. в школе как со стороны врачей по ф. к., так и со стороны врачей ОЗД. Поручить врачам по ф. к. наладить постоянное наблюдение за работой по ф. к. в школе, проводя всю работу исключительно через врачей ОЗД. Считать необходимым поднятие квалификации врачей ОЗД в вопросах физкультуры.

з) Поставить перед всей организацией вопрос о необходимости участия в широких оздоровительных мероприятиях своего района деятельности, особое внимание уделяя участию в планировке новых социалистических городов и постановке в них рациональной физической культуры.

и) Предложить всем врачам по ф. к. немедленно приступить к широкому обслуживанию туристской работы; крайздраву в срочном порядке проработать план об обслуживании туризма в духе решений Совнаркома от 25 января 1930 г. и инструкции НКЗ и дать соответствующую директиву окрздравам.

к) Отметить необходимость со стороны всех врачей по ф. к. настойчивой популяризации физкультуры как лечебного метода и просить крайздрав обеспечить включение во все планы строительства медико-санитарных учреждений и домов отдыха, физкультурных площадок и других физкультурных установок.

л) Считать необходимым обратить особое внимание на развертывание врачебного контроля над ф. к. в соцсекторе деревни, поручая эту работу в крупнейших совхозах специальным врачам по ф. к., в остальных пунктах соцсектора села—существующей врачебной сети.

м) Считая, что научно-исследовательская деятельность является неотъемлемой частью работы физкультурного врача, особенное внимание надлежит уделить научно-исследовательской работе существующей сети научных институтов крайздрава. Просить крайздрав пересмотреть в ближайшее время планы научно-исследовательских работ институтов, уделяя особое внимание институту охраны труда и профзаболеваний и институту матмлада как отстающим в этих вопросах. Общее руководство научно-исследовательской работой по ф. к., планировку ее и консультации окружающих организациям поручить краевому научно-исследовательскому кабинету по ф. к., который к концу пятилетки развернуть в краевой научно-исследовательский институт по ф. к. Основными научными проблемами на ближайшее время считать: «повышение средствами ф. к. производительности труда» и «физкультура как социально-евгенический фактор». Отдельной проблемой поставить вопрос об изучении физического состояния национальностей Сев. Кавказа.

н) Для обеспечения соответствующими квалифицированными кадрами края считать необходимым использовать все возможности: специальные курсы врачей по ф. к. и контрактацию оканчивающих молодых врачей, с добавлением на последний курс специальных предметов по ф. к. Вместе с этим надлежит заняться подготовкой в вопросах ф. к. и врачей других специальностей путем организации семинариев и заочных курсов для врачей ОЗД, санврачей и врачей села, а также включение в программы медфака курса теории и практики физического воспитания, имея установку на организацию специальной кафедры физической культуры. Кроме того, надлежит немедленно приступить к изданию специальных методических материалов, в частности справочника по ф. к. для врачей.

о) Считая необходимым повышение квалификации ныне работающих врачей по ф. к. путем специальных командировок, просить Наркомздрав для этой же цели увеличить размеры журнала «Теория и практика ф. к.» или же поставить вопрос об издании специального научного журнала по ф. к.

п) Отмечая полную качественную и количественную недостаточность инструкторского состава, поставить перед крайздравом вопрос о необходимости в ближайшем бюджетном году открытия техникума по ф. к.

5. Подтвердить решения бюро ф. к. крайздрава в отношении полной неудовлетворительности состояния работы по ф. к. в здравотделе СКЖД. В отношении Азdonкубводздрава отметить необходимость повышения квалификации в вопросах ф. к. врачей, работающих на участках.

6. Приветствуя решение коллегии НКЗ о созыве Всесоюзного съезда врачей по ф. к.,— всю работу врачей по ф. к. в крае на ближайший период строить в разрезе подготовки к всесоюзному съезду. Вместе с этим отметить необходимость увеличения количества мест на съезде для края, в частности для периферических врачей.

7. Отмечая полную целесообразность созыва настоящей конференции, считать необходимым периодический (1 раз в год) созыв краевых конференций по врачебному контролю над физкультурой.

ПЕРВАЯ БРЯНСКАЯ ОКРУЖНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ-СЕМИНАРИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ.

В апреле текущего года после трех дней работы в Брянске закончилась первая окружная конференция-семинарий для врачей, работающих по физкультуре.

Всего присутствовало 24 участника, из них 16 врачей, 6 инструкторов и преподавателей физкультуры и 2 организатора физкультуры.

По специальностям участники-врачи делятся на: 7 врачей ОЗД, 4 врача-терапевта, 3 врача пункта первой помощи, 1 лаборант, 1 врач-специалист по физкультуре.

Предметом занятий конференции были следующие вопросы:

Теория: 1) основы советской физкультуры; 2) отчеты с мест о положении работы по врачебному контролю; 3) отчеты о работе 1 областной научно-методической конференции; 4) средства физической культуры и их влияние на организм; 5) сущность врачебного контроля, методика и техника его проведения.

Практика: 1) зарядковая гимнастика; 2) разбор нормального урока в школе; 3) разбор нормального урока в клубе; 4) разбор урока по легкой атлетике на стадионе; 5) сущность врачебного контроля, формы, методы и техника его проведения, необходимость и назначение врач. контроля, организация его, методика и техника проведения, оборудование, разбор карт медосмотра, обработка материала, обслуживание мест занятий, обслуживание соревнований и праздников, организация первой помощи, контакт в работе врача и инструктора физкультуры, воспитательная работа в кружке, самоконтроль, гинекологический осмотр, таблицы показаний и противопоказаний к занятиям физкультурой и разбор их, консультация.

За исключением отчета об областной конференции, который за недостатком времени был снят, все остальные доклады были заслушаны и подвергнуты разбору.

Методика проработки отдельных вопросов была построена так, что ежедневно теория чередовалась с практикой, что улучшало усвояемость методов.

На конференции выявился сдвиг в работе по врачебному контролю на местах; усилилась воспитательная работа в кружках. Большинство мест первичный медосмотр физкультурников полностью за прошлый сезон провело. На ряду с этим выявился целый ряд недостатков в работе мест: 1) отсутствие необходимейшего инструментария для проведения медосмотра, 2) никаких выводов из медосмотра врачами не делалось, за исключением Брянска, где имеется опыт обработки материалов и популяризации данных результатов среди физкультурников, 3) недостаточное наблюдение над процессом занятий по физкультуре в кружке, результатом чего является развитие «диких» команд, особенно по футболу, 4) отсутствие самой необходимой литературы на местах и др.

Конференция дала общую установку в работе по врачебному контролю на местах. Она наметила пути, по которым в ближайшее время должна вестись работа по приближению ее к физкультурной массе. Конференция нашла необходимым в период развернутого по всей стране социалистического соревнования не оставаться в стороне в этом вопросе и приступить к началу соревнования между отдельными районами по массовому охвату и качественной постановке работы по врачебному контролю. Ею предложено окрадрать и ОСФК составить контрольные цифры и вызвать на соревнование Клиновский округ.

Конференция, рассмотрев и разобрав форму врачебно-контрольной карты № 3, видоизмененную окрадрать, нашла ее более приемлемой к условиям работы в кружке физкультуры.

Наконец конференция выразила желание подобного рода конференции устраивать не реже одного раза в год, но с более глубокой проработкой отдельных вопросов.

Д-р Березжанский (Врянск).

Резолюция

Заслушав отчет о состоянии и перспективах работы по врачебному контролю на местах и подводя итоги работ, конференция-семинарий констатирует:

1. Врачебный контроль, являясь необходимым условием при проведении практической физкультуры на местах, до сих пор был недостаточен по округу, как то: отсутствие врачебно-контрольных кабинетов с минимумом инструментария, недостаточная подготовка самих врачей к ведению работы по врачебному контролю, отсутствие контактов в работе врача и инструктора, отсутствие необходимой литературы и наконец невнимательное отношение к врачебному контролю со стороны физкультурников и особенно работников по физкультуре.

2. Одновременно конференция отмечает сдвиг в работе на местах в виде начатой массовой воспитательной работы на предприятиях, клубах и по вовлечению в кружки физкультуры, введение зарядковой гимнастики и т. д.

3. Для устранения имеющихся недочетов и для более серьезной постановки работы по врачебному контролю конференция считает необходимым проведение следующих мероприятий:

а) практиковать в дальнейшем созыв конференций-семинариев не реже одного раза в год с более глубокой проработкой специальных вопросов по врачебному контролю и привлекая для этой цели большее количество врачей других специальностей (особенно терапевтов, гинекологов, невропатологов и др.);

б) безотлагательно улучшить условия работы врача в отношении приобретения минимума инвентаря и литературы;

в) признавая роль врача в вопросах агитации за физкультуру незаменимой, практиковать в дальнейшем регулярные беседы и особенное внимание уделить введению «зарядки» на производстве в учреждениях, совхозах, колхозах и внедрению физкультуры в быт;

г) отмечая несогласованность в работе врача и инструктора, а подчас невыполнение последним указаний и назначений врача, просить окрсфк и ОСПС дать соответствующие указания местам (низовым работникам по физкультуре) об обязанности выполнения указаний окрздрав; кроме того разослать инструкции о правах и обязанностях врача на соревнованиях;

д) считать, что при составлении планов, программ и схем занятий по физкультуре таковые должны обязательно согласовываться с врачом;

е) предложить врачам обеспечить соответствующий контроль во время практического проведения занятий на местах по физкультуре.

4. Просить окрздрав и ОСФК добиться оплаты труда работникам мест согласно представленной окрздравом докладной записке в окрисполком.

5. Для приближения врачебного контроля к массам рекомендовать вынесение работы по врачебному контролю к местам занятий физкультурой (стадионы, площадки, залы физкультуры, гулянья, экскурсии, пляжи и т. д.).

6. Признавая метод социалистического соревнования необходимым в деле улучшения постановки работы по врачебному контролю, предложить окрздраву и ОСФК разработать контрольные цифры по охвату таковым массы трудящихся и вступить в соревнование между районами с 15 июня с. г. (разослав контрольные цифры на места). Вызвать с этой же целью Клинцовский круг.

Blenke. Надрыв аддукторов при плавании на груди. Münch. Med. Woch 1929 г. № 20.

Автор считает, что при плавании на груди надрыв аддукторов (мускулов, приводящих бедра) является типичным спортивным повреждением. Объясняет он это следующим образом.

Во время плавания происходят очень интенсивные разведения и приведения бедер, и момент резкого приведения бедер, преодолевающего сопротивление воды, является фактором предрасполагающим к надрыву. Вторым благоприятствующим фактором является охлаждение, что доказывается появлением надрыва вскоре после старта.

Лечение должно преследовать цель скорейшего возвращения возможности заниматься спортом. На первом месте стоит возможно раннее применение вибрационного массажа как средства, восстанавливающего мускульную деятельность. Затем необходимо применение местного тепла.

Reüter. Случай повреждения верхней челюсти. Münch. Med. Woch 1929.

Описывается случай падения молодого крепкого мужчины с высоты 4-х метров во время спортивных упражнений. Падение произошло лицом вниз. Потерпевший вынул 4 зуба, на короткое время потерял сознание. Прибывшим через полчаса врачом зубы, спрятанные одним из окружающих больного в карман жилета, были сполоснуты водой и вставлены на свое место. Разможенная ткань десны зажила через 8 дней, а зубы остались на своем месте, не дав никаких явлений нагноения или воспалительного состояния. Через 3 месяца потерпевший получил полную возможность пользоваться своими зубами при еде.

Blenke. Надрыв локтя при быстром толкании тяжести. Sportmedizin. № 1. 1929.

Тяжеловатлет 22 лет быстро толкнул тяжесть в 100 фунтов (немецких?). При этом он ощутил внезапную боль в области внутренней поверхности правого локтя. Боль была дотога интенсивна, что он не мог продолжать своих упражнений. Рентгеновское исследование обнаружило надрыв кости в области локтевого сустава, что, очевидно, произошло благодаря слишком быстрому толчку тяжести. Как ни малы подобные травмы и как быстро ни проходили бы субъективные ощущения, с ними связанные, значения их нельзя пренебрегать, так как такой незначительный надрыв остается предрасполагающим фактором для дальнейших повреждений и в конце концов может привести к стойким патологическим изменениям, значительно понижающим функциональную способность органа.

Huff. Своеобразное повреждение. Sportmedizin. 1929. № 4.

К автору явился на прием футболист с жалобами на ранение большого пальца правой ноги, полученное при игре в футбол. Исследование пальца привело к заключению, что в данном случае имеет место перелом. Рентгеновое просвечивание обнаружило, к величайшему изумлению врача и больного, наличие в суставе обломка иголки в полтора сантиметра длиной, который, очевидно, вошел в ногу из оболочки футбольного мяча. Этот случай очень поучителен и заставляет как врачей, так и физкультурников быть чрезвычайно внимательными при осмотре физкультурного инвентаря.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

О врачебной консультации для туристов

В развитие инструктивного письма Наркомздрава от 9/V, № 161/40 «О медико-санитарном обслуживании туризма» Наркомздрав предлагает в срочном порядке приступить к организации и проведению врачебной консультации для туристов в местах их массового скопления и в узловых пунктах.

Под консультацией разумеется медицинский отбор в соответствии с показаниями и противопоказаниями и дача совета о выборе маршрута, режима, гигиене пути и т. п. Консультация по вопросам туризма является одним из условий рационализации туризма и оздоровления занимающихся им и должна быть организована в двух видах: первичная — в местах отправления туристов и вторичная (дополнительная) в пути, на туристских базах. В настоящем году врачебный осмотр, отбор и консультация для туристов в виду неподготовленности здравоохранения вводятся обязательными лишь для едущих за счет страховых организаций. В дальнейшем туристские общества будут продавать путевки всем отправляющимся в длительные экскурсии лишь по предъявлении медицинской справки об отсутствии противопоказаний к туризму со стороны здоровья.

Консультацию по вопросам туризма в пунктах отправления желательно связать с консультацией по физкультуре, проводимой в кабинетах врачебного контроля над физкультурой, так как это — близкие области работы, и врачи-специалисты по ф. к. наиболее подготовлены для консультации и по вопросам туризма.

На избранные по соглашению с туристскими организациями кабинеты врачебного контроля над физкультурой необходимо возложить проведение консультации для туристов (для всех желающих получить ее), установив для этого специальные дни и часы и широко осведомив об этом туристов.

Пропускная способность кабинетов на время туристского сезона должна быть увеличена приглашением дополнительного врача и помощника (медсестры или инструктора ф. к.). В крупных центрах (Москва, Ленинград, Свердловск, Ростов Дон, Ив.-Вознесенск и т. п.), может быть, целесообразно будет в дальнейшем создать специальные кабинеты врачебной консультации для туристов.

Врачебная консультация на туристских базах должна быть связана с пунктом первой помощи базы и проводиться врачом базы, приглашенным туристской организацией. Каждый турист, прошедший консультацию в месте отправления, должен получить соответствующую справку. С будущего года предполагается введение специального санитарного журнала для туристов или использование для целей медотбора туристов данных диспансеризации.

Организация врачебного контроля для туристов является ударной задачей, и Наркомздрав предлагает в двухнедельный срок сообщить о выполнении настоящих инструктивных указаний, а также дать сведения, где и каким образом организована консультация для туристов, в каких местах и с какой пропускной способностью будут работать кабинеты консультации.

Начальник Управл. быта и медкультуры **Шустова.**
Врач-специалист **Ивановский.**

14 мая 1930 г.

Список рекомендуемой литературы по туризму.

- Маршруты экскурсий.** Справочник. Изд. «Советский турист». 1930 г., ц. 50к.
- Саркизов-Серазини.** Закаливание воздухом, солнцем и водой. ГИЗ. 1928 г.
- Ивановский.** Солнце, воздух и вода — источники здоровья, изд. ВЦСПС, ц. 25 коп.
- Погребецкий.** Горноальпийский туризм. Изд. «Вестник физк.» 1926 г.
- Его же.** Практика туризма и путешествий. «Ф. и С.», 1930 г.
- Рейхруд. М.** Походы и экскурсии юных пионеров.
- Степанов А. А.** Памятка рабочего туриста. ГИЗ. 1928 г. ц. 20 к.
- Первая книга туриста** под ред. Бергман Т. Изд. «Молодая Гвардия». 1927 г., ц. 1 р. 50 к.
- Семеновский В.** Снаряжение туриста. ГИЗ. 1929 г., ц. 30 к.
- Новицкий.** Первая помощь в несчастных случаях. Гиз. 1929 г. ц. 1 р. 50 к.
- Егоров, Ивановский, Рудик, Шабает.** Методика исследования физического развития. Госмедиздат, 1930 г., ц. 1 р. 30 к.

