

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



8

1931

ОГИЗ — ФИЗКУЛЬТУРА И ТУРИЗМ
МОСКВА ЛЕНИНГРАД

05
-33

A92

ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ

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

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН
НКЗдрава, РСФСР и ВСФК
СССР и РСФСР

№ 8 (44)

ЧИТАЛЬНЯ
ГИФК



I. Оригинальные статьи

	Стр.
Ивановский, Б. А.— Врачебно-физкультурные факультеты . . .	3
Пинкус, И. М. д-р — Врачебная работа по физвоспитанию детей и подростков	8
Меренищевская, М. Н.— Опытная работа по применению физических упражнений в раннем послеродовом периоде	16
Ефимов В. В. и Замычкина, К. С.— Психо-физиология горного туризма	23

II. На местах

Пруссакow, И. Ф.— За плановость, за темпы, за коммунистические формы методработы по физкультуре	31
Резолюция совещания врачей г. Ив.-Вознесенска о перестройке работы по физкультуре	36

III. Рецензии и рефераты 33

IV. Официальный отдел 41

INHALTSVERZEICHNIS

I. Originalartikel

	Seite
Iwanowsky, B.— Die aertzlichen Koerperkultur Fakultaeten . . .	3
Pinkus I. Dr.— Die aertzliche Arbeit in Fragen der Koerperlichen Erziehung der Kinder und Halbwuchsiges	8
Merenischtschewskaja, M.— Versuche der Anwendung von koerperlichen Uebungen in der fruehen Nachgeburtsperiode . . .	16
Efimow, W. und Samytschkina, K.— Die Psycho-Physiologie des Bergturmismuses	23

II. In der Provinz

Prussakow I.— Fuer die Planmaessigkeit, das Tempo, die kommunistischen Formen der methodischen Arbeit in der Koerperkultur	31
Resolution der Aerzteberatung der Stadt Iw.-Wosnessensk ueber die Aenderung der Arbeit in Fragen der Koerperkultur	36

III. Rezensionen und Referate 38

IV. Offizieller Teil 41

*Б. А. Ивановский***ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ ФАКУЛЬТЕТЫ**

6 июля 1931 г. войдет в историю советской медицины и физкультуры. В этот день коллегия Наркомздрава приняла решение создать в системе высшего медицинского образования самостоятельные факультеты для подготовки врачей — специалистов по физкультуре.

1931 г. был вообще большим сдвигом в области физкультурного образования врачей. С переходом мединститутков из Наркомпроса в Наркомздрав физкультура начала быстро приобретать все права на ряду с другими научными дисциплинами. Вслед за решением создать доцентуры по физкультуре во всех мединститутах последовало решение Наркомздрава об организации кафедр физкультуры на факультетах ОЗД и во всех институтах усовершенствования врачей и, наконец, о создании самостоятельных врачебно-физкультурных факультетов.

Правда, на местах реализация предложений Наркомздрава задерживается и встречает много препятствий. Имеется и недооценка физкультуры, но главным препятствием является и здесь полное отсутствие соответствующих кадров, подготовленных для преподавания теории и практики физкультуры врачам.

Однако, как и во всех других новых областях образования, так широко развернувшихся за последнее время, подготовка кадров должна идти параллельно с внедрением физкультуры в систему медицинского образования. Необходимо на ряду с переброской на преподавательскую работу немногочисленного кадра аспирантов — врачей институтков физкультуры ускоренными темпами заняться более широкой подготовкой преподавательского состава по физкультуре для мединститутков. Среди имеющихся уже преподавателей в мединститутах постепенно выкристаллизовывается ядро квалифицированных педагогов. Они быстро растут в процессе работы. Их можно также будет использовать для врачебно-физкультурных факультетов.

В 1932 году будет открыт врачебно-физкультурный факультет в Москве и возможно также, что и в Ленинграде. Дальнейшее развертывание факультетов определит спрос на врачебно-физкультурные силы и опыт этих первых факультетов.

Основным вопросом, который встал перед Наркомздравом, приступившим уже к конкретному выполнению постановления Коллегии, явился вопрос: каким должен быть врач—специалист по физкультуре, ибо только после установления точного профиля врача—специалиста по физкультуре, можно приступить к вопросу—как его готовить, т. е. к созданию учебного плана врачебно-физкультурного факультета.

При разрешении этого вопроса пришлось встретиться со значительными затруднениями. Новая врачебно-физкультурная специальность еще недостаточно выкристаллизовалась и продолжает изменяться в процессе развития и перестройки физкультурного движения. Несмотря на это, в специальности врача по физкультуре наметилась дальнейшая дифференциация на организатора-массовика, на врача кабинета врачебного контроля, на санитарного врача по физкультуре—профилактика и, наконец, на лечебного врача по физкультуре (лечебная физкультура).

Однако, в соответствии с решениями I Всесоюзного съезда врачей по физкультуре, разделение врачей по физкультуре на более узкие специальности для настоящего времени является нецелесообразным. Врач по физкультуре должен быть универсален в своей специальности и совмещать все указанные разделы работы.

Приводим здесь разработанный нами профиль врача—специалиста по физкультуре, принятый совещанием в управлении кадров Наркомздрава¹⁾.

Профиль врача—специалиста по физкультуре. Врач—специалист по физкультуре, как и всякий советский врач, должен обладать марксистско-ленинской методологией, широким общественно-политическим кругозором и быть умелым общественником, организатором активности масс в области оздоровления труда и быта и иметь навыки организации и проведения социалистического труда во всех областях будущей его деятельности.

Врач—специалист по физкультуре должен быть вооружен методологией и методикой исследования и изучения внеш-

¹⁾ Просьба ко всем товарищам—врачам по физкультуре сообщить в Наркомздрав свои замечания по профилю, чтобы учесть их при окончательном утверждении учебного плана.

ней физической и социальной среды и обладать достаточным знанием теории и практики советского здравоохранения и советской физической культуры.

Врач—специалист по физкультуре, являясь широким профилактиком, вместе с тем должен владеть основными методами и приемами лечения больных и быть в состоянии оказать им при необходимости первую и неотложную врачебную помощь.

В области физической культуры врач—специалист по физкультуре должен знать теорию, методiku и практику физической культуры, учитывая не только ее биологическую (оздоровительную) сторону, но и общественно-политическую и воспитательную и работу по повышению обороноспособности республики, нашедших на данном этапе развития физкультурного движения свое целеустремленное выражение в подготовке и сдаче норм комплекса испытаний «Готов к труду и обороне», как первого звена новой системы советской физкультуры.

Врач—специалист по физкультуре должен быть организатором массового врачебного контроля над физкультурниками путем привлечения к этой работе врачей других специальностей (врачей здравпунктов, диспансеров, вузов, ОЗД, участковых и др.) и осуществлять их методическое инструктирование в этой работе.

Врач—специалист по физкультуре должен в совершенстве владеть методикой и техникой врачебных исследований физкультурников, уметь провести углубленное исследование и обеспечить компетентную консультацию для врачей других специальностей по вопросам углубленного исследования, показаний и противопоказаний к занятиям физкультурой, дозировки средств физкультуры, оценки влияния физических упражнений на организм, обработки полученных данных методами вариационной статистики и сан-гигиенического нормирования занятий физкультурой.

Врач—специалист по физкультуре должен активно участвовать в организационном и методическом руководстве по постановке физкультуры на производстве, в соцсекторе сельского хозяйства, в школе, вузах и в массово-физкультурных организациях, а также по линии проблемы рабочего отдыха, обладая достаточными теоретическими и практическими знаниями и навыками в этих областях работы.

Работа по физкультуре на производстве для повышения производительности труда рабочих и борьбы с вредностями производства должна быть одной из важнейших задач деятельности врача—специалиста по физкультуре, для чего он

должен быть основательно знаком с профгигиеной и профпатологией.

Врач—специалист по физкультуре должен обеспечить консультацию по санитарному надзору над местами занятий физкультурой и консультацию санитарно-гигиенического характера при строительстве физкультурных сооружений и туристских баз и лагерей.

Врач—специалист по физкультуре должен уметь организовать, проинструктировать и провести санитарно-просветительную работу среди физкультурников и их гигиеническое воспитание, обучить самоконтролю, самомассажу, а также организовать и проинструктировать подачу первой помощи в местах занятий физкультурой, обладая достаточными знаниями в этих областях и педагогическими навыками, а также вести организационно-пропагандистскую работу за физкультуру среди широких масс трудящихся.

Врач—специалист по физкультуре должен быть знаком с основными принципами рационального питания и консультировать по вопросам режима, питания физкультурника, в частности во время тренировки и т. п.

Врач—специалист по физкультуре должен обладать также достаточными знаниями в области туризма и врачебного контроля над ним, чтобы быть в состоянии обеспечить компетентную консультацию по вопросам показаний и противопоказаний к туризму, в назначении и дозировке туристских маршрутов.

Врач—специалист по физкультуре должен уметь организовать и проинструктировать врачей и медперсонал санаторий, домов отдыха, курортов, физио-терапевтических площадок, больниц, диспансеров и других лечебно-профилактических учреждений по вопросам методики и техники применения физической культуры как лечебного и профилактического метода, обладая для этого достаточной теоретической и практической подготовкой как в области физкультуры, так и клиники.

Участие в научно-исследовательской работе в области физкультуры является также обязанностью врача—специалиста по физкультуре, для чего он должен знать методологию научно-исследовательской работы и владеть методикой углубленных исследований в области физвоспитания и физического развития, антропометрии, физиологии, гигиенических исследований, исследований моторики, клинических исследований, педагогических, педологических и др.

Врач—специалист по физкультуре должен быть достаточно подготовлен и для ведения педагогической работы по своей

специальности в медицинских и физкультурных учебных заведениях.

Таковы многообразные задачи и обязанности врача—специалиста по физкультуре. Он должен совместить в своем лице и профилактику и лечобу в новом физкультурном преломлении.

Для этого не подходит ни лечпроф, ни санпроф, ни факультет ОЗД. Это учла коллегия Наркомздрава, постановив организовать не отделение на базе одного из факультетов, а самостоятельный врачебно-физкультурный факультет.

Учебный план факультета рассчитан на 4 года и включает, на ряду с общемедицинским образованием, все необходимые специальные предметы. Но основной и самой трудной задачей при конкретной работе факультета будут не специальные физкультурные предметы, а перестройка всех общемедицинских дисциплин под углом физкультуры. По мере подготовки новых кадров будет разрешена и эта задача.

Таким образом, врачебно-физкультурный факультет из области пожеланий становится реальной действительностью. Это несомненно явится одним из звеньев, содействующих разрешению проблемы создания активного строителя социалистического общества путем сочетания умственного образования, производственного труда и физической культуры (Маркс).

Через 3 года¹⁾ новая армия врачей-физкультурников вольется в ряды борцов за оздоровление рабочего класса и строительство социализма в СССР.

¹⁾ Предполагается в 1932 г. открыть сразу прием на I и II курсы.

Каждый врач—специалист по физической культуре должен сдать испытания на значок „ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ“

Д-р И. М. Пинкус (Ростов на Д)

ВРАЧЕБНАЯ РАБОТА ПО ФИЗВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ¹⁾

Физвоспитание в системе старой начетнической школы играло роль дополнительного компенсаторного средства, исправляющего недостатки прежней школы. Методика усвоения учебного материала, весь учебно-воспитательный процесс не давали широких возможностей упражнения психомоторной сферы. Умозрительная работа (чтение, письмо, счет) при постоянной профпозе—сидении—естественно подавляли биологические потребности растущего организма в движении—этом основном и важном факторе развития и собирания опыта.

Такая установка в школьной системе изолировала средства физвоспитания от всего учебно-воспитательного процесса. И физвоспитание в школе являлось «привеском», органически не связанным со школой. Дошкольные учреждения и школы ФЗУ, предваряющие и заключающие учебу в школьном возрасте, также не включали физвоспитания в свою систему, как органический важный элемент воспитательных воздействий. Хотя физвоспитание во всех школьных и дошкольных учреждениях в большой степени имело цели оздоровительного характера (профилактирующего), однако врачебный контроль и надзор за мероприятиями физвоспитания были всегда недостаточны. Неудовлетворительной постановке физвоспитания соответствовал недостаточный и неудовлетворительный врачебный контроль. В дошкольных учреждениях (детсады, детплощадки), где особо важное значение имеет игра, как вид моторной деятельности, направленной к ознакомлению со средой («ориентировочно приспособительный момент, когда детский организм постепенно входит в окружающую среду — молодежавый»), нет врачебного контроля над всеми мероприятиями (зарядка, игра, естественные упражнения) по ф. к., связанными с режимом дня. По свидетельству Гоффа (Hoffa Schulgesundheitspflege 1929 г.) весь режим дошкольного учреждения является физкультурным, ибо вопросы практического здоровья, приобретения двигательных навыков, трудовых приемов и всезахватывающая игра тесно связаны с порядками приема пищи, составом пищи и др. физиологическими отправлениями. Недостаточность врабконтроля, обусловленная незнанием врачей с мате-

¹⁾ Доклад на I Всесоюзном съезде врачей по ф. к.

риалами физкультурных мероприятий в дошкольных учреждениях, над средствами физвоспитания, сохраняется и в школе. Перестройка школы на политических началах и расширяющийся охват детей раннего школьного возраста (контингент Всеобуча) требуют решительной перестройки работы.

Проведенное в Ростове обследование 26 школ показало совершенную недостаточность врачебного контроля по физкультуре. Врачи ОЗД не считают врачебный контроль частью своей работы, они полагают, что врачебный контроль по физкультуре—дело врача—специалиста по физкультуре. Врачи ОЗД не ознакомлены с основами врачебного контроля, не инструктируются инспектурой ОЗД. Весьма редко врачи ОЗД присутствуют на занятиях по физкультуре в школах, где ведут общую работу. В отношении допуска к занятиям физкультурой врачи ОЗД проявляют чрезмерную осторожность, подчас запрещая занятия без достаточных противопоказаний. В ряде школ имели место освобождения до 15—20 % учащихся. Врачи ОЗД не имели суждения о планах и программах по физкультуре, не будучи осведомленными в содержании физкультурного материала. А самый материал предмета физкультуры носил весьма формальный и нечеткий характер. Педагог никак не мог произвести учета развития дееспособности (моторики) школьников по группам; врач ОЗД не мог со своей стороны поставить в связь моменты физвоспитания и состояния физразвития, общей одаренности; таким образом, педагогический контроль над физвоспитанием фактически не осуществлялся.

Новая политехническая школа властно требует перестройки физкультурной работы, и вместе с тем должен быть организован всемерно полный врачебно-педагогический контроль над физкультурной работой.

Важнейшим элементом учебы является трудовой момент, связанный с двигательными умениями, с «трудовой хваткой», с участием в производственной работе. Поэтому врач ОЗД не может ограничить педагогический контроль медицинским осмотром, определением состояния здоровья, степени умственного развития; особо важную роль приобретает определение соотношений между трудовыми нагрузками (количественные и качественные моменты физических нагрузок) и половозрастными конституциональными индивидуальными особенностями учащихся. Это обстоятельство сближает врачебный контроль над физкультурой с контролем над трудовыми нагрузками учащихся. Политехнизация и военизация школы акцентируют работу врача ОЗД в части контроля над проведением физических нагрузок в соответ-

ствующих санитарно-гигиенических условиях. Однако врач ОЗД до сих пор не сумел осуществить педологическое руководство при проведении физвоспитания. В лучшем случае врач ОЗД оставался санитарным врачом, проверяя условия, в которых протекали занятия (сан-гигиеническое состояние зала). Врач ОЗД должен расширить объем работы по врачебному контролю. Участвуя в перестройке школы, в планировании режима летней постоянной школы, врач ОЗД должен быть одним из организаторов физкультурной работы в детсадах, школах и ФЗУ. Не ограничиваясь контролем над текущей воспитательной работой по линии физкультуры, врач ОЗД должен принять участие в планировании материалов, в составлении учебных планов и т. д.

Для правильного построения программ по физвоспитанию в школе ФЗУ необходимо обстоятельное знакомство с производственными условиями и конкретными трудовыми личностями, составляющими коллектив. Вопросы профессиональных воздействий должны быть учтены при составлении программ физкультурных мероприятий. Сан-гигиеническая характеристика производственной среды (рабочих мест, сырья, инструмента), профпоза и самый производственный двигательный процесс,—все это должно быть освещено врачом, при планировании педагогом-физкультурником программ для занятий. Врач ОЗД должен оценить виды физических упражнений, их комплекс нагрузки, учитывая все изученные особенности. Таким образом, изучение производства — важнейшее условие для подбора физкультурных мероприятий, содействующих воспитанию «конкретной трудовой личности» (Зеликсон).

Особую роль должна сыграть физкультурная работа в школах ФЗУ — резервуарах, откуда черпаются ресурсы нашей производственной армии. Воспитывая и закрепляя двигательные производственно-необходимые навыки, работа по ф. к. способствует развитию «двигательной культуры» (Гастев). Правильно подобранные физкультурные мероприятия (в том числе и моторные) должны помочь поднятию производительности труда (тонизирующая гимнастика, ф. к. пауза, уроки ф. к.). Одновременно с этим физкультурные мероприятия должны сыграть роль закалывающих, укрепляющих средств, устраняющих вредные воздействия профессии (профилактирование профвредных влияний, «профвредностей»). Врач ФЗУ должен принять участие в этой работе, носящей воспитательно-оздоровительный характер. Зная санитарные и производственные особенности профессии, врач ФЗУ должен принять участие в планировании учебного плана сов-

местно с педагогом-инструктором. Но для этого необходимо также широкое ознакомление с сущностью средств физкультуры и методикой врачебной работы.

Основную руководящую и методическую работу по врачебному контролю среди детей и подростков должен вести кабинет врачебного контроля по физкультуре. Существует тенденция поручить «кабинетам физразвития» или антропометрии проведение врачебного контроля по физкультуре. Мы считаем такое положение вещей ненормальным и нежелательным¹⁾. По существу антропометрическая методика целиком заменяет врачебный контроль (функциональные пробы, исследование моторики и т. д. при проведении работы в кабинете. Объединение кабинетов антропометрии и врачебного контроля в системе ДПА и детзвена единого диспансера также приведет к вытеснению одной из целеустановок кабинетов. Следует создать два самостоятельных кабинета, связанных между собой в системе диспансеризации и поликлинического обследования школьных групп в детском звене единого диспансера, или тот же кабинет ДПА (не включившийся в систему единого диспансера), а в районах всю основную работу по врачебному контролю по физкультуре ведет пункт ОЗДиП. Кабинет врачебного контроля должен вести консультационную работу с врачами ОЗД, проводить через специальный выборочный осмотр группы диспансеризуемых школьников, проверять постановку физвоспитания в школах, ФЗУ и детсадах. При ДПА должны быть организованы летние площадки и залы для занятий специальной гимнастикой с «мышечно-ослабленными детьми». Работа в этих подсобных учреждениях должна находиться под постоянным руководством кабинета врачебного контроля по физкультуре. Физкультурная консультация единого диспансера там, где нет специальных кабинетов врачебного контроля, должна выделить часть работы для обслуживания детского населения, особенно по вопросам планирования программ в школьных учреждениях. Врачи ОЗД, РОКК, методического совещания ОНО должны получать от кабинетов врачебного контроля по физкультуре ряд методических указаний, касающихся вопросов проведения врачебно-педагогического контроля по физкультуре и оценки ведения занятий в школах.

1) Нужно не идти по линии наименьшего сопротивления, а, учитывая установку I Всесоюзн. съезда, добиваться овладения врачами ОЗД техникой врачебного контроля и превращения антропометрических кабинетов в кабинеты врачебного контроля над физкультурой детей и подростков. — **Ред.**

В условиях колхозов, где детский труд является одновременно и учебно-производственным и производительным, врач ОЗД должен осуществить контроль над дозировкой физических нагрузок, устраняя могущие быть моменты эксплуатации детского труда. Весьма важно организовать труд с внедрением соответствующих мероприятий (ф. к. паузы, купания, оздоровительные моменты). Организатором этих мероприятий в колхозе должен быть врач ОЗД, или санврач; проводниками в жизнь будут проинструктированные врачом педагоги школ. Конечно, следует выработать примерные нормы отдельных видов труда, показания допуска к работам и соответствующие физкультурные мероприятия, рационально дополняющие отдельные виды работы. Это — задача научно-исследовательских институтов ОЗДиП. На основе выработанных институтами инструкций о проведении врачебного контроля в условиях колхозов врачи ОЗД и врачи-профилактики могут осуществить контроль над физическим воспитанием. В условиях колхозов эти задачи приобретают особое значение, так как воспитание двигательных производственных навыков в школе является одним из условий овладения машинами, лучшего пользования и владения собственным телом. Постоянная летняя школа в колхозе и в городе обращает особое внимание на возможности превращения «оздоровительной кампании» в «оздоровительную непрерывную работу», при чем эта оздоровительная работа не должна быть изолирована от воспитательной работы в школе. Отдельные оздоровительные моменты (горячие завтраки, физкультурная зарядка, пауза, прогулки, пользование естественными факторами оздоровления) должны пронизать школьную учебу. И врач ОЗД должен осуществить свое руководство, участвуя в составлении режима учебного дня, привлекая педагога-физкультурника к планированию физкультурных мероприятий. Летние оздоровительные мероприятия (лагерь, детплощадки, экскурсии), охватывавшие большие контингенты детей и подростков, как показали наблюдения и обследования (в частности на Сев. Кавказе), в очень малой мере насыщены действительно рациональными физкультурными мероприятиями (игры, физкультурная зарядка и т. п.). Врачебный контроль же, как правило, был мало компетентен в специальных вопросах физвоспитания. Учета эффективности оздоровительных мероприятий и в частности физкультурных нет. И ДПА, и детотделения единых диспансеров должны углубить руководящую и учетную работу по проведению летних оздоровительных мероприятий. Выбор мест для лагерей, детплощадок, режима, отбор дет-

ских контингентов, вторичное обследование (в конце лета) выборочных групп детей, проводивших лето в лагерях, детплощадках, санаториях, — вот задачи ДПА и кабинетов врачебного контроля по линии летней оздоровительной работы.

Врачи ОЗД и ФЗУ, ведущие педологическую работу, выделяют «педагогически запущенных» детей для проведения специальных педагогических «корректирующих мероприятий». В условиях политехнической школы, когда трудовые нагрузки играют важную роль в учебно-воспитательном процессе, дети «мышечно-ослабленные» также нуждаются в «коррекции». Из их среды поставляются «пороки осанки», «моторная недостаточность». Вот почему весьма важно создание «специальных групп» по общеразвивающей гимнастике и при ДПА и в больших школах. Врач ОЗД должен выделять школьников для этих занятий. Институтам следует разработать инструкцию, помогающую врачам ОЗД проводить эту работу.

Особенного внимания заслуживают вопросы методики врачебного контроля по физкультуре среди детей и подростков. Механическое перенесение комплекса методических приемов врачебного контроля, который проводится в профсоюзных кружках физкультуры, совершенно недопустимо. Практика работы показала необходимость внесения ряда поправок в методику проведения отдельных исследований. Так, Зверев («Теория и практика» за 1930 г.) показал, что проба ГЦИФК для детей нуждается в некоторых изменениях (удлинение срока, реставрации пульса и пр.); то же укажем и о пробе Крэмптона на основании наших обследований. Вообще же методика врачебного контроля по физкультуре среди детей и подростков не разработана, но она должна быть создана с учетом социально-биологических особенностей растущего организма. Методика врачебного контроля должна в полной мере учитывать состояние дееспособности отдельных полово-

Врач - физкультурник! Изучай влияние видов, входящих в комплекс испытаний на значок „ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ“, и помогай инструктору физкультуры в подготовке и сдаче норм

возрастных групп (моторика), состояние и функциональную работу важнейших внутренних органов, степень физразвития и т. д. Институты ОЗДиП должны разработать унифицированную методику врачебного контроля по физкультуре среди детей и подростков.

Врачебный контроль по физкультуре должен включиться в массовые формы работы среди детей и подростков, содействуя широкому вовлечению детей и подростков в физкультурную работу, как форму массовой культурной работы. Пропаганда физкультурных мероприятий через демонстрации, беседы в школах, на стадионах, детских пляжах — одно из средств привлечения школьников к сознательному участию в физкультурной работе. Многообразная работа врача ОЗД в школе, детсаду, ФЗУ, на детплощадке будет вполне осуществлена, если врач опирается на актив школьников (санкомиссии, форпосты, учкомы) и группы активистов-физкультурников. В школах существуют кружки физкультуры, которые также проходят контроль врача ОЗД. Из этих групп следует выдвинуть помощников в работе, проверяющих сансостояние залов ф. к., костюмов, проводящих частично работу при кабинете (заполнение карточек, отдельные элементы биометрии и т. д.). Врач ОЗД через активистов-физкультурников популяризирует и вопросы физкультурного воспитания и врачебного контроля над ним. На родительских собраниях, в комсоде врач ОЗД также должен освещать вопросы физвоспитания, добиваясь у родителей вдумчивого и положительного отношения к вопросам физвоспитания. Таким образом, и в семье устанавливаются условия, обеспечивающие включение физкультурных мероприятий в быт семьи школьника. Конечно, основным медицинским работником, проводящим врачебный контроль по физвоспитанию среди детей и подростков, является врач ОЗД или врач-профилактик (в юсц. секторе села). Врач-физкультурник — лишь консультант по специальным вопросам врачебного контроля, представляющим какие-либо затруднения для врача ОЗД. В условиях города среди врачей-физкультурников должны быть распределены школы с таким расчетом, чтобы каждый врач-физкультурник считал себя прикрепленным к нескольким школам в зависимости от количества врачей и школ, с обязательным условием посещения школы хотя бы один раз в месяц.

Однако, нагружая врачей ОЗД врачебной работой по физвоспитанию детей и подростков, необходимо переподготовить врачей ОЗД, ОММ и педиатров во врачебно-физкультурном отношении. С этой целью при институтах ОЗДиП необходимо

провести специальные курсы повышения квалификации врачей ОЗД по линии врачебного контроля по ф. к.¹⁾, выработав соответствующие программы. При ДПА следует провести семинары под руководством врачей-физкультурников с целью осведомления врачей ОЗД о содержании физкультурной работы и о роли врачей ОЗД в осуществлении мероприятий физкультурно-воспитательного характера. Программу этих семинаров также должны разработать институты ОЗДиП и институты физкультуры.

На ряду с переподготовкой врачей ОЗД по линии врачебно-физкультурной работы перед нами стоит важная задача по подготовке новых кадров врачей ОЗД, вполне владеющих методикой врачебного контроля по физкультуре и вполне знакомых с содержанием физкультурной работы среди детей и подростков. При определении производственного профиля врача ОЗД следует предусмотреть объем врачебной работы по физвоспитанию среди детей и подростков и на основе этих данных отразить вопросы возрастной физкультуры в программах факультета охраны материнства и детства²⁾. В системе ОЗД недостает методической работы по вопросам возрастной физкультуры и на данном этапе реконструирующаяся школа нуждается в сильной помощи педологов-врачей по линии организации физвоспитания в школе. Поэтому вопросы подготовки кадров ставят перед медицинскими институтами и институтами ОЗДиП задачу разработки программ по врачебному контролю, наиболее полно отражающих требования, связанные с социалистическим строительством.

До сих пор мы имеем недостаточное внимание к вопросам врачебной работы по физвоспитанию, к физкультурной работе в целом. Эта недооценка роли физкультурной работы и врачебного контроля над физкультурой в деле выращивания кадров должна быть изжита дружной работой ведомств и советской общественности.

1) Во все курсы усовершенствования врачей ОЗДиП включены вопросы ф. к. и необходимо добиваться их наиболее полного и компетентного освещения. — Ред.

2) Это уже выполнено. См. программу медицинских институтов по физкультуре в настоящем номере. — Ред.

М. Н. Меренищевская

ОПЫТНАЯ РАБОТА ПО ПРИМЕНЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

(Работа кафедры научного контроля ГЦИФК и родильного дома им. Клары Цеткин в Москве при участии доцентов А. П. Егорова, А. И. Близнянской, В. В. Гориневской, преподавательницы Зикмунд А. И. и врача Р. У. Руховец).

Задачей данной работы являлись выработка комплекса физических упражнений, наиболее соответствующих послеродовому периоду, и проверка реакции на него ослабленного организма женщины после родов.

В существующих до настоящего времени немногочисленных работах по применению гимнастики в раннем послеродовом периоде акцент ставился главным образом на упражнениях для брюшного пресса и тазового дна, при чем упражнения брались статического характера.

Вводя физические упражнения в режим дня женщин-родильниц в первые дни после родов, мы преследовали цели не только местного, но и общего воздействия, а именно: улучшение кровообращения и содействие более равномерному распределению крови во избежание застойных явлений в нижней части туловища и нижних конечностях; поднятие тонуса организма путем воздействия на всю мышечную систему, попутно укрепляя и наиболее пострадавшие во время родов мышцы брюшного пресса и тазового дна; улучшение дыхательной способности. В конечном итоге мы рассчитывали, что вводимый нами комплекс упражнений будет содействовать более живому ходу инволюционных процессов в половом аппарате, считая, что в тонизированном организме они проходят более энергично. Вялое и замедленное течение инволюционных процессов вызывает ряд осложнений, которые заставляют женщину дольше оставаться в стенах родильного дома и могут быть причиной более стойких изменений в половом аппарате, отдаляющих срок восстановления работоспособности женщины или же снижающих ее.

Вырабатываемый комплекс упражнений строился так, чтобы в небольшом числе их охватить движениями все большие мышечные группы и суставы. Упражнения брались преимущественно динамического характера без особенно сильного напряжения, так как такой характер упражнений вызывает меньше утомления.

Упражнения подбирались наиболее простые в исполнении, во-первых, имея в виду женщину без физкультурной

подготовки, которая в настоящее время в громадном большинстве случаев встречается среди родильниц, и, во-вторых, для того, чтобы женщина могла их легко запомнить и проводить по выписке из родильного дома, так как для восстановления мышечного тонуса срок пребывания в родильном доме слишком мал и все восстановительные процессы после родов заканчиваются значительно позднее.

Выработанный комплекс упражнений проверен на материале родильного дома им. Клары Цеткин в Москве. Занятия проводились в одной выделенной для этого палате, в которую поступали женщины после родов без предварительного какого-либо подбора.

Противопоказанием для занятий служили:

- 1) роды с оперативным пособием,
- 2) разрывы промежности,
- 3) высокая температура,
- 4) изменения со стороны сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации,
- 5) болезни почек,
- 6) туберкулез легких.

Занятия начинались со 2—3-го дня после родов, проводились врачом в утренние часы в тщательно проветренной палате при открытом окне, а зимой—при открытой фрамуге; одеяла откинута, под головой одна тонкая подушка, постели тщательно оправлены. Времени для занятий требовалось не больше 10 минут. Весь комплекс состоял из 9 упражнений. Каждое упражнение проделывалось 4—5 раз в спокойном, умеренном темпе. На 2 и 3-й день давалось только 4 упражнения, в последующие дни нагрузка увеличивалась включением новых упражнений и увеличением повторяемости каждого упражнения. При проделывании упражнений обращалось внимание на дыхание, стремясь к тому, чтобы оно было глубоким, со вдохом через нос и выдохом через рот, чтобы вдох и выдох происходили при наиболее выгодном положении в упражнении, способствующем глубокому дыханию. Кроме общих занятий, под руководством врача в утренние часы родильницам предлагалось проделывать по вечерам упражнения, которые ими хорошо были усвоены.

Описание упражнений:

1) Исходное положение: лежа на спине, руки свободно вдоль туловища. Разведение рук через стороны, вверх с поворотом ладней вверх (вдох). Соединить ладони над головой и соединенные руки со сгибанием в локтях опускать вдоль туловища до отказа (выдох—рис. 1).

При поднимании рук голову откинуть назад, следя за руками; при опускании рук сгибать голову вперед. С поворотом ладоней наружу начинать движение снова.



Рис. 1



Рис. 5



Рис. 2



Рис. 6



Рис. 3



Рис. 7



Рис. 4



Рис. 8

Все упражнение проделывается так, как бы потягиваясь после сна (повторить 4—5 раз, начиная с 2—3-го дня после родов).

2) Исходное положение то же. Подтягивание ног, согнутых в коленях, к тазу (рис. 2). Стопы ног от кровати не отделяются. При сгибании ног — выдох, при разгибании — вдох (повторить 4—5 раз, начиная с 2—3-го дня после родов).

3) Исходное положение то же. Разведение рук в стороны (вдох). Нагибание туловища вправо, при чем правая рука опускается и скользит вниз вдоль туловища, левая рука поднимается и сгибается над головой (выдох). Голова нагибается вправо. То же движение в левую сторону (рис. 3) (повторить 4—5 раз, начиная с 2—3-го дня после родов).

4) Исходное положение то же. Поднимание туловища из лежачего положения с опорой на локтях. Спина круглая. Движение начинается с поднимания головы, а потом постепенно поднимается туловище. Сгибание туловища до отказа при согнутых коленях (рис. 4) — выдох. Медленное опускание обратно в лежачее положение (вводить с 4-го дня после родов с повторением 2—3 раза; с 5-го дня — с повторением 4—5 раз).

5) Руки лежат под головой. Подтягивание ног с разведением колен, соединяя обе ноги подошвами друг с другом (выдох) (рис. 5). Вытягивание ног с соединением колен (вдох); при подтягивании ног — выпячивание заднего прохода, при вытягивании ног — втягивание заднего прохода (вводить с 4-го дня после родов с повторением 2—3 раза, с 5-го дня — с повторением 4—5 раз).

6) Руки лежат свободно. Подтягивание ног поочередно то одну, то другую (тип ходьбы) (рис. 6). Дыхание свободно. На 4-й день в течение 10 секунд, в последующие дни — в течение 20 секунд).

7) Повторение первого упражнения (начиная с 1-го дня занятий).

8) Лежа на животе, руки на уровне подбородка, соединенные в кистях (одна на другую), локти разведены в стороны (рис. 7). С опорой на предплечье — поднимание головы и верхней части туловища. При поднимании вдох, при опускании — выдох (начиная с 6-го дня после родов с повторением 2 раза).

9) Лежа свободно на животе. Ноги согнуты в коленях. Движения в голеностопных суставах: сгибание, разгибание, повороты в стороны (рис. 8). Дыхание свободно (начиная с 4-го дня после родов).

Для проверки влияния комплекса физических упражнений взяты данные течения послеродового периода у занимавшихся гимнастикой и не занимавшихся гимнастикой родильниц; исследование сердечно-сосудистой системы (пульс, дыхание и кровяное давление) до и после занятий физическими упражнениями; исследование мазков крови — гемограммы в статике у занимавшихся и не занимавшихся гимнастикой и в динамике у занимавшихся гимнастикой, т.е. до и после упражнений.

Группа занимавшихся гимнастикой (опытная группа) — 174 чел., контрольная группа не занимавшихся гимнастикой — 63 чел. Обе группы совершенно одинаковы по возрасту, отношению к производительной деятельности, социальному положению и обе группы были в совершенно одинаковых условиях в смысле режима дня.

По течению послеродового периода опытной группы отмечается, что занятия гимнастикой не вызывали никаких осложнений в нем. Сокращение матки, уменьшение ее величины происходило быстрее. Высота стояния дна матки над лобком в течение занятий у них была ниже. Отмечено, что в группе занимающихся физупражнениями меньше наблюдалось случаев повышения температуры, чем в контрольной группе. К повышению температуры в послеродовом периоде надо быть очень внимательным и продолжать занятия возможно по выяснении причины повышения, а в случаях сомнительных, невыясненных — занятия следует прекращать. Отправления кишечника в группе занимавшихся гимнастикой были регулярны и в меньшем проценте случаев (наполовину) по сравнению с контрольной группой приходилось стул вызывать искусственно.

Изменение окружности живота на уровне пупка в 1-й день после родов и на 7-й день показало, что уменьшение ее было больше у занимавшихся гимнастикой. Крайние цифры 0—10 см, тогда как в контрольной группе — 0—6 см. Это уменьшение окружности можно отнести за счет вздутия кишечника и повышения сократимости тканей, в частности, мышц брюшного пресса.

При исследовании сердечно-сосудистой системы пульс сосчитывался по десятисекундному способу, измерение кровяного давления производилось по способу Короткова аппаратом Рива-Рочи.

Исследование производилось перед началом занятий физупражнениями и после занятий физупражнениями, при чем пульс и дыхание сосчитывались в первые полминуты после занятий и приблизительно через 1 минуту (время, потребное на одевание манжетки) измерялось кровяное давление. Одна и та же родильница подвергалась исследованию несколько раз в различные дни занятий. Всего обследовано 35 родильниц разного возраста.

Частота пульса после упражнений не менялась, за исключением 5 случаев, когда пульс участился на 1 удар в 10 секунд, но при подсчете через 5 минут он был исходной величины.

Дыхание ни в одном случае не увеличивалось — одышки не было. По результатам измерения кровяного давления выявились 4 типа реакции:

1 — выражался в повышении максимального и минимального давления одновременно, пульсовое давление не изменилось.

2 — в повышении максимального и понижении минимального давления, пульсовое давление увеличилось.

3 — при неизменении максимального давления падение минимального давления, пульсовое давление увеличилось.

4 — падение максимального давления и повышение минимального, пульсовое давление уменьшилось.

В большинстве случаев получена реакция первого типа. Ее мы рассматриваем как благоприятную реакцию, относя повышение минимального давления за счет нервной возбудимости. Такую реакцию при небольшой нагрузке дают вообще часто нетренированные лица.

Второй тип — хорошая реакция получена преимущественно у лиц молодого возраста (до 25 лет). Она свидетельствует о хорошей полной работе сердечно-сосудистой системы после занятий физическими упражнениями.

Реакцию третьего типа дают или очень хорошо тренированные лица при маленькой нагрузке для них, или же этот

тип реакции может указывать на слабость реактивной способности организма в связи с общим ослаблением тонуса. На нашем материале мы имеем дело со вторым случаем и рассматриваем ее как пограничную между благоприятной и неблагоприятной реакцией. И, наконец, четвертый тип реакции надо расценивать как малоблагоприятную, свидетельствующую о недостаточности сердечно-сосудистой системы. Последние два типа реакции получились в большинстве случаев у родильниц много рожавших в возрасте около 30 лет и выше и трое из них страдали миастенией (по определению кардиолога — консультанта родильного дома). При появлении этих двух типов реакции необходимо особенно внимательно отнестись к состоянию сердечно-сосудистой системы и осторожно подходить к увеличению нагрузки.

Исследование сердечно-сосудистой системы в разные дни у одной и той же родильницы не дало ухудшения реакции в последующие дни, обратные же случаи были.

На основании всего изложенного можно считать, что со стороны сердечно-сосудистой системы мы имеем в большинстве случаев (69%) благоприятный тип реакции, указывающий на ее тонизирование, без явлений перевозбуждения (не увеличивалась частота пульса при подъеме максимального давления). Отсутствие учащения пульса зависело от того, что все упражнения давались в строго ритмированном и в весьма замедленном темпе. Это обстоятельство весьма ценно, если принять во внимание большую возбудимость, которая обычно наблюдается со стороны сердечно-сосудистой системы в послеродовом периоде.

Что же касается тех случаев, где мы расцениваем реакцию как неблагоприятную (падение кровяного давления), то и тут мы имеем дело с легким утомлением без какого-либо нарушения сердечно-сосудистого равновесия, поскольку при этом не наблюдалось ни учащения пульса, ни одышки. Но все же эти случаи заставляют быть осторожными там, где мы имеем дело с более пожилыми, ослабленными женщинами, а также с женщинами, имеющими не явно выраженные отклонения со стороны сердца (случай с миастенией).

Исследование реакции на физупражнения со стороны крови велось путем взятия мазков крови. У занимавшихся гимнастикой родильниц мазки брались на 3-й, 5-й и 7-й дни после родов перед занятиями физупражнениями и через $\frac{1}{2}$ часа после занятий; в те же дни после родов и в те же часы брались мазки у родильниц, не занимавшихся гимнастикой. Сопоставление статистики гемограмм обеих групп показало, что опытная группа дала лучшие показатели на 7-й день, чем

контрольная. Улучшение наступает уже на 5-й день после родов, что совершенно не наблюдалось у контрольной группы. Миогенные сдвиги непосредственно после гимнастики были незначительны. Они были меньше тех, которые наблюдались в гемолaborатории ГЦФИК после разного вида зарядовой гимнастики или гигиенических видов, применяемых на здоровых, наблюдался лишь переход от первой ко второй фазе миогенных сдвигов по схеме Егорова. Последнее обстоятельство указывает на то, что комплекс упражнений не вызывал перегрузки.

В заключение коснемся общего самочувствия родильниц, проделывавших гимнастику. Оно было бодрым, не было жалоб на усталость, головные боли и т. п. Аппетит и сон были вполне удовлетворительными. Настроение в палате всегда было веселое и занимались гимнастикой охотно, без всякого принуждения.

Данная работа является лишь ориентировочной, но на основе ее можно сделать уже чисто практические выводы:

1) Так как полученные результаты применения предлагаемого комплекса физупражнений дают вполне благоприятные данные как в отношении более быстрой инволюции матки, так и в смысле тонизирования организма, то имеются все основания для применения этого типа физупражнений в послеродовом периоде в массовом масштабе по отношению ко всем родильницам, за исключением тех, которые подходят под указанные противопоказания.

2) Изучение реакции организма женщины на примененный комплекс указывает на то, что реакция в большинстве случаев вполне благоприятная. Это благоприятность, а в некоторых случаях даже недостаточность реакции (там, где мы имеем дело с лицами, несколько подготовленными к физупражнениям), позволит в будущем несколько усложнить комплекс упражнений и в последующие дни постепенно увеличивать нагрузку, давая женщине большую подготовку к той жизненной нагрузке, которую она будет иметь после выписки из родильного дома. Но, увеличивая нагрузку, следует останавливаться исключительно на упражнениях динамических и не вставлять упражнений статических, которые сами по себе вызывают утомление, нежелательное по отношению к ослабленному организму женщины после родов.

3) Возможность и желательность широкого применения физупражнений в послеродовом периоде ставит весьма остро вопрос о подготовке к этой работе как врачей-акушеров, так и среднего медицинского персонала. В связи с этим необходимо включение этого вопроса в программу преподавания в медтехникумах и в мединститутах.

В. В. Ефимов и К. С. Замычкина

ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЯ ГОРНОГО ТУРИЗМА

II. Влияние физической тяжелой, но эмоциональной работы на биохимию крови (по материалам физиологической экспедиции на Кавказ).

(Из психо-физиологической лаборатории института ОЗДиП Наркомздрава. Б. завед. лаборатор. проф. В. В. Ефимов).

Параллельно с исследованием газообмена и кровяного давления, описанного в 1-й части настоящей работы¹⁾, было произведено и изучение биохимии крови у тех же 4-х испытуемых при тех же горных экскурсиях. Перед отъездом на Кавказ у всех испытуемых была взята кровь натощак, в постели, после сна, для определения в ней количества молочной кислоты (по Менделю), резервной щелочности (по Ван-слайну) и неорганического фосфора (по Фiske и Суббороу). То же было сделано и в Теберде, спустя 3 дня по их прибытии туда, при чем им были воспрещены далекие прогулки и игры. Как показывает таблица № 1, по приезду в Теберду из-

Таблица 1

Состояние биохимии крови при покое до и после прибытия на Кавказ

Фамилии	Резервная щелочность			Молочная кислота			Неорганический фосфор		
	Мо-сква	Теберда		Мо-сква	Теберда		Мо-сква	Теберда	
		а	б		а	б		а	б
	52,8	45,4	52,7	14,2	14,6	10,6	4,0	4,0	3,8
	49,0	41,4	49,2	10,8	11,0	10,4	3,5	3,4	3,4
	53,8	49,8	53,0	11,0	11,4	10,6	3,1	3,8	3,0
	58,6	47,9	50,0	11,3	10,9	10,1	3,6	3,4	3,7

менилась, понизилась ясно резервная щелочность крови («а»), но после некоторого пребывания в горах опять возратилась к величине, наблюдавшейся в Москве (см. 3-й столбик «б»). Молочная кислота и неорганический фосфор остались без изменения. После отдыха в течение 3 дней были начаты горные экскурсии; перед каждой экскурсией бралась у испытуемых из вены кровь, натощак в постели, после чего испытуемый съедал завтрак из чая и белого хлеба. После восхождения на вершину сейчас же бралась 2-я проба крови, для чего ис-

¹⁾ Журн. «Теория и практика физкультуры», № 6, 1931 г.

следователь (Замычкина) заранее шла на место исследования; кровь предварительно обрабатывалась на месте взятия, дальнейшая обработка происходила уже в лаборатории, в Теберде. Первое восхождение было сделано на «Лысую гору». Данные по анализу крови (см. табл. 2) показывают, что в это утро испытуемые вообще имели еще пониженную резервную щелочность, восхождение же еще больше ее снизило.

Таблица 2

Изменение биохимии крови при восхождении на „Лысую гору“

№№ испыт.	Резервная щелочность		Уменьше- ние	Молочная кислота		Увеличе- ние	Неорганич. фосфор	
	Перед	После		Перед	После		Перед	После
1	45,4	32,4	— 13,0	14,6	37,3	+ 22,7	4,0	4,0
2 (а)	41,4	34,2	— 7,2	11,0	47,2	+ 36,2	3,4	3,5
3	49,0	44,9	— 4,1	11,4	37,3	+ 25,9	3,1	3,0
4	47,9	32,6	— 15,3	10,9	31,8	+ 20,9	3,4	3,5
2 (в)	44,9	43,9	— 1,0	11,0	53,3	+ 42,3	3,4	3,4

Второе восхождение на ту же гору того же испытуемого (2-в) показало, что тренировка дала уже минимальное действие на кровь, в то время как первый подъем (2-а) дал значительное понижение резервной щелочности, но вместе с тем сильно повысив молочную кислоту. Вообще молочная кислота у всех испытуемых была значительно увеличена. Неорганический фосфор совершенно не подвергся изменению.

На следующий день после этой экскурсии утром натошак опять была взята кровь из вены для того, чтобы убедиться, не осталось ли стойкого изменения в крови после экскурсии. Но оказалось, что **нет разницы в биохимии крови до экскурсии и спустя ночь после нее.**

Следующая экскурсия на «Бадукские» озера продолжалась с 5 час. утра до 8 час. вечера, т.е. 15 часов, при чем при этой экскурсии, как и при всех остальных, не удалось взять, по техническим причинам, кровь на вершине, а она бралась **сейчас же** по прибытии в Теберду. Кровь взята была не только у испытуемых, но и у 5 физиологов, членов экспедиции. Как видно из таблицы № 3, изменений в резервной щелочности, кроме одного 5-го испытуемого, нет; также молочная кислота немного повышена у 6-го и 7-го испытуемых. Неорганический фосфор не дал изменений.

Таблица 3

Биохимия крови перед и после экскурсии на „Вадукские“ озера

Номера	Резервная щелочность		Молочная кислота		Неорганич. фосфор	
	Перед	После	Перед	После	Перед	После
1	47,1	46,8	14,5	13,9	4,1	4,2
2	44,9	45,8	11,0	13,3	3,2	4,2
3	48,9	49,7	11,8	14,0	3,1	3,2
4	47,9	46,8	10,8	12,0	3,3	3,5
5	56,6	47,7	14,8	14,6	3,0	3,3
6	45,8	46,0	13,3	24,4	2,9	2,7
7	41,2	42,0	10,6	20,0	3,4	3,8
8	51,0	50,8	12,1	12,0	2,8	3,0
9	51,1	51,0	10,1	10,5	3,1	3,0

Особенно тяжелой экскурсией является подъем на гору «Хатишару», благодаря ее крутому наклону.

Таблица 4

Биохимия крови перед и после экскурсии на гору „Хатишара“ (2700 м)

Номера	Резервная щелочность		Молочная кислота		Неорганич. фосфор	
	Перед	После	Перед	После	Перед	После
1	47,1	51,0	14,5	12,0	4,1	4,3
2	44,9	47,3	11,0	13,1	3,2	4,1
3	48,9	52,8	11,8	12,5	3,1	3,2
4	—	—	10,8	13,0	3,3	3,7
5	56,6	49,2	14,0	12,0	—	—
6	53,0	46,4	10,0	24,0	3,8	4,0

Но и после этой, наиболее тяжелой и, главное, не особенно красивой на некотором протяжении дороги, сравнение биохимии крови перед подъемом и после спуска показывает, что изменения лежат почти все в пределах ошибок методики. Но № 6 в этой таблице должен быть особо отмечен: у него ясно небольшое увеличение молочной кислоты и уменьшение резервной щелочности, но именно такое небольшое изменение и замечательно, так как под № 6 шел физиолог Митрофанов, который благодаря тому, что позабыл взять необходимое

приспособление для измерения газообмена, принужден был, поднявшись, спуститься и опять подняться, т.-е. совершить громадную работу. Возможность такой двойной работы у Митрофанова объясняется его тренированностью, как физкультурника. Уже Рерберг¹⁾ и Виссенанн²⁾ показали, что чем тренированнее организм человека, тем выше и устойчивее у него количество резервной щелочности в крови.

Сравнение биохимии крови при поднятии на «Лысую гору», где кровь была взята из вены на самой вершине, с другими двумя экскурсиями, в которых кровь бралась сейчас же после спуска, дает следующее интересное указание, что биохимия крови возвращается почти к норме, к состоянию до подъема уже во время спуска с горы. Таким образом, **несмотря на значительную работу спуска, которая, по Амару, равна половине работы подъема, начинаются восстановление состава крови и приход к норме;** как показывают все измерения, в конце спуска кровь имеет тот же состав, что и перед подъемом утром, в кровати.

Сравнивая с литературными данными по измерению резервной щелочности и молочной кислоты после различных работ, находим, что изменения от уже небольшой физической работы дают гораздо большие величины, чем при горном туризме.

Так, Мендель³⁾ и Гольдшейдер нашли, что после поднятия по небольшой лестнице количество молочной кислоты в крови увеличивается до 40—62 *мг*р, в то время как наибольшая наблюдавшаяся цифра даже на вершине «Лысой горы» у нас была 53 *мг*р. Хилл после 8-минутного, очень интенсивного бега на месте, нашел 200 *мг*р в крови испытуемого. Лоуи⁴⁾ нашел после 50-километрового бега в горах на лыжах понижение резервной щелочности с 60 до 29 *мг*р. При профессиональной работе, после 6 час. работы, у прядильщиц Ефимов⁴⁾ и Замычкина нашли понижение резервной щелочности не больше как до 42 *мг*р. Лакер⁵⁾ наблюдал, что одно покойное пребывание в горах не отражается на содержании молочной кислоты в крови, работа же на велосипеде более

1) Rehrberg und Wissenann. Zeitschrift experiment. Medizin. B. 55. 1927.

2) B. Mendel und Goldscheider. Klinische Wochenschr. 1925. № 6.

3) A. Loewy. Beitrag zur Abmüungsfunktion der Militärpatrouillen. „Sportliche Ergebnisse d. II Olympischen Winterspielen in St. Moritz 1928.

4) W. W. Efimoff und K. S. Samitschkina. Zur Biochemie der Ermüdung. Arbeitsphysiologie B. 2. 1929.

5) F. Laquer. Über den Milchsäuregehalt der Blutes im Hohenklima, Pfl. Arch. 1924. B. 203.

увеличивает молочную кислоту на горах, чем на равнине. Но надо принять во внимание, что работа была не эмоциональная, а монотонная, т.е. качественно отличная.

Закключение. Анализируя и сопоставляя все физиологические и биохимические данные и цифры килограммометража I и II частей работы, мы видим, что, несмотря на очень большую совершенную механическую работу, подходящую к пределу механической производительности человеческого организма, изменения в физиологии организма сравнительно невелики. Особенно интересны явления очень быстрого восстановления газообмена, пульса, кровяного давления и биохимии крови. За малыми исключениями, все физиологические данные указывают на очень небольшое объективное и субъективное (после экскурсии испытуемые играли в волейбол) утомление после столь большой работы. Особенно поразительно восстановление нормального состояния биохимии крови уже во время спуска с горы. Обычно в физиологии принимается, что восстановительный период начинается после работы и протекает тем дольше, чем больше была совершена механическая работа. При горном туризме получается, что, несмотря на тяжелые подъемы, при которых быстро наступает одышка и экскурсант переживает множество «мертвых точек», кислородный долг мал, а восстановительные периоды необычно ускорены. Найденные данные противоречат исследованиям других авторов, которые получали, наоборот, замедление и ухудшение протекания окислительных процессов при работе в горах, сравнительно с той же работой на равнине. Но это объясняется тем, что эти исследователи, например, Лакер, брали монотонную, совершенно лишенную каких-либо эмоций работу — поднимание тяжестей на эргографе (Моссо), работа на велотрапе (Лакер). Конечно, подобная работа не может быть сравниваема по своим психо-физиологическим процессам с горным туризмом, где каждое движение насыщено эмоциями борьбы, преодоления, победы над природой, соревнованием с лучшими ходоками и, наконец, эмоцией восторга от мощных, грандиозных ландшафтов кавказских гор. Те же самые физиологические процессы, как показывают наши исследования, могут протекать с другой скоростью и содержанием.

Уже Шульц¹⁾ экспериментально показал, что сила мышц значительно увеличивается у человека соревнующегося срав-

¹⁾ R. Schultze. Aus der Werkstatt der experimentalen Psychologie und Pädagogik Begabungsforschung und Berufsberatung. Leipzig. Voigtlander. 1922.
Русский перевод: Р. Шульц. Практика экспериментальной психологии, педагогики и психотехники. Москва, 1926 г. „Вопросы труда“.

нительно с индивидуальным испытанием. Так, порознь у него 2 испытуемых выжали на его динамометре по 125 кило, соревнуясь, дошли до 160 кило. Замечательно, что на следующий день, когда они вновь выжимали, **каждый в отдельности** они опять не могли, несмотря на все их усилия, выжать более 125 кило; то же влияние получилось у него и на работоспособность мышц при работе на эргографе.

В последнее время Шпильрейн¹⁾ собрал множество примеров изменения величины утомления и даже полное его снятие деятельностью сознания, окрашенного эмоциональным переживанием. Но при всех таких наблюдениях и опытах по очень значительному увеличению силы и работоспособности под влиянием эмоций различного рода и волевого сознательного усилия **оставался нерешенным вопрос, не ведет ли эта повышенная работа к последующему большому, уже патологически выявляющемуся в организме утомлению.**

Не ведет ли соревнование и сознательное волевое напряжение только к временному короткому возбуждению, чтобы за этим последовало тяжелое, приводящее уже к патологии изнурение и переутомление.

Как показывают исследования горного туризма, такая эмоционально окрашенная, очень тяжелая с механической точки зрения работа не дает объективных физиологических признаков сильного утомления, как-то: большого кислородного долга, длинного восстановительного периода, большого увеличения количества молочной кислоты и понижения резервной щелочности, упадка сердечной деятельности, выражающейся в понижении систолического и повышении диастолического кровяного давления и др.

Мы уже показали в другой работе, что не всегда, как это утверждает Хилл в виле общего положения, большому расходу энергии во время работы соответствует и длительный восстановительный период. У распиловщика бревен²⁾, несмотря на расход энергии, равный от 12 до 16 б. калор. в 1 минуту, кислородный долг был мал, а восстановительный период протекал в 3—5 минут благодаря ритмическому глубокому «дыханию по пиле».

Таким образом, нельзя устанавливать общее правило, что во всяком виде труда и физупражнении увеличение расхода энергии в 2 раза увеличивает и последующее утомление тоже почти в 2 раза, как это в неясной форме все время утвер-

¹⁾ И. Н. Шпильрейн. Что такое утомление. Журн. «Психотехника и психо-физиология труда». № 1. 1931 г.

²⁾ W. W. Efimoff und I. A. Arscharowski. Die Einwirkung der Hyperventilation bei sehr schwerer Arbeit auf die Erholung. Arbeitsphysiologie, B. 2. 1929.

ждает Амар и Атцлер при нахождении оптимальных и минимальных расходов энергии. Можно сказать, наоборот, что часто увеличение расхода энергии уменьшает утомление и, наоборот, все зависит от условий, в которых находится рабочий, и от его сознательно-волевой установки. Благодаря приведенным данным из исследований влияния горного туризма становится понятной — с психо-физиологической точки зрения — повышенная производительность, не сопровождаемая увеличенным утомлением, наблюдавшаяся при работе ударников при соцсоревновании.

Но, конечно, данные, приведенные в настоящей работе, получены над здоровыми, довольно тренированными подростками. Если подумать также об экскурсантах пожилых, с плохим, ослабленным сердцем, то, конечно, им нельзя давать тот же режим восхождений, который имели исследовавшиеся нами подростки.

У экскурсантов, не занимающихся физическим трудом, физкультурой, ослабленных, все физиологические изменения при обычной скорости подъема для подростков были бы, наверное, более значительными физиологическими изменениями. Часто случается, что они вообще не решаются на большие экскурсии, не надеясь на запасные силы своего сердца.

Физиологически рациональное восхождение на горы

Особенно важно физиологически правильно устанавливать свои отдыхи слабым, не сильным людям, у которых сердце не обладает большой мощностью и запасами сил. Слабые, с плохим сердцем люди боятся предпринимать далекие экскурсии, в особенности горные восхождения. Между тем, и для них эти достижения возможны, если восхождение совершается правильно, и работа сердца рационально регулируется.

Так, на себе и своих спутниках автор проделал следующий опыт. Обладая малоспособным к борьбе с утомлением организмом и слабым сердцем, автор (Ефимов) подобрал двух спутников подобной же организации, и перед переходом через Клухорский перевал по Военно-Сухумской дороге специально тренировался, не увлекаясь, на постепенно усложняющихся горных подъемах.

При подъеме на Бадукские озера автор с двумя спутниками шел следующим способом. Остановки при подъеме происходили не тогда, когда чувствовалась усталость, а как только частота биения сердца делалась ясно ощутимой, и наступало небольшое затруднение дыхания, начало будущей одышки.

Сейчас же делался отдых стоя, который и продолжался до тех пор, пока пульс не спадал до 90 ударов в мин.; только после этого начинался опять подъем. Остальная часть экскурсии далеко ушла вперед, но мы все-таки продолжали держаться выбранной методики подъема, при чем перед началом подъема все делали по нескольку глубоких вдохов и выдохов для более интенсивного выделения углекислоты и поглощения кислорода.

Спустя некоторое время, мы догнали ушедшую вперед часть экскурсии, шедшую обычным способом и отдыхавшую по чувству утомления. Пришли к озерам бодрые, не уставшие.

Тренируясь осторожно подобным образом, автор смог уже сделать весь путь по Военно-Сухумской дороге не только не отставая, но идя впереди с сильными членами экскурсии.

К сожалению, соревнование и мелкое честолюбие, боязнь насмешки спутников превращают чудесные экскурсии для многих в пытку утомлением, сопровождающуюся лбльной истощенностью на следующей день и даже заболеванием. Вместо того, чтобы укрепить сердце для работы в течение долгой зимы, экскурсанты его истощают и затем болеют часто и долго от небольшой простуды. Даже органические недостатки сердца, как например, недостаточность его клапанов, не мешают достичь при рациональной тренировке значительных результатов в физкультуре. Так, Зеленин¹⁾ нашел у одного чемпиона лыжного спорта недостаточность аортальных клапанов, у прекрасного пловца — недостаточность двустворчатки. Всякую тяжелую работу можно, пользуясь приемами психо-физиологической рационализации, сделать более легкой, а следовательно, и переносимой и для не- сильного организма.

¹⁾ В. Ф. Зеленин. Сердце и спорт. „Теория и практика физической культуры“. В. I. 1928 г.

Д-р И. Ф. Прусаков (Воронеж)

**ЗА ПЛАНОВЫСТЬ, ЗА ТЕМПЫ, ЗА КОММУНИСТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
МЕТОДАБОТЫ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ¹⁾**

Методическое совещание по физкультуре, созданное ОблСФК, при участии Облздрава (Облздрав представил 4 доклада на здравоохранительные темы и 27% участников методсовещания были врачи, работающие по физкультуре), состоялось в обстановке громадных успехов социалистического строительства в третий, решающий год пятилетки, когда пролетариат вместе с колхозниками, бедняками и середняками закладывает фундамент социализма.

Совещание имело своей целью реализацию решений первого Всесоюзного съезда врачей-физкультурников, Всесоюзного совещания председателей НМК СФК и мартовских пленумов ВСФК РСФСР и СССР, поставивших задачу включения физкультурдвижения на службу социалистическому строительству и обороне страны.

Все вопросы, стоящие на повестке дня совещания по физкультуре, прорабатывались в свете задач социалистического преобразования ЦЧО—области, превращающейся в индустриально-аграрную и колхозную.

Лейтмотив работы совещания— всю науку, методику и технику физкультуры на службу социалистическому строительству Советского Союза и для защиты его от врагов.

На совещание по физкультуре было представлено 17 пунктов области в количестве 57 человек.

Состав делегации характеризуется следующей таблицей:

Профессия				Возраст			Пол		Ск. раз на совещании		Не выявлено
Руководитель ф. к. (институт)	Преподават. метод.	Врач	Рабочий	До 20 лет	С 20 до 30 л.	Старше 30 л.	Мужчин	Женщин	Один раз	Более одного раза	
21	12	15	4	3	22	23	36	12	22	26	8

Из общего числа участников: членов ВКП(б)—5, ВЛКСМ—11, ударников—35.

Довольно полно была представлена периферия, врачебная группа (27%), удовлетворительно — партийно-комсомольская прослойка (28%), 61%—охвата участников совещания коммунистическими формами труда (соцсоревнованием и ударничеством).

¹⁾ Итоги 2-го Областного научно-методического совещания по физкультуре ЦЧО, г. Курск, 20—24 мая 1931 г.

Совещание обсудило следующие вопросы, которые прорабатывались пленарно:

1) Состояние и задачи научно-методической и спортивно-технической работы в реконструктивный период и план работы НМК ОблСФК на 1931 г. (д-р И. Ф. Пруссаков — НМК ОблСФК).

2) Структура руководства райСФК и очередные задачи по физкультуре в летний период (Висков — ОблСФК).

Содоклады:

а) совхозно-колхозная спартакиада (Ермаков — ОблСФК).

б) совещание бригады научной экспедиции по физкультуре в машинно-тракторных станциях о своей предварительной работе (д-р Баршт, т. Страшек и т. Ноздняков).

3) Физкультура как массовый фактор поднятия производительности труда и борьбы с профвредностями производства и профзаболеваниями (д-р И. Ф. Пруссаков — Облздрав и ОблСФК).

4) Военизация физкультуры (Селиванов — кафедра военн. наук ВГУ).

5) Массовая работа по физкультуре (Страшек — институты СХИ).

6) Физкультура среди детей и подростков (д-р Баршт — Орловский горздрав).

7) Физкультура среди женщин (д-р Васильева — Воронежский медицинский институт).

8) Формы и методы работы врача по физкультуре в реконструктивный период (д-р Вубнова — Тамбовский горздрав).

Представленные доклады вполне были удовлетворительны, о чем говорят и резолюции, согласно которым все тезисы с незначительными дополнениями и изменениями были приняты.

За неимением места, не разбирая всех докладов совещания, задержим внимание читателя лишь на сообщении научной экспедиции, которая была отправлена Облздравом, ОблСФК и облотделом труда в МТС с. Холд, Гремячинского района ЦЧО для разработки темы «физкультура в МТС», в составе врача — специалиста по физкультуре, врача-профгигиениста и двух методистов физкультуры.

Доклад экспедиции аудиторией был встречен радушно и был весьма интересным. Это был первый опыт не только в ЦЧО, но и даже в СССР.

Хотя материалы экспедиции окончательно и не проработаны, все же основные выводы можно сделать.

Главные профвредности тракториста:

Земляная пыль, газы от мотора, лучистая энергия от мотора и от солнца, дрожание, неправильное положение тела во время сидения (напряжение мышц спины в виду отсутствия спинки у сиденья, положительная дистанция и недостаточная дифференция, ночная работа, статичность мышц, живота, дна таза).

Санитарная характеристика быта тракториста:

Отсутствие передвижного помещения (вагончиков), недостаточная жилая площадь (доходящая до $\frac{1}{4}$ кв. м на человека), неудовлетворительное освещение, небезопасность доброкачественной питьевой водой и нерегулярный прием горячей пищи, отсутствие умывальников, горячей воды и мыла, небезопасность стирки спецодежды, белья, слабое культурное обслуживание, не организовано медобслуживание в поле, нет постельных принадлежностей.

Санитарно-гигиенический облик рабочих мастерских МТС:

Отсутствие кипяченой питьевой воды, непригодность помещения для зимы (очевидно, явление временное), недостаточное освещение у станков, жилищная площадь 2,5 кв. м на человека, — содержание помещения в 62% неудовлетворительно, 50% не имеют отдельной чайной и столовой посуды, у 71% нет отдельного полотенца. Курение: 67% курят много, 12% — мало и 21% — не курят. Алкоголь: не пьют — 42%, изредка употребляют — 21%, редко пьют — 8%, пьют много — 29%. Чистят зубы — 25%. Баня — 21% 1 раз в пятидневку, 37% — 1 раз в 7 дней, 4% — 1 раз в 10 дней, 4% — 1 раз в 15 дней, 8% — 2 раза в месяц, 16% — 1 раз в месяц, 8% — редко. Питание удовлетворительное. Форточки в 33%, 37% — комнаты сырые. Утренней зарядкой (главным образом по радио) занимаются только — 4%.

Физразвитие и физическое состояние здоровья характеризуется следующими показателями: отклонения от нормы в области сердечно-сосудистой системы — 30% (главным образом функционального характера), со стороны легких отклонения встречаются в 80% (это по преимуществу бронхиты курильщиков), значительно выражен фурункулёз на ягодицах (являющийся следствием грязной, долго несменяющейся одежды и сидячей работы), воспаление слизистых глаз (хотя и есть очки, но их трактористы не носят, так как, по их мнению, они неудобны — потеют, саднят кожу и пр.), наблюдаются сутуловатости, сколиозы, которые по заключению экспедиции сейчас, в виду недостаточности материала, трудно объяснить причиной работы. Одно ясно, что эти параморфизмы будут прогрессировать, если не регистрировать профприспособленности. Пути и формы работы по ФК в МТС в основном, судя по приведенному материалу, должны идти по таким главным направлениям:

- 1) Укрепление организационной структуры (физкультколлективы, ФК кружки, ФК группы).
- 2) В курсы подготовки трактористов включить физкультурные разделы.
- 3) Санитарно-гигиеническое воспитание трактористов (санминимум индивидуальный и общий).
- 4) Ознакомление с основами индивидуальной гимнастики и пользования естественными факторами природы в условиях полевой работы и домашней обстановки.
- 5) Заполнение перерывов, свободных часов и дней физкультурными занятиями индивидуально, бригадно (5—8 чел.) и пр.
- 6) Широкое ознакомление с самоконтролем, самонаблюдением за работой своего организма в связи с занятиями физкультурой и в связи с трудовыми процессами.
- 7) Культивирование занятий по ФК на воздухе типа легкой атлетики (бег, прыжки, метание и т. д.) и спортигры (особенно с мячом) при максимальной подвижности, имея в виду значительную статичность самой работы тракториста.
- 8) Зимой трактористы должны быть поставлены на лыжи и коньки.
- 9) При проведении гимнастики надо уделять внимание укреплению живота и дна таза, выпрямлению позвоночника с общим укреплением мышц спины и грудной клетки.
- 10) Комплекс значка «Готов к труду и обороне» должен проводиться широко, как интересная и целеустремленная форма, имеющая несомненно и большие положительные моменты в смысле оздоровления и культивирования санитарно-гигиенических навыков.
- 11) Нельзя также игнорировать местными занятиями ФК, оздоравливая их методику, фабулу и пр.

Предложения со стороны экспедиции технического порядка сводятся к следующим совершенствованиям, которые вполне возможны, осуществлению, судя по консультации технадзора тракторных мастерских: устройство спинки к сидению трактористов, подушечки на сиденьях, подвижного сидения в вертикальном и горизонтальном направлениях.

В старой системе тракторов «Джон-Дира» вывести выше трубу и лучше осветить трактор во время ночной работы.

Указанные недостатки труда и быта есть явление временное, устраняемое по мере роста нашего экономического благосостояния. Тем не менее, физкультуре суждено сыграть не последнюю роль и сейчас в перестройке колхозников, бедняков и середняков — в нового социального человека, устранения с пути все нездоровое. Поэтому наша задача — шире и с большими темпами, включая ФК в общие задачи, социального переустройства, деревни, содействовать скорейшему их разрешению.

Небезынтересно отметить, что участники экспедиции, изучая процесс производства, сами работали на тракторе, что им позволило лучше и вернее изучить влияние труда тракториста на организм.

Одобрив работу экспедиции, совещание решило вторично послать ее в уборочную кампанию для окончательной проработки комплекса «Физкультура в МТС».

Было постановлено такие бригады направить в другие совхозы, колхозы, коммуны, на заводы, на фабрики.

На совещании нами от имени Облздара было сделано сообщение о реализации решений всесоюзного съезда врачей-физкультурников. Частично об этом было сказано в нашей статье «На подеме» (Журнал «Теория и практика физической культуры», № 4—5 за 1931 г.). Здесь дадим дополнительные сведения.

Об итогах Первого всесоюзного съезда врачей-физкультурников было доложено на президиуме (12/III—с/г.) и на пленуме (7/IV—с/г.) ОблСФК ЦЧО, на 2-м Областном съезде союза работников здравоохранения (май 1931 г.); на совещании при Облздаре; периферия через своих делегатов, которых было на съезде врачей-физкультурников 8 чел., отчиталась на местах; дана итоговая статья в журнал «Здравоохранение ЦЧО» и т. д.

Таким образом, решения съезда врачей-физкультурников были широко обоснованы. Результаты следующие:

ОблСФК ЦЧО обратился со специальным директивным письмом (в тираже—5 000) к СФК, МБФК, инструкторам ФК и физкультурным организациям ЦЧО—с предложением включиться в работу по реализации решений Первого всесоюзного съезда врачей-физкультурников.

Облздрав издал специальный приказ в связи с решениями съезда. В приказе сказано: выделить инспектуру ФК и туризма Облздара ЦЧО из оргинструкторского сектора в самостоятельную единицу при завед. ОблЗО с правами сектора; научные институты обязаны в свои планы включить для разработки и физкультурные темы; сектор кадров обязан заниматься подготовкой кадров по ФК среди врачей и медработников; для работы в Областном научно-исследовательском кабинете по ФК выделено 5 тысяч руб. и учреждается при нем интернатура.

2-й Областной съезд союза работников здравоохранения по нашему предложению ввел в пленум Облотдела одного врача-физкультурника как представителя врачебно-физкультурной организации и принял до 6 пунктов и резолюции по физкультуре.

В целях более широкого популяризации решений Первого всесоюзного съезда врачей-физкультурников издается специальная брошюра.

В Воронеже создан кружок физкультуры из врачей в количестве 17 чел.; куда вошли врачи разных специальностей (врачи ФК, ОЗДП, гинекологи, терапевты, хирурги).

Данный кружок явится базой для организации секции физкультуры при областной ассоциации врачей, а затем — научно-практического о-ва врачей-физкультурников согласно постановления Первого всесоюзного съезда врачей-физкультурников.

Заканчивается опытная работа по ФК в МТС, ставится такая же работа в типографии ОГПУ, на металлургических заводах, с возрастом свыше 35 лет и с работницами производства.

Таким образом, можно сказать, что Облздрав обязательства участников Первого всесоюзного съезда врачей-физкультурников в основном выполнил.

Что касается реализации решений Всесоюзного совещания председателей НМК СФК и мартовских пленумов ВСФК РСФСР и СССР, то они нашли полное отражение в работах методсовещания и в едином научно-методическом плане ОблСФК на 1931 г.

Итак, ЦЧО развернутым фронтом приступила к реализации всех решений вышестоящих организаций по физкультуре.

В заключение необходимо сказать, что все вопросы повестки дня обсуждались делегатами активно и деловито. Количество записавшихся в прениях ораторов всегда превышало возможное.

Все резолюции по докладам были приняты единогласно, чем достигнуто полное единодушие по всем вопросам. Делегация идеологически себя показала выдержанной, осудив со всей серьезностью теоретические вылазки Тер-Аванесьяна, Ганзена, Пржевальникова и др., как чуждые пролетариату, а стало-быть, и советской физкультуре, тенденции неправильного антиленинского толкования принципиальных вопросов теории и методики физкультуры.

Совещание приняло на себя революционные обязательства по лучшему и скорейшему проведению в жизнь решений 2-го Областного научно-методического совещания по физкультуре.

Обязательства эти следующие:

«Мы, участники 2-го методического совещания по физкультуре ЦЧО, в целях перестройки науки, методики, и техники ФК работы применительно к задачам соцстроительства и обороны страны обязуемся провести следующее:

- 1) материалы методического совещания довести до сведения широких масс;
- 2) добиться, чтобы все хозяйственные, культурные и пр. организации включили физкультуру в свои производственные планы, добиваясь участия в ФК работе их руководителей;
- 3) шире пропагандировать физическую культуру среди широких трудящихся масс для включения ее во все стороны труда и быта;
- 4) по прибытии на места организовать бригады из работников ФК, врачей, колхозников и пр. для постановки показательной работы по ФК на местных фабриках, заводах, в колхозах, и пр., организовывая эту работу на растущей активности широких трудящихся масс, на методах соцсоревнования, ударничества и т. д., заключая соцдоговоры между отдельными работниками и районами на конкретное выполнение работы по ФК;

5) обмениваться опытом работы через НМК ОблСФК;

6) к январю 1932 г. проверить с помощью бригад выполнение постановления методсовещания по ФК с последующим извещением об этом НМК облСФК».

Ответом на обязательства, как следовало и ожидать, явился вызов тамбовской делегации на соцсоревнование делегаций Воронежа и Орла. Вызов был принят. Соцдоговоры оформились на совещании. В качестве арбитра избран НМК ОблСФК ЦЧО.

На совещании принят единый научно-методический план, в котором предусмотрено разработать до 25 исследовательских и методических тем, где будет участвовать до 15 организаций.

Означенный план сыграет роль собирателя всех методов для втягивания их в работу.

В заключительном заседании совещание вынесло постановление о типографском издании трудов совещания. К этой работе НМК ОблСФК сейчас приступил.

Совещание приветствовала рабочая делегация в 100 чел. Курского ж.-д. узла, которая дала такой социальный заказ: проработать ФК в ФЗУ, ФЗС, на производстве, в летней школе, с возрастом старше 35 лет, подготовку массовых кадров по ФК и т. д.

Совещание дало обещание выполнить социальный заказ представителей лучшей части местного пролетариата — железнодорожников.

В занятия методсовещания были включены физупражнения в виде физкультминутки, проводимой через каждые 2 часа работы, и игры в волейбол — во время перерывов (разыгрывание первенства между делегациями). Эффект был исключительный и с точки зрения образовательной для лиц, незнакомых в достаточной мере с физупражнениями, и в смысле борьбы с усталостью.

Мы глубоко убеждены, что означенные моменты содействовали хорошей работоспособности, активности и дисциплинированности участников методсовещания, несмотря на чрезвычайное уплотнение рабочего дня. И вполне верно было предложение — агитировать за такой же ФК режим в работе всех, проводимых разными организациями совещаний, съездов и пр.

РЕЗОЛЮЦИЯ

по докладу д-ра ГРАБИЛЬЦЕВА 10/V — 31 г. на совещании врачей пунктов первой помощи и участковых терапевтов г. Иваново-Вознесенска о перестройке работы по физкультуре в учреждениях здравоохранения в связи с постановлениями 1-го Всесоюзного съезда врачей по физкультуре и решениям НКЗ.

1. Учитывая громадное значение физкультуры в деле укрепления жизненных сил населения, в деле повышения производительности труда, подготовки к обороне республики и в связи с перестройкой всей работы по физкультуре в смысле **приближения к производству** — собрание считает необходимым, чтобы каждое лечпрофобединение города, каждый пункт первой помощи на производстве должен **включить в план своей работы** работу по физкультуре, обеспечивая врачебным контролем физкультурников района, организуя врачебную консультацию по физкультуре, ведя агитацию за распространение физкультуры среди рабочих и работниц и внедрение ее в производство.

2. Для включения физкультуры в план работы лечпрофобединений города считать необходимым **перенести медконтроль над взрослыми физкультурниками из детпрофамбулатории в районные лечпрофобединения**. Для организации этой работы каждому лечпрофобединению выделить одного врача из числа участковых терапевтов, на которых возложить указанную работу по медконтролю после предварительной их подготовки. Для подготовки врачей к работе по медконтролю, для ознакомления с основами советской ФК просить Горздравотдел организовать с 10 июня цикл занятий с выделенными врачами. К 10 июня все лечпрофобединения должны выделить врачей. К этим занятиям привлечь врачей пунктов первой помощи.

3. Считать необходимым в дальнейшем выделить специального врача-физкультурника для работы со взрослыми в городе. Указанный врач должен быть инструктором по проведению медконтроля над взрослыми в лечпрофоб'единениях и руководить врачами, выделенными для этой работы.

4. До 10 июня поставить на общем собрании врачей каждого лечпрофоб'единения доклад о роли врача-диспансеризатора и специалиста в деле внедрения физкультуры в быт и производство и о месте ФК в системе единого диспансера, пригласив докладчика на ДПА.

5. Считать необходимым, чтобы во всех комнатах для ожидания и кабинетах, где будет проводиться медконтроль в диспансерах, были вывешены соответствующие физкультурные плакаты с указанием порядка получения врачебной консультации для желающих.

6. Вменить в обязанность каждому врачу, проводящему диспансерное обследование выделенных групп, давать заключение о показании физкультуры или направлять в отдельных случаях на консультацию к врачу — специалисту по физкультуре.

7. Врачам п.л.п. совместно с диспансерными врачами, прикрепленными к производству, принять самое активное участие в работе по внедрению физкультуры на производство, в агитации за вовлечение в кружки ФК взрослых рабочих и работниц и наблюдению за работой кружка при фабриках.

8. Отмечая важное значение, которое имеет проводимая в настоящее время работа по сдаче норм на получение значка «Готов к труду и обороне», считать необходимым, чтобы все врачи города ознакомились с этими нормами для возможности проведения соответствующей консультации по поводу сдачи этих норм и для агитации к сдаче этих норм. Провести по лечпрофоб'единениям запись врачей и медработников, желающих сдать указанные нормы, и организовать для подготовительной работы кружок.

9. Врачам пунктов первой помощи и врачам-терапевтам необходимо уделять больше внимания вопросам пролетарского туризма, обеспечивая обращающимся советы и консультационные указания по выбору маршрута, соответствующего здоровью, способов передвижения, режима во время экскурсий, путешествий.

10. Считать необходимым, чтобы все лечпрофоб'единения за счет средств последних были снабжены руководящей литературой по вопросам медконтроля над физкультурой и таблицами показаний и противопоказаний.

11. Просить бюро терапевтической и детской секций на совместном заседании поставить на обсуждение доклад о показаниях и противопоказаниях к занятиям физкультурой.

Председатель Кибардин
Секретарь Барский

Не вошедшие в № 7 журнала „Теория и практика физкультуры“ материалы выездной сессии НМК ВСФК СССР о физкультуре на производстве будут помещены в № 9 журнала.

Kärting. Физическая культура и медицина.

Deutch Med. Woch. 1930. № 8 (доклад на заседании врачебного
о-ва в Ганновере).

Профилактическая сторона физической культуры глубоко интересует врачей. Стремление к достижениям неизбежно ведет к тренировке и систематическому уходу за кожей, отвыканию от табака и алкоголя, ограничению половой жизни. И в этом отношении физическая культура — культурный фактор первостепенного значения. Необходимо тщательно изучать физиологию, патологию и диагностику физических упражнений. И в этом отношении особенную пользу может принести не специальный врач-физкультурник, а общий практический врач с физкультурным уклоном, который может применить свои знания при лечении больных. Назначение физических упражнений (особенно с обнаженным телом) при правильной дозировке может дать прекрасный эффект у сердечных и нервных больных, возвращая им трудоспособность и жизнерадостность.

Ernst Iokl. Спортивная болезнь. Klin. Woch. 1930. № 21:

У тренированных спортсменов после кратковременных, но интенсивных напряжений наступает болезненное состояние, которое выражается в расстройствах зрения, головных болях и рвотах и которое напоминает так называемую горную болезнь. Автор приводит семь собственных наблюдений, из которых в трех случаях все симптомы были выражены резко и наступили после бега в 400 метров, а в четырех случаях — болезненное состояние проявилось менее типично. Объяснение этому состоянию нужно искать в своеобразном остром кислородном голодании, когда потребность в кислороде не покрывается потреблением его. Действительным средством, сокращающим продолжительность заболевания, является массаж конечностей.

Pause. Случай разрыва мускула. Münch. Med. Woch. 1930. № 19.

При попытке перешагнуть через невысокую изгородь была поднята вверх правая нога — внезапно поскользнулась левая нога и случилось падение на спину с чувством жгучей боли в области правого бедра, заставившей подумать о переломе. Исследование обнаружило типичный случай разрыва прямой мышцы бедра, зажившей через несколько дней соответствующего ухода. Разрыв нужно объяснить резким сокращением, разгибателя в силу перегиба верхней части тела, в связи с чем произошли чрезвычайное растяжение прямой мышцы и ее разрыв.

Wakabayaschi. Гликоген печени и мускульная тренировка.

Z. für phys. chemie. 1929. Вд. 171; Н. 1—3.

Автор указывает на разницу в реакции тренированного и нетренированного организма на мускульное напряжение: в то время как у нетренированного гликоген очень быстро исчезает из организма, у тренированных он сохраняется и при долго длящихся напряжениях. Эта разница в реакции объясняется характером биохимического процесса в самой мускулатуре. При отсутствии тренировки мышечный гликоген под влиянием напряжения чрезвычайно быстро истрачивается и в ход начинает идти гликоген печени. Полное истощение организма гликогеном сопряжено с опасностью ацидоза и гипогликемии — со всеми сопутствующими общими явлениями. Клинические симптомы общего истощения у нетренированных и вызываются гипогликемией на почве истощения гликогена.

И. Соркин

РАЗМЕРЫ СЕРДЦА У УЧАСТНИКОВ АМСТЕРДАМСКОЙ ОЛИМПИАДЫ

D-r Herxheimer, Kl. Wochenschr, № 9. 1929.

Д-р Геркстеймер в лаборатории стадиона в Амстердаме во время 9-й олимпиады в 1928 г. исследовал 246 участников олимпиады. Он делал снимки сердца на расстоянии 2 метров, в стоячем положении, время экспозиции до 1,2 секунды (чтобы точно установить диастолу), в момент задержки дыхания (при средней скорости дыхания). Такие же наблюдения, но в меньшем масштабе, он провел над участниками состязания 1922 года. У немцев-боксеров, которые в 1922 г. только несколько лет занимались этим спортом, разница в размерах сердца сравнительно с 1928 годом оказалась весьма значительной; незначительные изменения найдены и у тяжелоатлетов, но самые большие изменения сердца оказались у участников марафонского бега. В общем размеры сердца у всех участников олимпиады были больше, чем при тех же видах спорта в 1922 г. Объяснить это явление можно тем, что на интернациональное состязание были отправлены наилучшие спортсмены, т.е. те, которые больше других тренировались в спорте. При определении величины сердца автор исходил из отношения между весом и объемом сердца.

Приведенная им сравнительная таблица спортсменов в 1922 и 1928 гг. (так называемый сердечный квотинент) ясно показывает, что продолжительный спорт, как велогонки, гребля, лыжи, в отношении к величине веса ведет к значительному увеличению сердца. Это предположение, которое неоднократно отвергал такой специалист, как Раутман, уже само по себе находит подтверждение теоретически, ибо каждая длительная и усиленная нагрузка сердца (работа на сверхнагрузке вызывает всегда усиленное потребление O_2) всегда утомляет больше сердце, чем мускулатуру тела, которая в единицу времени иногда едва ли более напряжена, чем при нормальной прогулке, — разница, которая однако отпадает при быстрых упражнениях. вполне понятно, что такая разница в нагрузке должна вызвать увеличение органа, вовлеченного в усиленную работу. Ясно, что гребцы-спортсмены, например, должны иметь сравнительно больший размер сердца (относительно с величиной роста, весом тела и объемом груди), чем не спортсмены; это и подтверждает нижеследующая таблица с цифровыми данными 1922 и 1928 гг.

Бег на короткие дистанции
Плавание на дальние дистанции
Тяжелая атлетика
Средний пробег
Короткая дистанция велосипедной езды
Бокс
Гребля
Длительная велосипедная езда
Марафонский бег

Расчет по среднему кво­тиненту

Число	20	23	19	28	24	16	18	25	14	46
Вес	79,06	66,05	79,51	79,43	65,28	69,52	61,18	75,20	68,62	59,39
Поперечный размер	13,26	12,65	13,57	13,875	13,13	13,41	13,04	14,06	13,91	13,47
Средний кво­тинент	$\frac{1}{63,3}$	$\frac{1}{62,3}$	$\frac{1}{63,8}$	$\frac{1}{56,8}$	$\frac{1}{55,1}$	$\frac{1}{55,1}$	$\frac{1}{52,6}$	$\frac{1}{51,7}$	$\frac{1}{48,7}$	$\frac{1}{46,4}$
Средний кво­тинент участников 1922 г. и 1923 г.	$\frac{1}{67,2}$	$\frac{1}{63,8}$	$\frac{1}{63,3}$	$\frac{1}{60,3}$	—	$\frac{1}{72,5}$	$\frac{1}{55,8}$	$\frac{1}{47,5}$	$\frac{1}{55,2}$	

Подсчет по коррелятивному способу измерения

Число	19	22	15	23	19	13	16	25	13	31
Величина	181	174	176	172	175	171	170	180	171	167
Вес	78,0	66,7	80,5	78,0	65,6	69,5	60,1	74,8	68,4	60,1
Объем груди	95,5	89,0	101,8	101,1	90,1	91,0	93,4	96,0	92,4	88,4
Поперечный размер	13,28	12,52	13,63	14,37	13,16	13,52	12,96	14,13	13,79	13,42
По Райтману	14,4	13,4	15,1	15,1	13,4	13,9	13,5	14,2	13,9	13,2
Разница	-1,11	-0,88	-1,47	-0,73	-0,24	-0,38	-0,54	-0,07	-0,11	+0,22

ПОСТАНОВЛЕНИЕ КОЛЛЕГИИ НКЗ ОТ 6/VII — 31 г. по п. XVI.

По докладу т. Ивановского о выполнении обязательства I Всесоюзного съезда врачей по ФК и содокладам т. Френкеля (Мосздрав) и т. Серкина (СТЗ).

1. Констатировать, что в результате съезда выявился некоторый сдвиг в работе части здравотделов по физкультуре, однако коренного перелома во всех органах здравоохранения и среди всей массы врачей еще нет.

2. Констатировать, что на ряду с здравотделами, проделавшими большую работу по выполнению обязательства (ЦЧО, Сев. Кавказ, Москва, Ив.-Вознесенск и некоторые другие), большинство здравотделов еще не перестроило работу по физкультуре в соответствии с решениями съезда, а часть даже не прислала отчетов о выполнении обязательства.

3. Работу по физкультуре Нижегородского, Средне- и Нижне-Волжского крайздравов, облздравов Западной обл., Уральской и Наркомздравов Крымского, Дагестанского признать неудовлетворительной.

4. Обязать здравотделы и врачей по физкультуре, не перестроивших работу и не представивших отчет, добиться под ответственность зав. здравотделами решительного перелома в работе по реализации обязательства и представить отчет к 1 августа с. г.

5. Предложить Западно-Сибирскому крайздраву выделить на постоянную работу врача по физкультуре в Кузбасс. Предложить Уральскому Облздраву выделить 2-го врача по физкультуре на постоянную работу в Магнитогорск.

6. Предложить всем здравотделам, согласно § 7 обязательства, с 15 сентября по 15 октября провести месячник генеральной проверки выполнения обязательства и решений съезда с помощью бригад из врачей-физкультурников и рабочей общественности и представить к 1 ноября в НКЗдрав исчерпывающие данные проверки.

7. 21 ноября заслушать на коллегии доклад о результатах проверки.

8. Поручить УКБ выявленные достижения и положительный опыт передовых здравотделов (ЦЧО, Сев. Кавказ, Москва) по конкретному выполнению обязательства распространить на остальные здравотделы. В частности рекомендовать: 1) проведение врачами физкультуры курсов и семинаров с врачами единых диспансеров, пунктов здравоохранения и врачами других специальностей; 2) тоже со средним медперсоналом и в особенности с сестрами социальной помощи; 3) организацию бригад по проведению физкультуры на производстве, в колхозах и совхозах; 4) активное участие в подготовке физкультурников к сдаче испытаний на значок «Готов к труду и обороне», в частности проведении курсов по физкультурминимуму, самоконтролю и подаче первой помощи; 5) активное участие в походе за санитарное благоустройство города (санминимум) и массовую подготовку к этому физкультурников; 6) разработку и прием на областных и районных конференциях конкретных обязательств для данного района на основе обязательства съезда; 7) заключение договоров по соцсоревнованию между низовыми здравотделами и отдельными врачами по физкультуре.

9. Поручить Мосздраву на основе своего опыта и опыта Северного Кавказа в декадный срок разработать типовые конкретные показатели соцсоревнования между районами области.

10. В области работы на производстве широко использовать опыт и достижения врачей по физкультуре ЦЧО, Сев. Кавказа, Москвы, Ленинграда и др., а именно: 1) изучение условий работы и профвредностей данного цеха для конкретной консультации по физкультуре; 2) организация и проведение в цехах во время перерывов врачебно-физкультурной консультации; 3) проведение в перерывах бесед на физкультурные и санпросветительские темы; 4) организация физкультурного; 5) участие в стечных и местных газетах (многотиражных); 6) увязка работы здравпункта с общецеховыми бюро физкультуры и привлечение здравпункта к врачебным осмотрам физкультурников с выделением дежурного врача, определенного для этого времени; 7) вовлечение врачей здравпункта совместно с цеховыми бюро физкультуры в агитацию и пропаганду физкультуры и проведение консультации, надзора за санитарным состоянием мест зарядок в цехе и другими местами занятий физкультурой в районе завода; 8) привлечение врачей здравпункта к изучению наиболее соответствующих упражнений для данного цеха; 9) привлечение врачей диспансера к практической работе по обслуживанию физкультурников (проведение осмотров, бесед, лекций, физкультминуток, физкультурпауз и т. д.).

11. Рекомендовать обл. и крайздравотделам, идущим впереди по выполнению обязательства и решения съезда, взять на общественный буксир отстающие здравотделы.

12. По Сталинградскому тракторному: а) констатировать неудовлетворительность врачебно-физкультурной работы на СТЗ и сдвиг в ней в результате командировки врача — специалиста по физкультуре; б) принять к сведению выделение постоянного врача для работы по физкультуре и вовлечения в эту работу врачей пункта здравоохранения и диспансера; в) предложить Нижне-Волжскому крайздраву к 1 августа с. г. выделить 2-го врача-физкультурника для постоянной работы на СТЗ; г) предложить Нижне-Волжскому крайздраву обязать Сталинградский горздрав организовать систематическую проверку фактического выполнения врачами Сталинградского научно-исследовательского кабинета по физкультуре, врачами здравпункта и профдиспансера СТЗ взятых на себя обязательств по агитационной, консультационной, методической и исследовательской работе по физкультуре на СТЗ и по проведению ф. к. в цехах.

13. Предложить Управлению культуры и быта организовать выездную бригаду из врачей-физкультурников для проведения на местах краткосрочных курсов по усовершенствованию врачей по физкультуре.

14. Заслушать 21 августа доклад Управления кадрами о постановке физкультуры в мединститутах и медтехникумах.

15. Предложить Управлению кадров НКЗ в 1932 г. развернуть в одном из мединститутов факультеты для подготовки врачей-специалистов по ф. к.

16. Предложить Управлению кадров в 1931 г. развернуть при одном из медтехникумов специальное отделение по подготовке помощников врачей по физкультуре.

17. Предложить Управлению культуры и быта наметить кандидата в аспиранты по физкультуре и набор аспирантов в 1932 г.

18. Поручить Плановому управлению предусмотреть в контрольных цифрах на 1932 г. в пятилетнем плане достаточное обеспечение кадрами и финансированием развертывания врачебно-физкультурной работы.

19. Предложить курортным трестам и в частности Кисловодскому проработать общую директиву НКЗ о физкультуре на курортах и ставить на ее основе конкретную инструкцию о постановке физкультуры с учетом своих местных условий и возможностей и реализации ее в течение настоящего сезона.

20. Считать посылку бригады на курорты в данное время нецелесообразной.

Программа по физкультуре в мединститутах

Факультет охраны материнства и младенчества

		Леч. проф.	Сан. проф.
Теоретическая часть (72 ч.) 24 часа за счет практики . . .	—	66 ч. (18 ч. за счет практики)	62 ч. (14 ч. за счет практики)
1. Физкультура, как сред- ство физического разви- тия, оздоровления и вос- питания			
Разбор различных кинетичес- ких средств физкультуры с точ- ки зрения их педагогической и оздоровительной ценности . . .	—	—	—
1) Естественные упражнения, игры, гимнастика, спортивные развлечения, различные виды спорта. 2) Естественные факто- ры природы, применяемые с целью оздоровления и закали- вания. 3) Научные основы тре- нировки	10 ч.	10 ч.	10 ч.
2. Общая методика физи- ческих упражнений			
1) Главнейшие формы и мето- ды проведения физкультуры в жизнь. Учебные занятия (уроки), клубная, кружковая работа, мас- совые формы физкультуры. Ту- ризм. Специальные оздорови- тельные средства: зарядка, физ- культминутки, производственная гимнастика; индивидуальная гимнастика с целью выравни- вания и коррекции. 2) Формы физкультуры, применяемые в школе, в вузе, в техникуме, на производстве, в Красной армии .	10 ч.	10 ч.	15 ч.
3) Методика врачебного контроля			
Методика врачебно-контроль- ных исследований с оценкой получаемых данных:			

		Леч. проф.	Сан. проф.
а) исследование и оценка физического развития и влияния на него физкультуры; б) методика физиологического и клинического исследования реакций организма на физические упражнения; в) методы обработки полученных при исследовании данных; г) методика постановки врачебно-контрольных исследований в зависимости от целей и объектов исследования (исследования в кабинете, на площадке, на соревнованиях, исследования в школе, в высшем учебном заведении, на производстве)	20 ч.	14 ч.	12 ч.
4. Показания, противопоказания и дозировка упражнений Разработка этого вопроса на основе учета влияния физических упражнений на организм, принимая во внимание пол, возраст, состояние здоровья и профессию	8 ч.	8 ч.	8 ч.
5. Работа врача по физкультуре Физкультура в системе органов здравоохранения. Организационные формы врачебной работы по физкультуре. Роль врача при массовых формах физкультуры. Санитарное обслуживание мест физкультурных занятий. Физкультурный раздел санитарного минимума	4 ч.	4 ч.	10 ч.
6. Частная методика. Женская физкультура Методика женской физкультуры в связи с особенностями женского организма. Разбор специальных упражнений, особенно рекомендуемых женщинам.	Частная методика Соляне, воздушные ванны, как метод оздоровления организма. Питание. Жилище. Спорттравматизм. Спортмассаж. Первая помощь. Физкультура в	Частная методика	Тоже в первую очередь физкультура в производственном процессе 7 ч.

		Леч. проф.	Сан. проф.
Разбор комплексов упражнений и методы работы с женщинами в течение беременности и в послеродовом периоде	16 ч.	домах отдыха, однодневных базах отдыха, физиотерапевтич. площадк. Женская физкультура, младенческая и подростковая физкультура на производстве.	
7. Физкультура в младенческом возрасте Методы и формы физкультуры воздействия по отношению к младенческому и ясельному возрасту	4 ч.	20 ч.	
	72 ч.	66 ч.	62 ч.
Практическая часть (54 ч.)			
Врачебный осмотр	3 ч.	3 ч.	3 ч.
Физические упражнения для личного оздоровления			
Спорт, гимнастика, туризм и военизированные мероприятия .	36 ч.	39 ч.	34 ч.
Виды физупражнений, применяемых при физкультурной работе с женщиной.		Формы и методы физупражнений, применяемых с лечебно-профилактической целью	Тоже особенно по линии физкультуры в производственном процессе
1) ритмика,			
2) пляски,			
3) проработка упражнений, особо рекомендуемых для женщины,			
4) ознакомление с современной женской гимнастикой. . .	9 ч.	Проведение с самими учащимися по полу, возрасту и профессии показательных уроков, по спортмассажу, физкультуре в домах и базах отдыха, на производстве, проведение экскурсий	15 ч.
Формы и методы физкультурной работы с женщиной:			
1) Проведение с самими учащимися показательных уроков по секции общей физподготовки	2 ч.		—
2) Проведение занятий по массовой работе с женщиной по физкультуре	4 ч.		—
3) Проведение экскурсий в клуб, где ведется работа с женщинами по физкультуре	—		—
	54 ч.	57 ч.	52 ч.

Производственная практика

Под руководством врача применение в яслях методов стимулирования детей к моторной деятельности. Применение методов физкультурного воздействия

Применение физкультурных методов лечпроф- и санпрофучреждений.

	Леч. проф.	Сан. проф.
Требования по отношению к другим дисциплинам, проходимым на III курсе То же, что и для курса ОЗД и II, только в уклоне младенческого возраста и женского организма. Включение физкультурных разделов в лечпроф. и санпроф. дисциплины. Четвертый курс факультета материнства и младенчества Теоретический курс за счет практических часов 18.		
1. Работа врача ОММ по физкультуре Основные разрезы работы врача ОММ по физкультуре. Врачебно-контрольная и консультационная и санпросветская работа по проведению физупражнений с женщиной в период беременности, в послеродовом периоде, с гинекологическими больными Руководство работой по применению физупражнений в младенческом и детском возрасте	Теор. курс за счет практики 24 час. Работа врача по физкультуре в домах отдыха, лесных школ, санколониях для подростков, санаториях для взрослых. Санатории пионерлагеря, костноутверкул, для отстал. Курорты. Леч. учреждения. Спортотвращения. 16 ч.	Теор. курс за счет практики 18 час.
2. Физкультура как профилактическое средство На основе имеющихся данных о наиболее распространенных формах профвредностей, встречающихся у женщин при различных видах труда; разбор методов и средств физкультурного воздействия для борьбы с этими отклонениями	2 ч.	9 ч.
3. Физические упражнения, применяемые в период беременности и в послеродовом периоде Подробное ознакомление с комплексом упражнений, применяемых в период беременности и в послеродовом периоде. Последовательность их проведения и дозировка в зависимости от состояния здоровья, развития и подготовленности беременной и роженицы Посещение родильных домов и консультаций, где проводится физкультура	4 ч. — 6 ч.	— — 8 ч. 9 ч.

		Леч. проф.	Сан. проф.
4. Физические упражнения, применяемые по отношению к ослабленной женщине			
Методы и содержание физкультурной работы с женщиной в домах отдыха, в профилактории и на физиотерапевтических площадках	2 ч.	—	—
Физкультура при гинекологических заболеваниях			
Ознакомление с методами и формами работы проводится совместно с гинекологической клиникой данного медицинского института			
За счет ее часов	—	—	—
6. Особенности в методике врачебного контроля над женщиной			
1) Формы и методы гинекологического контроля над женщиной, занимающейся физкультурой	—	—	—
2) Значение, формы и методы проведения самоконтроля	—	—	—
3) Спортивные повреждения, встречающиеся у женщин, способы их предупреждения и методы учета	4 ч.	—	—
Практическая часть курса	55 ч.	54 ч.	44 ч.
1. Врачебный осмотр	3 ч.	3 ч.	3 ч.
2. Физкультура для личного оздоровления			
Спорт, гимнастика, туризм и воензированные мероприятия	30 ч.	30 ч.	25 ч.
3. Физупражнения на производстве			
Посещение производства, где ведется физкультурная работа с женщинами	6 ч.	6 ч.	8 ч.
4. Физупражнения, применяемые в период отдыха и по отношению к ослабленным женщинам			
Проведение показательных схем зарядок, игр и развлечений, применяемых в домах отдыха, в про-		Физупражнения, применяемые в леч. проф.	Физупражнения, применяемые в сан. проф. уч-

		Леч. проф.	Сан. проф.
филакториях и физиотерапевтических площадках. Проведение экскурсий в эти учреждения. 5. Санпросветная работа с женщиной Формы, методы и содержание работы с женщиной на производстве, в колхозе, совхозе, в домах отдыха и с женщиной в период беремен. и материнства. Демонстрации, экскурсии и проработка материала должны быть тесно увязаны с теоретическим курсом	11 ч.	учреждениях. 11 ч.	реждениях 4 ч.
		Санпросвет 4 ч.	4 ч.

Производственная практика студентов

Проведение под руководством врачей физупражнений с женщинами в консультац. и род. доме.

То же, что и на 3 курсе

Требования к другим дисциплинам

1. По отношению к консультациям охр. мат. млад.—учет значения физкультурных мероприятий по отношению к матери и ребенку

То же, что и на 3 курсе

2. По отношению к акушерско-гинекологической клинике освещение вопроса о значении физупражнений в период беременности и в послерод. периоде

Проработка совместно с кафедрой физкультуры вопроса о физкультурных упражнениях при гинекологических заболеваниях.

Отв. редактор—М. Ф. Владимирский.

Издатель: ОГИЗ—Физкультура и Туризм