

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И ЕЕ МЕСТО В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ СТУДЕНТОК

Р.И. Купчинов

Минский государственный лингвистический университет, info@mslu.by

Неблагоприятные тенденции в динамике здоровья подрастающего поколения настойчиво диктуют необходимость поиска различных действенных мер, направленных на улучшение его психофизического состояния здоровья. Многие экспериментальные работы доказывают, что увеличение двигательной активности и эффективное физическое воспитание – главные факторы улучшения психофизического состояния подрастающего поколения.

Несмотря на то, что государством затрачиваются значительные средства на создание благоприятных условий для воспитания подрастающего поколения здоровым и значительные успехи в медицинской науке, существенного улучшения здоровья и физического состояния молодежи не отмечается. Наоборот, с каждым годом растет количество молодых людей с отклонениями в здоровье. На реальное положение со здоровьем детей, подростков и молодежи указывают результаты медицинского обследования студентов первых курсов вузов г. Минска в период с 2000 до 2009 годов в 33-й городской студенческой поликлинике, которые показали, что количество студентов имеющих отклонения в состоянии здоровья разной тяжести колеблется в пределах от 51,0-54,0 %%, преодолена критическая точка по правилу "золотого сечения".

По данным медицинского обследования: студенток в подготовительную медицинскую группу определяется 28,0-30,0 %, специальную 18,0-20,0 % и группу ЛФК - 8,0-9,0 %. К этому следует добавить, что при приеме контрольных нормативов по физической подготовленности около 79 % девушек, отнесенных к основной медицинской группе, показали результаты ниже удовлетворительного уровня. За последние два десятилетия количество студентов имеющих отклонение в состоянии здоровья увеличилось более чем в 5 раз.

Сегодня все согласны с мнением, что усилия медицинской науки и здравоохранения, направленные на поиск более совершенных методов диагностики и лечения, не привели к существенным достижениям в борьбе за улучшение психофизического состояния здоровья детей и молодежи. Увеличение количества школьников и студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья и низкий уровень физической подготовленности, привело к тому, что при работе со школьниками и студенческой молодежью не только в подготовительном, специальном учебных отделениях, но и в основном отделении стал использовать методику проведения занятий физическим воспитанием, так называемой лечебной физической культуры.

Именно использование лечебного подхода в физическом воспитании, при котором отрицается адекватная двигательная нагрузка, педагогическое тестирование и контроль за психофизическим состоянием здоровья занимающихся, привело к реальному положению со здоровьем подрастающего поколения. Академик А. Войтович приводит данные, что первичная заболеваемость детей до 14 лет за последние десятилетие увеличилась более чем на 38 %.

Следует отметить, что работники физической культуры не были готовы к проведению учебно-тренировочного процесса по физическому воспитанию с детьми, имеющими отклонение в состоянии здоровья. Поэтому в работе с этим контингентом был принят опыт лечебной физической культуры.

Лечебная физическая культура (ЛФК) – научно-практическая дисциплина, изучающая основы и методы использования средств физической культуры для лечения, восстановления и профилактики различных заболеваний. Специфика ЛФК по сравнению с другими методами лечения заключается в том, что используют в качестве основного лечебного средства физические упражнения – как важнейший стимулятор жизненных функций организма человека.

Многие учителя и преподаватели, а также теоретики, отмечая низкий уровень физической подготовленности среди большого числа подрастающего поколения, отвергают оценку и контроль психофизического состояния здоровья занимающихся. Когда отсутствует контроль за психофизическим состоянием здоровьем занимающихся, процесс физического воспитания становится неуправляемым, так как с позиции теории управления образовательный процесс включает как минимум три компонента – планирование, реализацию планирования и контроль реализации планирования.

Бессистемность, безрезультативность и неосознанность занятий физическими упражнениями не могут повысить функциональное состояние организма, физическое развитие и подготовленность, и, как следствие, решить цель – здоровье созидания.

Что касается сроков освобождения от занятий физической культурой после перенесенных заболеваний, то наличие этого предписания с начала тридцатых годов прошлого века, сегодня входит в полное противоречие с достижениями лечебного подхода с использованием средств физической культуры и отрицает необходимость ее существования.

Теория предписаний (указаний) на показания и противопоказания к применению физических упражнений при отклонениях в состоянии здоровья базируется на предположении "может". В подавляющем большинстве работ независимо от диагноза пишется примерно одна и та же фраза, например, о патологии зрения: "Тренировки могут благотворно влиять на состояние глаз, но могут привести и к ухудшению зрения". Что касается первой части этой фразы "могут благотворно влиять", то это доказано многими экспериментальными работами по различным отклонениям в работе систем и органов человеческого организма. Относительно второй части этой фразы - "но могут привести и к ухудшению" – экспериментальных доказательств, что нагрузка, используемая в физическом воспитании с учетом возраста, пола, отклонения в состоянии здоровья и уровня психофизического состояния, привела к ухудшению, нам в литературе обнаружить не удалось. Одним из факторов, препятствующих к улучшению психофизического состояния занимающихся имеющих отклонение в состоянии здоровья, является, психология отношения специалистов, занимающихся здоровьем подрастающего поколения, к вопросам физической нагрузки, к показаниям и противопоказаниям и срокам освобождения от занятий физической культуры после перенесенных заболеваний. Следует отметить, что это отношение, возникло под влиянием теории охранительного режима больных в начале 30-х годов прошлого века, подкреплено официальными документами министерств и действует в практике до настоящего времени.

Сегодня лечебный подход с использованием средств физической культуры предусматривает совместно с медицинскими методами лечения и восстановления больных после инфаркта миокарда (второй степени) или операции на открытом сердце четыре двигательные режима: падающий режим (2-5 день) - лечебная гимнастика, ходьба в пределах палаты и коридора в течение дня 30-60 мин; падающе-тренирующий режим (6-14 день) - лечебная гимнастика, дозированная ходьба, медленный бег трусцой (1-3 мин) в чередовании с ходьбой в медленном и среднем темпе (3-4 км). Прогулки на воздухе в течение дня 2,5-3 часа; тренирующий режим (15-30 день) - лечебная гимнастика, дозированная ходьба в среднем темпе (скорость ходьбы 100-110 шагов в 1 мин) - 4-5 км. Прогулки на воздухе в течение дня 3-4 часа; интенсивно-тренирующий режим (31-48 день) - лечебная гимнастика, дозированная ходьба в темпе 110-120 шагов в 1 мин 6-8 км за два раза. Бег трусцой в среднем и медленном темпе 30 мин.

Поэтому после перенесенных заболеваний должен назначаться один из двигательных режимов: падающий, падающе-тренирующий, тренирующий, интенсивно-тренирующий, а не освобождение на 2-3 недели, которое приводит к утрате двигательной подготовленности.

Так, клиническая практика ценой жизни многих людей опровергла режим покоя как охранительный для сердца. Теперь в клиниках всего мира покой заменятся ранним допустимым двигательным режимом.

Практика жизни опровергает это предписание. Так, В. Брумель, имея язву желудка, был неоднократным рекордсменом мира и Олимпийским чемпионом в прыжках в высоту. И. Воронина перенесла в 11 лет туберкулез легких, однако впоследствии, занимаясь спортом, многократно побеждала на чемпионатах мира и Олимпийских играх в конькобежном спорте. С. Рейтграф, имея заболевание сахарным диабетом, на протяжении 20 лет регулярно тренировался с большими нагрузками, что ему позволило завоевать на пяти Олимпиадах подряд золотые награды в гребле. Американский велогонщик Л. Армстронг, перенесший операцию по поводу рака желудка, побеждал многократно в велогонках Тур де Франс. Защитники охранительной медицины в оправдание своей теории указывают на то, что это спортсмены и судить о пользе двигательной активности для больного человека на примерах спортсменов неправомерно.

Здесь следует отметить:

- эти спортсмены такие же люди, но с другой психологией, которую надо воспитывать;
- напомним, что занимающиеся, отнесенные к медицинским группам для занятий физическим воспитанием (подготовительной, специальной и лечебной), имеют отклонение от нормы в работе органов и систем человека, но они не больные люди. Вопросы нормы и патологии сегодня рассматриваются, на что указывают новые примерные показания для назначения медицинской груп-

пы для занятий физическим воспитанием при некоторых отклонениях в состояниях здоровья у детей, подростков, учащейся и студенческой молодежи, введенные с 2000 года;

- значение двигательной активности для жизнедеятельности человека подтверждают тысячи и десятки тысяч инвалидов, участвующих на разных этапах паралимпийских игр. Эти люди, оказавшись в тяжелом состоянии по разным причинам, смогли по мере сил преодолеть свои болезни и травмы и жить полноценной жизнью. Они не позволили жестким ударам судьбы пригнуть их и даже при самом страшном потрясении не утратили силы воли и победили свои человеческие слабости;

- в истории мы находим много примеров высокой работоспособности и долголетия ученых, писателей, философов, людей как умственного, так и физического труда. Достаточно напомнить биографии писателя Л. Н. Толстого; скульптора, лауреата Ленинской премии С. Т. Коненкова, прожившего 97 лет; физиолога, академика И. П. Павлова; И. В. Гете; французского философа Ж.-Ж. Руссо; писателя В. Гюго; выдающегося полководца А. В. Суворова и т. д. Эти примеры позволяют сделать вывод, что у личностей, получивших всемирное признание, поднявшихся на вершины славы в различных областях науки и культуры, первым принципом разумной жизни является двигательная активность, работа и ее высокая производительность, то есть работоспособность.

Идея использования физических упражнений в интересах профилактики болезней и продления жизни никогда не умирала. Она прошла через многие века, и люди в разные эпохи не раз возвращались к целительной силе природы и движения. Во всем мире видными учеными медиками со степенями доказано, какой вред человеку приносит малоподвижный образ жизни. Однако теория охранительного режима поддерживается и защищается специалистами, занимающимися здоровьем подрастающего поколения, и не только медиками, но и большинством работников физической культуры.

Достичь необходимого здоровьесозидательного эффекта при занятиях физическими упражнениями можно лишь при тренирующем воздействии нагрузок с соблюдением основных принципов физического воспитания: систематичности (последовательность, регулярность нагрузок), постепенности (постепенное повышение нагрузок, обеспечивающее развитие функциональных возможностей), академичности (индивидуализация нагрузки). Что бы принять этот тезис, каждый занимающийся здоровьем подрастающего поколения, должен дать себе ответ на вопрос, что природа предъявит другие требования к детородной деятельности к женщинам, имеющим отклонение в состоянии здоровья. Автор предполагает, что нет.

Поэтому передовая практика рекомендует в работе с этим контингентом использовать современные подходы к учебно-тренировочному процессу по физическому воспитанию такие, как тренировочно-развивающий и подготовительно-профилактический.

Подготовительно-профилактический подход применяется в занятиях физическим воспитанием с занимающимися, имеющими отклонение в состоянии здоровья, т.е. отнесенные к специальной медицинской группе. Целью занятий с этим контингентом является направленность на повышение функциональных возможностей сердечнососудистой, дыхательной систем и скелетной мускулатуры, а также умение использовать имеющийся двигательный потенциал в разнообразных двигательных действиях, как базы для использования индивидуально регламентируемых двигательных нагрузок. Специализированные комплексы для профилактики и восстановления систем и органов, имеющих отклонение от нормы должны использоваться как индивидуальные дополнительные средства во время учебного процесса и для домашних заданий.

Говоря о функциональной направленности учебно-тренировочного процесса по физическому воспитанию с детьми и молодежью имеющими отклонения в состоянии здоровья, целесообразно напомнить данные, известные многим медикам и специалистам, занимающимся физиологией двигательной активности. Если общая работоспособность человека, определяемая по PWC 170 у женщин ниже на 20% минимального уровня, равного 654 кг/мин/кг или 28,7 мл/мин/кг (примерно 1840 м, пробегаемых за 12 мин), то в 50% случаев плод во время беременности развивается в условиях гипоксии (недостаточное обеспечение кислородом). И, как результат асфиксия – особое патологическое состояние, которое возникает в связи с прекращением или уменьшением поступления кислорода от матери к плоду (от греч. *asphyxia* – удушье). Ребенок рождается с предрасположенностью к отклонениям в психической деятельности, которая может проявиться, по мнению врачей в любом возрасте до полного формирования организма (26-28 лет женщины, 28-30 лет мужчины). У мужчин, если PWC 170 равно 848 кг/мин/кг или 38,3 мл/мин/кг (примерно 2260 м, пробегаемых за 12 мин) и менее, то в 70% случаев сперма мужчин не способна оплодотворять яйцеклетку.

Качественной нагрузкой для студентов считается такая, которая позволят потратить за одно занятие (70-80 мин) 600-700 ккал. Этот минимум можно выполнить при выполнении объема средств, используемых на занятиях при следующей интенсивности 30% времени (от общего времени занятий) при ЧСС - 100-120 уд./мин или 112-115 ккал, 50% при -130-160 уд./мин или 325-335 ккал, 20% при 160-180 уд./мин или 150-160 ккал. Энергозатраты за одно занятие в пределах 250-300 ккал, являются не эффективными или мало полезными для улучшения психофизического состояния здоровья занимающихся.