

пульсометрию.

3) Проведение гипоксической пробы у борцов после тренировок в условиях среднегорья выявило повышение устойчивости к гипоксии по данным определения МОД, пульсоксиметрии и вариационной пульсометрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зима, А.Г. Использование среднегорья для соревнований на равнине / А.Г. Зима, А.С. Иванов, А.Н. Макогонов. – Алма-Ата : Изд-во Казах. ин-та физ. культуры, 1979. – 79 с.
2. Иванов, А.С. Тренировка в среднегорье на различных этапах подготовки спортсменов / А.С. Иванов, А.Г. Зима, М.У. Хван. – Алма-Ата : Изд-во Казах. ин-та физ. культуры, 1981. – 184 с.
3. Козляков, А.В. Силовая подготовленность борцов вольного стиля различной квалификации / А.В. Козляков // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 9 (67). – С. 43-47.
4. Меерсон, Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф.З. Меерсон. – М. : Нур. Med. Ltd, 1993. – 332 с.
5. Проблемы теории и методологии инновационных подходов в спортивной медицине и спортивной технологии : монография / под ред. М.Д. Гуляева [и др.] ; Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. – СПб. : [б.и.], 2011. – 155 с.
6. Фролов, В.Д. Исследование реакклиматизации борцов после тренировки в среднегорье : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Фролов В.Д. – М., 1976. – 19 с.

REFERENCES

1. Zima, A.G., Ivanov, A.S. and Makogonov, A.N. (1979), *Using the midlands for competition on the plain*, KazIFK, Alma-Ata.
2. Ivanov, A.S. and Zima, A.G. and Hwang, M.U. (1981), *Training in the midlands at the various stages of preparation of sportsmen*, KazIFK, Alma-Ata.
3. Kozlyakov, A.V. (2010), "Force readiness freestyle wrestlers of different qualifications", *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*, Vol. 67, No. 9, pp. 43-47.
4. Meyerson, F.Z. (1993), *Adaptation Medicine: mechanisms and protective effects of adaptation*, Нур. Med. Ltd, Moscow.
5. Ed. Gulyaev M.D. (2011), *The problems of the theory and methodology of innovation in sports medicine and sports technology: monograph*, publishing house Lesgaft University, St. Petersburg.
6. Frolov, V.D. (1976), *Research reacclimatization fighters after a workout in the midlands*, dissertation, Moscow.

Контактная информация: 7144554@mail.ru

Статья поступила в редакцию 24.06.2015.

УДК 796.011

СИСТЕМА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ И ВРАЧЕБНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНТОВ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Сергей Иванович Белых, кандидат педагогических наук, профессор,
заведующий кафедрой, Заслуженный тренер Украины,
Донецкий национальный университет, Донецк, Украина

Аннотация

В статье представлена система педагогического контроля и врачебных наблюдений, существующая в Донецком национальном университете на кафедре физического воспитания и спорта. Обоснована ее необходимость для предотвращения развития патологических изменений в организме студентов под воздействием неадекватных физических нагрузок, необходимость контроля за их состоянием на занятиях физическим воспитанием и спортом и при самостоятельной физической подготовке.

Ключевые слова: педагогический контроль, врачебные наблюдения, самоконтроль, физическое состояние, функциональное состояние, нагрузочные тесты.

**SYSTEM OF PEDAGOGICAL SUPERVISION AND MEDICAL CONTROL DURING
THE PHYSICAL CULTURE LESSONS FOR THE STUDENTS IN THE DONETSK
NATIONAL UNIVERSITY**

*Sergey Ivanovich Belykh, the candidate of pedagogical sciences, professor,
Department chairman, Honored trainer of Ukraine,
Donetsk National University, Donetsk, Ukraine*

Annotation

The article presents a system of pedagogical monitoring and medical supervision that exists in the Donetsk National University at the department of physical education and sports. It substantiates the need for it to prevent the development of pathological changes in the body of students under the influence of inadequate physical activity, the need to control their condition to engage in physical education and sports and physical self-training.

Keywords: pedagogical control, medical monitoring, self-control, physical condition, functional status, exercise testing.

ВВЕДЕНИЕ

Учитывая ухудшение состояния здоровья молодежи в Украине за последние два десятилетия, принимая во внимание то, что в большой степени это связано с гиподинамией и гипокинезией, свойственной современному человеку и молодежи в том числе, возрастает значение физического воспитания в системе образования на дошкольном, школьном периоде и во время обучения в вузе. Для того чтобы занятия физическим воспитанием приносили студентам только пользу и максимально исключали риск развития осложнений необходима четкая система взаимодействия преподавателей и медиков в процессе обучения на кафедре физического воспитания. Эта система является достаточно сложным механизмом и включает в себя различные составляющие, о которых пойдет речь в статье. Для осуществления работы этой системы, прежде всего, необходимо наличие на кафедре физического воспитания и спорта кабинета медицинского контроля и врача в штатном расписании. В Донецком национальном университете (ДонНУ) такой кабинет успешно работает в течение двух десятилетий. Ниже передан опыт его работы.

Педагогический контроль и врачебные наблюдения – часть системы физического воспитания, целью которой является изучение состояния здоровья, участие в развитии функциональной подготовленности организма студентов, в планировании физических нагрузок. Их необходимо осуществлять с момента поступления студента на 1-й курс и во все годы обучения его на кафедре физического воспитания и спорта. Для того чтобы они приносили положительный эффект, необходима тесная совместная работа тренера и врача по отбору, допуску к занятиям после перенесенных заболеваний, распределению студентов в основные и медицинские отделения. А также по спортивной ориентации, контролю за здоровьем, предупреждению и выявлению заболеваний и травм, диагностике тренированности и контролю за ее динамикой, предупреждению переутомления, контролю за переносимостью тренировочных нагрузок, за режимом отдыха, питанием и др.

Совместная работа преподавателя (тренера) и врача обеспечивает оздоровительную направленность занятий, достижение высокого уровня спортивной формы и поддержание ее на высоком уровне, на протяжении необходимого времени, помогает предупредить и вовремя выявить нарушения в состоянии здоровья студентов, а, следовательно, предотвратить гиподинамию, свойственную современной молодежи и являющуюся основным фактором риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования является обоснование необходимости педагогического контроля и врачебных наблюдений во время занятий физическим воспитанием и спортом со студентами вузов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНОГО МАТЕРИАЛА

В ДонНУ педагогический и врачебный контроль осуществляются преподавателями и тренерами совместно с врачом кафедры физического воспитания и спорта. Они проводятся в процессе учебных, учебно-тренировочных занятий, физкультурно-массовых мероприятий и соревнований для обеспечения правильной организации и соблюдения необходимых условий их проведения; для контроля методики, объемов и интенсивности физической нагрузки, соответствием ее уровню подготовленности студентов; соблюдением гигиенических требований к одежде и обуви; выполнением мер по профилактике травматизма. Тренеры-преподаватели и врач обучают студентов также методам самоконтроля – систематическим самостоятельным наблюдениям за состоянием своего здоровья, физического развития, динамикой влияния физических упражнений на организм студента.

В начале каждого учебного года проводится обязательный медицинский осмотр первокурсников, проводимый врачом кафедры физического воспитания и спорта при участии преподавателей и учебно-вспомогательного персонала кафедры. Он проводится на основании Государственной программы развития спорта, регламентирующих документов Министерства образования и науки, молодежи и спорта Украины, приказа ректора ДонНУ «О проведении медицинского осмотра студентов первого курса». В результате все студенты оказываются распределенными в зависимости от состояния их здоровья в основное отделение, отделение специальных медицинских групп, в группы ЛФК и группы освобожденных от физических нагрузок. В медицинских отделениях занятия со студентами проводятся по специальным программам. Во время распределения преподаватели знакомятся с диагнозами, явившимися основанием для перевода студента в медицинскую группу. Это позволяет в дальнейшем индивидуализировать двигательную нагрузку для каждого студента с той или иной патологией. В группы освобожденных от физических нагрузок попадают инвалиды детства или студенты после тяжелых заболеваний и травм, требующих длительного восстановления. Эти студенты не способны выполнять даже минимальные физические нагрузки. Они занимаются реферативной работой по специально разработанным методическим программам, позволяющим во время работы над рефератом ознакомиться с этиологией, патогенезом, клиническими особенностями и, самое главное, с возможностями использования методов и средств физической реабилитации применительно к заболеваниям, которыми страдают. Для них в индивидуальном порядке проводятся консультации, санитарно-профилактическая и профилактическая работа в форме бесед [3].

Необходимо отметить, что в последнее время определилась устойчивая тенденция к увеличению количества студентов с ослабленным здоровьем. Причиной этого являются многочисленные неблагоприятные факторы внешней среды и изменившийся образ жизни современного человека, в котором преобладает, как уже говорилось выше, гиподинамия и гипокинезия с детских лет. За последнее десятилетие значительно увеличилось количество студентов в медицинских группах (с 12% в 2007-2008 до 18,8% в 2008-2009 и до 14,5% в 2013-2014 уч. годах). Как видим, пик заболеваемости приходился на 2008-2009 уч. год, затем несколько стабилизировался на достаточно высоких цифрах и остается высоким. Беспокоит увеличение количества студентов в группах, освобожденных от физических нагрузок, стабилизация заболеваемости на достаточно высоком уровне, то, что полные компенсации хронических заболеваний наступают редко. Рост наполняемости групп освобожденных подтверждает тот факт, что за последние пять лет в Украине на 33% увеличилось количество детей-инвалидов, ведь 99% освобожденных – это и есть инвалиды.

Много лет подряд среди заболеваний, препятствующих обучению студентов в основном отделении, на первом месте находятся заболевания сердечно-сосудистой системы (до 5% прошедших медосмотр). Это – клапанные пороки сердца (как врожденные, так и

приобретенные), диспластические состояния соединительнотканых структур сердца (в том числе пролапс митрального клапана), вегетососудистые дистонии по кардиальному и смешанному типам, артериальные гипотонии и гипертонии, гипертоническая болезнь сердца и др. Восьмой год подряд второе место в ряду заболеваемости занимает патология опорно-двигательного аппарата (до 4,5% от прошедших медосмотр). Пятый год на третьем месте оказываются глазные болезни (3,5% случаев). По всем нозологическим группам есть инвалиды детства. В большом проценте случаев заболевания опорно-двигательного аппарата и глаз проходят в качестве сопутствующей патологии.

После проведения медосмотра и анализа заболеваемости напрашивается целый ряд выводов. Во-первых, он жизненно необходим преподавателям, так как ограждает их от неприятных «сюрпризов» во время занятий по физическому воспитанию, во время тренировок и на соревнованиях, дает возможность правильно дозировать физическую нагрузку и применять методы контроля ее переносимости и адекватности. Во-вторых, не смотря на то, что в последние три года наметилась незначительная тенденция на уменьшение количества студентов в медицинских группах, физическое состояние большей части студентов и состояние их здоровья вызывают тревогу. В-третьих: все поступающие в вуз инвалиды и студенты, распределенные в медицинские группы, имеют соответствующие хронические заболевания, так как представленные ими во время медосмотра медицинские документы не вызвали сомнений в их подлинности. Настораживает то, что до 25% поступивших в вуз студентов сразу же попадают в медицинские отделения. Следовательно, четвертая часть больных с самого начала обучения, некоторые студенты «не признались» о наличии болезни, 5% не донесли медицинские документы вовремя, некоторые обратились к врачу позднее в течение года и более. Таким образом, на втором курсе в медицинских отделениях на некоторых факультетах оказывается до 40% студентов. Эта цифра говорит сама за себя.

С момента медицинского осмотра первокурсников начинается совместная работа преподавателей и врача кафедры. В самом начале – это обсуждение с врачом проблем, связанных с отклонениями в физическом состоянии каждого студента с тем или иным заболеванием и разработка тактики проведения занятий с ними в плане дозирования физической нагрузки и использования методов контроля ее выполнения. Совместно с врачом разрабатываются также комплексы физических реабилитационных программ для каждого отдельного случая, тематика рефератов для освобожденных от физических нагрузок и темы бесед по здоровому образу жизни и профилактике травматизма на занятиях по физическому воспитанию.

Оценка физического развития, т.е. совокупности морфологических и функциональных признаков, позволяющих определить запас физических сил, выносливости и работоспособности, проводится методами соматоскопии и антропометрии, приемлемыми на занятиях по физическому воспитанию. Определяется, прежде всего, состояние опорно-двигательного аппарата по типу осанки, форме ног, стопы, форме грудной клетки; тип дыхания; степень развития мускулатуры, особенности телосложения (гиперстенический, астенический и нормостенический типы), окружность грудной клетки, сила кистей и становая сила, количество активных и пассивных тканей); дополнительными (рост сидя, окружность шеи, живота, талии, бедра, голени, размер плеча) [1, 2, 4].

Зная длину тела стоя и сидя, можно найти коэффициент пропорциональности ($KП$) тела: $KП = 0,5 \times (L1 - L2)$, где $L1$ – длина тела стоя, $L2$ – длина тела сидя. В норме $KП = 87 \div 92\%$.

Для оценки физического развития целесообразно рассчитывать следующие оценочные индексы:

$$\text{Жизненный индекс} = \frac{\text{ЖЕЛ (мл)}}{\text{вес (кг)}}.$$
 Средняя величина для мужчин – $65 \div 70$ мл/кг, для женщин – $55 \div 60$ мл/кг;

Весоростовой индекс Кетле = $\frac{\text{вес (г)}}{\text{рост (см)}}$. Средний показатель – 370÷400 г на 1 см роста у мужчин, 325÷375 – у женщин;

$$\text{Индекс Эрисмана} = \frac{\text{обхват грудной клетки в паузе (см)} - \text{рост (см)}}{2}$$

Индекс Эрисмана (индекс пропорциональности развития грудной клетки) равен 5,8 см для мужчин и 3,3 см для женщин;

$$\text{Зависимость между массой тела и мышечной силой} = \frac{\text{сила кисти (кг)} \times 100}{\text{масса тела (кг)}}.$$

Динамометрия составляет 65-80 массы тела у мужчин и 48-50% у женщин;

$$\text{Показатель пропорциональности физического развития} = \frac{(\text{рост стоя} - \text{рост сидя}) \times 100}{\text{рост сидя}},$$

показатель позволяет судить об относительной длине ног: меньше 87% – малая длина по отношению к длине туловища, 87÷92% – пропорциональное физическое развитие, более 92% – относительно большая длина ног;

$$\text{Площадь поверхности тела можно рассчитать по формуле: } S = \frac{100 + W + (H - 160)}{100},$$

где S – площадь поверхности тела, W – вес тела (г), H – дна тела (см); или по формуле Бойда (http://juxtra.info/diagnostics/body_surface_area.php).

Оценку скоростно-силовых показателей осуществляют с помощью комплекса упражнений: прыжки в длину с места (в см); сгибание и разгибание рук в упоре на полу; подъем ног под прямым углом из виса на прямых руках; поднимание туловища под прямым углом (ноги зафиксированы) из положения лежа на спине.

Оценку силовой выносливости производят при помощи приседаний (количество приседаний), выпрыгивания из приседа в высоту (количество выпрыгиваний), подтягивания, отжимания от пола, перехода в положение сидя из положения лежа.

Оценка функционального состояния проводится по реакции кардиореспираторной системы на физическую нагрузку. Прежде всего, это осуществляется путем подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС), которая увеличивается пропорционально величине мышечной работы и в большинстве случаев равна величине пульса. Необходимо знать следующие положения:

- при развитии скоростных способностей, скоростно-силовых качеств и скоростной выносливости интенсивность нагрузки у студентов в основных группах по ЧСС может достигать до 160÷170 уд/мин.;

- при воспитании силы интенсивность нагрузки несколько снижается: ЧСС доходит до 150 уд/мин.;

- на занятиях по физическому воспитанию, проводимых на первых парах, целесообразно использовать нагрузки малой (ЧСС = 110÷130 уд/мин) или средней интенсивности (ЧСС в диапазоне 130÷150 уд/мин). Оптимальная моторная плотность при этом должна находиться в пределах 50-60%. Основное назначение таких занятий – сокращение периода вработывания в умственную деятельность, стимулирование и удлинение периода высокой работоспособности и обеспечение лучшего усвоения учебного материала в течение дня;

- большие нагрузки для студентов медицинских групп с невысокой физической подготовленностью планировать нельзя (ЧСС в пределах 110÷130 уд/мин);

- целесообразно рекомендовать студентам в период экзаменационной сессии самостоятельно заниматься физическими нагрузками 2 раза в неделю на свежем воздухе с интенсивностью, сниженной до 60-70% от обычного уровня. Необходимо использовать упражнения циклического характера (плавание, лыжи, быстрая ходьба, бег).

Определение таких показателей, как ударный объем сердца, минутный объем сердца затруднительно в повседневной практике, а вот измерение артериального давления (АД) – метод нетрудный и удобный. При необходимости АД измеряет врач по просьбе преподавателя (например, ухудшение состояния здоровья студента во время занятия). Но желательно, чтобы каждый преподаватель владел методикой измерения АД, поскольку тонометры (аппараты для измерения АД) имеются в аптечках на методических отделениях кафедры физического воспитания и спорта. При этом особенно важным является определение пульсового АД (разницы между систолическим и диастолическим АД), которое растет по мере увеличения физической нагрузки. В отличие от изменчивых систолического и диастолического АД, среднее АД также является относительно постоянным. Его можно считать равным сумме диастолического АД и 1/3 пульсового.

Недостаточные резервные возможности сердца могут проявляться лишь при физической нагрузке, превышающей по интенсивности привычные нагрузки. Поэтому необходимо применять нагрузочные тесты. Преподаватели и врач кафедры физического воспитания и спорта применяют пробу Руфье, Гориневского (60 подскоков в течение 30 с), Дешина и Котова (трехминутный бег на месте в темпе 180 шагов в минуту), Мартине (20 приседаний в течение 30 с), Гарвардский степ-тест, измерение индекса Скибинской, определение коэффициента выносливости.

Наиболее часто проводится проба Руфье: пульс измеряется в положении сидя ($P1$), затем производятся 30 глубоких приседаний в течение 30 с, производится подсчет пульса стоя ($P2$) и через минуту ($P3$). Оценка производится по формуле: $I = \frac{(P1 + P2 + P3) - 200}{10}$,

<0 – отлично; $1 \div 5$ – хорошо; $6 \div 10$ – удовлетворительно; $11 \div 15$ – слабо; >15 – неудовлетворительно.

Методика Гарвардского степ-теста: подъем на скамейку высотой 50 см для мужчин и 43 см для женщин в течение 5 мин в темпе 120 шагов в минуту, заданном метрономом. Каждое восхождение состоит из 4 шагов. После завершения теста студент садится и на 2-й, 3-й и 4-й минутах подсчитывается ЧСС (пульс). Индекс рассчитывается по формуле: $ИГСТ = \frac{t \times 100}{(П1 + П2 + П3) \times 2}$, где $П1$, $П2$ и $П3$ – ЧСС на 2-й, 3-й и 4-й минутах. t – время восхождения в секундах.

При большом количестве тестируемых используется другая формула: $ИГСТ = \frac{t \times 100}{f \times 5,5}$, где t – время восхождения в секундах, f – частота сердечных сокращений.

Расчет индекса Скибинской для оценки деятельности кардио-респираторной системы осуществляется по формуле: $\frac{ЖЕЛ/100 \times \text{задержка дыхания}}{\text{ЧСС (мин)}}$; <5 – очень плохо;

$5 \div 10$ – неудовлетворительно; $10 \div 30$ – удовлетворительно; $30 \div 60$ – хорошо; >60 – очень хорошо.

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы рассчитывается коэффициент выносливости: $КВ = \frac{\text{ЧСС} \times 10}{\text{пульсовое давление}}$.

В норме он равен 16. Его увеличение свидетельствует об ослаблении деятельности сердца; уменьшение – об усилении.

Пробы Штанге и Генчи дают некоторое представление о способности организма противостоять недостатку кислорода.

Во время пробы Штанге измеряется время задержки дыхания после глубокого вдоха. Норма у здорового человека – $40 \div 50$ с. С улучшением физической подготовленности

сти в результате адаптации к двигательной гипоксии время задержки увеличивается. Следовательно, увеличение этого показателя при повторном обследовании расценивается как улучшение физической подготовленности студентов.

Проба Генчи: после неглубокого вдоха необходимо сделать полный выдох и задержать дыхание. В норме этот показатель равен 25÷30 с. При хроническом утомлении время задержки дыхания резко уменьшается.

При обнаружении отклонений в функциональных пробах преподаватели сообщают об этом врачу кафедры, который направляет студента на обследование к тому или иному врачу-специалисту студенческой больницы, с которой работает в тесном содружестве. В случае обнаружения какой-либо патологии, студент переводится в соответствующую медицинскую группу (специальную медицинскую, ЛФК или группу освобожденных). Если изменения в физическом состоянии студента носят временный характер, то при выздоровлении он может быть возвращен в прежнюю группу. Ежегодно в группу с более интенсивной физической нагрузкой возвращаются 8-10 % студентов от общего числа в медицинских группах. Это – показатель реабилитации. Он отражает качественную сторону работы преподавателей и зависит также от тяжести заболеваний студентов в медицинских группах.

Врач кафедры осуществляет врачебный контроль методом физиологической кривой во время посещения занятий по физическому воспитанию, на открытых занятиях и спортивных тренировках. Результаты обсуждаются в тренерско-преподавательском коллективе и с заведующим кафедрой. Составляется письменный отчет с графическим изображением физиологической кривой, построенной по показаниям пульса и пульсового давления, измеряемого в течение занятия. Физиологическая кривая идеально отображает величину физической нагрузки во время разминки, в основной и в заключительной части занятия, указывает на допущенные преподавателем ошибки по ее распределению. Характеризует тип физической нагрузки (аэробный или анаэробный), позволяет оценить функциональные возможности кардио-респираторной системы, в том числе и по длине восстановительного периода. Метод физиологической кривой достаточно прост, очень информативен и нагляден, поэтому он должен быть взят на вооружение преподавателями и тренерами, работающими со студентами.

Важным аспектом является создание атмосферы полного доверия между студентом, преподавателем и врачом кафедры. Студент должен быть уверен абсолютно, что на занятиях по физическому воспитанию и спорту ему ни в коем случае не навредят, что он получит именно ту физическую нагрузку, которую может выполнить с положительным тренирующим эффектом, что занятия физическим воспитанием принесут его организму большую помощь, будут способствовать развитию положительных личностных и физических качеств, окажут помощь в процессе учебы в вузе и в дальнейшей жизни. Здесь на первый план выходит формирование личностных качеств преподавателя, его отношения к проблеме здоровья доверенных ему студентов, понимание роли физического воспитания в современной жизни, его эрудиция и профессионализм. Для пополнения знаний преподавателя в вопросах анатомии, физиологии, физической реабилитации и спортивной медицины врач кафедры проводит семинарские занятия, беседы, оформляет памятки для преподавателей по перечисленным проблемам.

ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Как видно из изложенного выше, педагогический контроль и врачебные наблюдения предполагают совместную деятельность преподавателей и врача кафедры физического воспитания и спорта. Они необходимы в процессе физического воспитания студентов и достаточно легко осуществимы. Представляют отработанную систему в ДонНУ и помогают преподавателям и тренерам в работе. В связи с этим, педагогический контроль и врачебные наблюдения должны совершенствоваться и дополняться другими методами и

направлениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова, Г.А. Практическое руководство для спортивных врачей / Г.А. Макарова. – Ростов-на-Дону : Изд-во «Баро-пресс», 2002. – 800 с.
2. Дубровский, В.И. Спортивная медицина : учебник для студ. вузов / В.И. Дубровский. – М. : ВЛАДОС, 1998. – 480 с.
3. Васильков, А.А. Теория и методика физического воспитания : учебник для студ. вузов / А.А. Васильков. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 381 с.
4. Дембо, А.Г. Врачебный контроль в спорте / А.Г. Дембо. – М. : Медицина, 1988. – 288 с.

REFERENCES

1. Makarova, G. A. (2002), *Practical guidance for sports doctors*, publishing house "Baro-press", Rostov-on-Don.
2. Dubrovsky V. I. (1998), *Sports medicine*, VLADOS, Moscow.
3. Vasilkov, A.A. (2008), *Theory and technique of physical training*, Phoenix, Rostov-on-Don.
4. Dembo, A.G. (1988), *Medical control in sport*, Medicine, Moscow.

Контактная информация: sportkafedra.donnu@gmail.com

Статья поступила в редакцию 26.08.2015.

УДК 796.011

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИЦ 7-17 ЛЕТ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сергей Николаевич Блинков, кандидат педагогических наук, доцент,

Заслуженный учитель Российской Федерации,

Самарская государственная сельскохозяйственная академия (СГСХА), г. Самара,

Сергей Петрович Левушкин, доктор биологических наук, профессор,

Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодёжи и туризма (ГЦОЛИФК), г. Москва

Аннотация

На основе широкомасштабных исследований разработаны стандарты физической подготовленности школьников 7-17 лет Ульяновской области. Проведен сравнительный анализ физической подготовленности городских и сельских школьников Ульяновской области, который выявил некоторое преимущество в общей физической подготовленности городских школьников. При этом в силовых показателях и выносливости в большинстве возрастных групп выявлено преимущество сельских школьников. Отмечена важность разработки региональных стандартов для оценки и коррекции, как отдельных физических качеств, так и общей физической подготовленности школьников в целом. В статье даны рекомендации развития тех или иных двигательных качеств в том или ином возрасте как сельских, так и городских школьников Ульяновской области.

Ключевые слова: физическая подготовленность, сельские школьники, городские школьники, сравнительный анализ, стандарты физической подготовленности.