

2) С депрессивной симптоматикой – от 16 до 63 (13 чел.) набранных баллов по методике «Шкала депрессии Бека».

С помощью критерия U-Манна-Уитни не была выявлена статистически достоверная разница между группами студентов относительно параметра «мотивация»  $U = 155,000$  при  $p = 0,287$ , что не указывает на достоверную разницу между группами студентов с депрессивной симптоматикой ( $M = 10,92$ ;  $S = 4,291$ ) и студентов без депрессивной симптоматики ( $M = 12,63$ ;  $S = 3,011$ ). Различия по группам представлены в таблице 1

Таблица 1–Сравнительный анализ групп студентов с депрессивной симптоматикой и без депрессивной симптоматики, относительно параметра «мотивация»

Статистические значения	Мотивация
U критерий	155,000
p	0,287
M (с депрессивной симптоматикой)	10,92
M (без депрессивной симптоматики)	12,63
S (с депрессивной симптоматикой)	4,291
S (без депрессивной симптоматики)	3,011

В результате исследования, статистически достоверная разница двух групп студентов, с депрессивной симптоматикой и без проявления депрессивной симптоматики, в отношении параметра «мотивация» не выявлена.

### Литература

1 Губин, В. А. Особенности потребностно-мотивационной сферы студентов бакалавриата разных курсов обучения в ЛГУ им. А. С. Пушкина / В. А. Губин, А. О. Акулов // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2017. – № 5. – С. 78–79.

2 Першина, А. В. Особенности мотивационной сферы студентов-психологов / А. В. Першина, А. В. Соловьёва // Молодой ученый. – 2016. – № 5. – С. 634–636.

УДК 796:616-001:796.61

*А. О. Песецкая*

### К ВОПРОСУ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА В ВЕЛОСПОРТЕ

*В статье рассматриваются вопросы применения средств лечебной физической культуры при восстановлении спортсменов-велосипедистов после травм. Изучены причины спортивного травматизма, механизм возникновения травм и их профилактика в велосипедном спорте. Выявлена длительность периода восстановления велосипедистов после травм с использованием средств лечебной физической культуры.*

В последнее время велосипед стал одним из важнейших средств борьбы с гиподинамией – болезнью большинства жителей крупных городов, обусловленной резким уменьшением двигательной активности. Велосипедный спорт является популярным и зрелищным видом спорта во всем мире. Развитие данного вида спорта внесло радикальные изменения в его материально-техническом обеспечении. Использование

оригинальных инженерных технологий способствовало существенной модернизации велосипедного инвентаря, оборудования, спортивной экипировки. Очевидно, что все это поспособствовало увеличению скорости в велосипедных гонках до предельных величин. В тоже время данный факт повлиял на то, что к физической и технико-тактической подготовленности спортсменов предъявляются в настоящее время все более высокие требования [2,4].

Необходимо отметить, что рано или поздно все спортсмены-велосипедисты получают какие-либо травмы во время езды. Однако большую часть травм спортсмены получают при падении с велосипеда. Одним из факторов травматизма травм являются нагрузки, неадекватные возможностям занимающихся. Это приводит к переутомлению у велосипедиста мышц верхних конечностей, воротниковой зоны и спины, что неблагоприятно сказывается на функциональном состоянии позвоночника. Кроме того, при прохождении дистанции возникает сильное напряжение мышц нижних конечностей и поясничного отдела позвоночника. Все это способствует развитию травматизма в велосипедном спорте.

Рядом исследователей отмечается, что в области свободной верхней конечности чаще травмируется предплечье, а в области пояса верхних конечностей – ключица и ключично-акромиальное сочленение (вывихи в данной области составляют 3,14 % всей патологии). Острые травмы опорно-двигательного аппарата у спортсменов-велосипедистов составляют 61,68 % всей патологии. Переломы костей составляют 13,83 % встречающихся травм (переломы ключицы, предплечья, голеностопного сустава). На втором месте среди получаемых велосипедистами травм являются повреждения менисков, крестообразных и боковых связок коленного сустава (15,40 % всей патологии). Ушибы у велосипедистов локализуются в основном в области наружной поверхности бедра, туловища. Ссадины и царапины той же локализации составляют 16,66%. Травмы миоэнтезического аппарата у велосипедистов составляют 2,51 % всей патологии. В большей степени встречаются закрытые разрывы ахиллова сухожилия и открытые травмы сухожилий сгибателей пальцев. Среди хронических на фоне повторных травм у спортсменов наиболее распространенными являются заболевания коленного сустава и надкостницы, которые составляют 10,06%. К хроническим заболеваниям позвоночника у велосипедистов следует отнести остеохондрозы, спондилезы и спондилоартрозы, составляющие 8 % всей патологии. Заболевания миоэнтезического аппарата составляют более 6 % всей патологии (хронические миозиты, миоэнтезиты икроножных мышц и ахиллова сухожилия)[5].

Реабилитация спортсменов после травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, в отличие от реабилитации обычных людей имеет ряд характерных особенностей. Помимо выполнения трудовых и бытовых обязанностей, спортсмен должен выдерживать большие физические нагрузки современного спорта, предъявляющие огромные требования к стабильности суставов, их подвижности, силе мышц. Это значит, что имеется существенное различие между понятиями «здоров» для здорового человека и для спортсмена [3].

На основании анализа научно-методической литературы и результатов практических исследований данной проблематики, эффективность применения средств лечебной физической культуры оценивается длительностью периода восстановления спортсменов-велосипедистов после травм, полученных как в процессе тренировки, так и в соревновательный период (таблица 1).

В рамках тренировочного процесса для улучшения функционального состояния позвоночника, мышц верхних и нижних конечностей в тренировочные занятия велосипедистов необходимо включать такие средства лечебной физической культуры как: упражнения на гибкость и укрепление мышц туловища, верхних и нижних конечностей, а также развитие силы и подвижности отделов позвоночника, массаж.

Меры профилактики травм и заболеваний можно разделить на общие, связанные с основными особенностями воздействия велосипедного спорта на организм спортсмена, и на частные, которые зависят от индивидуальных особенностей, отклонений в состоянии здоровья и суставно-связочного аппарата данного спортсмена.

Таблица 1 – Длительность периода восстановления велосипедистов после травм с использованием средств лечебной физической культуры

Травма	Количество дней	
	Начало тренировок	Возможность участия в соревнованиях
Переломы костей (со дня снятия иммобилизации):		
Голени	70–80	100–110
Стопы	70–80	100–110
Предплечья	40–50	70–80
Плеча	50–70	80–100
Ребер	20–30	45–60
Ключицы	30–50	60–80
Растяжения связок суставов:		
Голеностопного сустава I степени	7–10	10–20
Голеностопного сустава II степени	14–20	21–30
Голеностопного сустава III степени	21–30	31–40
Растяжения лучезапястного сустава	7–20 со дня травмы	
Растяжения связок плечевого сустава	90–130 дней со дня травмы	
Растяжения и ушибы коленного сустава:		
Без гемартроза	10–14	17–20
С незначительным повреждением связок	14–28	24–35
С выраженным повреждением связок	Не ранее 60 дней после травмы	
Вывихи локтевого и плечевого суставов:		
Локтевого сустава	20–50	80–130
Плечевого сустава	20–40	70–120

Для велосипедистов характерно, что травмам они подвергаются обычно во второй половине дистанции. Важное значение имеет правильный оптимальный питьевой режим. Очевидно, что физическое и морально-волевое напряжение приводит к утомляемости спортсменов. В таких условиях небольшая техническая, организационно-методическая ошибка, а также неисправность велосипедного оборудования, могут стать причинами травм. Особенно опасны тренировки спортсменов без шлемов и в неправильно подобранной одежде (езда в легкой одежде может привести к простудным заболеваниям и различным термическим травмам)[1].

Специфика велосипедного спорта, связанная с длительным пребыванием спортсмена в седле, требует первоочередной общей профилактики повреждения тканей в области промежности, ягодиц и бедер. Поэтому велосипедистам рекомендуется дублирование кожи в этих областях. Спортсмены весьма охотно применяют концентрированные растворы марганцовокислого калия в виде ванночек и протираний. Однако крепкие растворы обладают не только дубящим и дезинфицирующим действием – они могут оказывать на кожу вредное воздействие, поскольку на пересушенной коже образуются трещины, способствующие проникновению инфекции. Следовательно, наибольший положительный эффект дают мази, крема и гели.

## Литература

- 1 Валеев, Н. М. Восстановление работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие / Н. М. Валеев. – М. : Физическая культура, 2009. – 304 с.
- 2 Захаров, А. А. Физическая подготовка велосипедиста : учеб. пособие / А. А. Захаров. – М. : Физкультура, образование и наука, 2001. – 124 с.
- 3 Марков, Л. Н. Физическая реабилитация при травмах опорно-двигательного аппарата у спортсменов: учеб. пособие / Л. Н. Марков. – М. : ТОО «СИМС», 1997. – 118 с.
- 4 Полищук, Д. А. Велосипедный спорт / Д. А. Полищук. – К. : Олимпийская литература, 1997. – 344 с.
- 5 Профессиональные травмы и заболевания у спортсменов : метод. пособие / сост.: В. П. Рябов, И. Ф. Нуруллин, З. Ф. Курмаев и др. – Казань: Казан. ун-т, 2017. – 22 с.

УДК 94:37.091.252

*Е. Н. Пилькевич*

### ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КЛАССОВ

*Статья посвящена истории становления педагогических классов, что играет важную роль в обеспечении качественного образования в Республике Беларусь. Рассмотрена идея организации профильного обучения педагогической направленности и возрождения педагогических классов. Определена ключевая цель факультативных занятий. Описаны стратегически важные документы, определяющие вектор развития непрерывного педагогического образования на ближайшую пятилетку.*

В последние 20 лет в отечественной общеобразовательной школе достаточно широкое распространение получили педагогические классы. Они зарекомендовали себя как эффективная форма педагогической профориентации, приобщения учащихся к педагогической культуре [1].

Опыт организации педагогических классов как формы профориентации на учительские профессии в общеобразовательном учреждении имеет давнюю историю. Уже в середине XVI века педагогика стала изучаться в духовных семинариях и в педагогических классах Смольного института благородных девиц, однако в этот период она носила больше характер профессионального обучения. Собственно систематическая работа по профориентации молодежи на учительские профессии датируется 1848 годом, когда мещанская половина Смольного института благородных девиц была преобразована в Александровское училище, где в том же году открылись педагогические классы. Уже с первых лет существования в программу их работы была включена педагогическая практика. Она представляла собой попечение старших воспитанниц над младшими с целью формирования опыта воспитания детей.

У истоков организации профориентации на учительские профессии в педагогических классах стоял великий русский педагог К. Д. Ушинский. В 1859 году он был направлен на работу в Смольный институт, где преподавал педагогику по разработанной им программе, которая впоследствии долгие годы использовалась и в педагогических классах других учебных заведений.

С 1864 года педагогические классы стали открываться при столичных и провинциальных женских гимназиях ведомства учреждений императрицы Марии. В Ярославском женском училище духовного ведомства курс педагогики был введен в 1867 году. С 1870 года при гимназиях Министерства просвещения, где восьмой класс был дополнительным, ученицы более углубленно изучали педагогические дисциплины. После окончания восьмого класса им присваивали звание домашней учительницы.