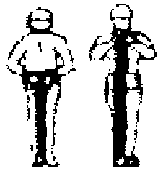
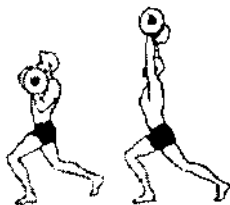


Упр. 2. И. п. - стоя, в руках, согнутых в локтях, один конец эспандера, другой конец эспандера закреплен за стопу правой ноги. В медленном и среднем темпе выполнять поочередно разгибание и сгибание рук в локтевых суставах. При сгибании рук эспандер растянуть - сделать выдох, а при разгибании рук сделать вдох. Упражнение повторить 12-16 раз от 2 до 5 серий с интервалом отдыха между сериями 15 сек.



Упр. 3. И. п. - основная стойка, в руках штанга хватом сверху удерживается у груди. В среднем темпе, делая выпад левой ногой, разгибая руки, штангу поднять вверх, затем опустить ее в исходное положение. При разгибании рук надо сделать глубокий вдох, а при сгибании - выдох. Упражнение повторить 8-10 раз от 2 до 3 серий с интервалом отдыха между сериями 20 сек.

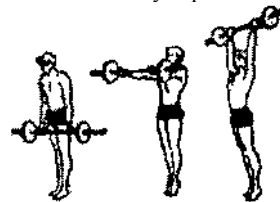


Упр. 4. И. п. - упор с опорой на концах параллельных брусьев, ноги под углом 90 градусов удерживают набивной мяч. В медленном темпе руки согнуть в локтевых суставах, ноги удерживать под углом. Затем руки выпрямить и прийти в исходное положение. При сгибании рук надо выполнить выдох, а при разгибании рук - глубокий вдох. Упражнение повторить 6-8 раз от 2 до 3 серий с интервалом отдыха между сериями 20 сек.



Упр. 5. И. п. - основная стойка. Штанга в руках хватом снизу находится у бедер. В медленном темпе штангу поднять на

уровень груди, затем вверх, приподнимаясь на носки, сделать глубокий вдох. Медленно штангу опустить в исходное положение, сделать выдох. Упражнение повторить 6-8 раз от 2 до 3 серий с интервалом отдыха между сериями 20-25 сек.



Упр. 6. И. п. - полуприсед, штанга в прямых руках хватом сверху за гриф. В среднем темпе, делая глубокий присед, поднять штангу над головой. При подъеме штанги необходимо сделать вдох, а при опускании - выдох. Упражнение повторить 6-8 раз от 2 до 3 серий с интервалом отдыха между сериями 20 сек.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Ильич В.И. Профессионально-прикладная подготовка студентов вузов. - М.: Высшая школа, 1978.-144с.
- 2 Кудрицкий В.Н. Профессионально-прикладная физическая подготовка. - Брест.: БГТУ, 2005.-276с.
- 3 Кудрицкий В.Н. Профессионально-прикладная подготовка - составная часть физического воспитания студентов //Совершенствование системы физического воспитания студенческой молодежи: Сб.тез.докл. X Респ. научно-метод. конф. - Могилев, 15-16 - октября 1985.
- 4 Пасичниченко В.А., Кудрицкий В.Н. Влияние физической культуры и спорта на формирование навыков, необходимых человеку в повседневной деятельности в зависимости от профессии //Вестник БГТУ. Серия: Гуманитарные науки.-2002.-№6(18)-с.125-129.
- 5 Раевский Р.Т. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов политехнического института: (методическая разработка для студентов). - Одесса, 1996.
- 6 Раевский Р.Т. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов технических вузов: (учебное пособие для вузов). - М.: Высшая школа, 1985.-136с.

УДК 796

Кудрицкий В.Н., Пасичниченко В.А., Цапенко В.А.

РЕКРЕАЦИОННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Сердце - мощный мышечный орган, нагнетающий кровь в систему кровообращения. Он состоит в основном из прочной эластичной ткани - сердечной мышцы (миокарда), которая на протяжении всей жизни ритмически сокращается, посылая кровь через артерии и капилляры к тканям организма. При каждом сокращении сердце выбрасывает около 60-75 мл крови, а за минуту при средней частоте сокращений 70 ударов в

минуту - 4-5 л. За 70 лет сердце производит более 2,5 млрд. сокращений и нагнетает примерно 156 млн. литров крови.

Сердце - неутомимый насос, размером со сжатый кулак данного человека, весит немногим больше 200 г. По форме сердце сходно с усеченным конусом, слегка выпуклым, как груша, с одной стороны. Верхушка расположена слева от грудины и обращена к передней части грудной клетки. От проти-

Пасичниченко Владимир Алексеевич, зав. кафедрой физического воспитания и спорта Белорусского государственного технологического университета.

Беларусь, БГТУ, 220050, г. Минск, ул. Свердлова, 13а.

Цапенко Валентин Александрович, профессор кафедры спортивных игр Запорожского государственного университета, мастер спорта международного класса, заслуженный тренер СССР и УССР по гандболу.

Украина, ЗГУ, 69063, г. Запорожье, ул. Лепика, 35.

воположной части верхушки (основания) отходят крупные сосуды, по которым притекает и оттекает кровь.

Без кровообращения жизнь невозможна, и сердце, как его двигатель, исполняет функцию насоса. При остановке или резком ослаблении работы сердца смерть наступает уже через несколько минут.

Сердце человека разделяется перегородками на четыре камеры, которые заполняются кровью не одновременно. Две нижние толстостенные камеры – желудочки играют роль нагнетающего насоса. Они получают кровь из верхних камер и, сокращаясь, направляют ее в артерии. Сокращения желудочков и создают то, что называют сердцебиениями. Две верхние камеры предсердия – это тонкостенные резервуары, которые легко растягиваются, вмещая в интервалах между сокращениями поступающую из вен кровь.

Левый и правый отделы сердца, состоящие из предсердия и желудочка каждый, изолированы друг от друга. Правый отдел получает бедную кислородом кровь, оттекающую от тканей организма и направляет ее в легкие. Левый отдел получает насыщенную кислородом кровь из легких и направляет ее к тканям всего тела. Стенки левого желудочка намного толще и массивнее других камер сердца, поскольку он выполняет самую тяжелую работу по нагнетанию крови в большой круг кровообращения. Обычно толщина его стенок немногим меньше 1,5 см.

Кровь поступает в правое предсердие по двум крупным венозным стволам: верхней полой вене, которая приносит кровь от верхних частей тела, и нижней полой вене, приносящей кровь от нижних его частей. Из правого предсердия кровь поступает в правый желудочек, откуда нагнетается через легочную артерию в легкие. По легочным венам кровь возвращается в левое предсердие, а оттуда проходит в левый желудочек, который через самую крупную артерию, аорту, нагнетает кровь в большой круг кровообращения.

Аорта вскоре разделяется на несколько ветвей. По основному стволу, нисходящей аорте, кровь направляется в брюшную полость и нижние конечности, а сверху от аорты отходят коронарные (венечные), подключичные и сонные артерии, по которым кровь направляется в сердечную мышцу, верхнюю часть туловища, руки, шею и голову.

Последовательность сокращений камер сердца называют сердечным циклом. За время цикла каждая из четырех камер проходит не только фазу сокращения (систола), но и фазу расслабления (диастола). Первыми сокращаются предсердия – вначале правое, почти сразу же за ним левое. Эти сокращения обеспечивают быстрое заполнение кровью расслабленных желудочков. Затем сокращаются желудочки, с силой выталкивающие содержащуюся в них кровь. В это время предсердия расслабляются и заполняются кровью из вен. Каждый такой цикл продолжается в среднем 6-7 сек.

Одна из наиболее характерных особенностей сердца – его способность к регулярным спонтанным сокращениям, не требующим внешнего пускового механизма типа нервной стимуляции. Эта способность обусловлена тем, что сердечная мышца активируется электрическими импульсами, возникающими в самом сердце. Их источником служит небольшая группа видоизмененных мышечных клеток в стенке правого предсердия. Они образуют поверхностную С-образную структуру, длиной примерно 15 мм, которая носит название синоатриального или синусного узла. Его называют также водителем ритма (пейсмейкером) – он не только запускает сердцебиения, но и определяет их исходную частоту, характерную для каждого вида животных и постоянно сохраняющуюся в отсутствие регуляторных воздействий (химических или нервных).

В разных участках сердца и крупных сосудов давление, создаваемое сокращением сердца, неодинаково. Кровь, возвращающаяся в правое предсердие по венам, находится под относительно малым давлением – около 1-2 мм рт. ст. Правый желудочек, посылающий кровь в легкие, во время систолы

доводит это давление примерно до 20 мм рт. ст. Возвращающаяся в левое предсердие кровь опять-таки находится под низким давлением, которое при сокращении предсердия повышается до 3-4 мм рт. ст. Левый желудочек выталкивает кровь с большой силой. При его сокращении давление достигает примерно 120 мм рт. ст., и данный уровень поддерживается в артериях всего тела. Отток крови в капилляры в промежутке между сокращениями сердца снижает артериальное давление примерно до 80 мм рт. ст. Эти два уровня давления, а именно систолическое давление и диастолическое, вместе взятые, и называют кровяным или, точнее, артериальным давлением. Таким образом, типичное «нормальное» давление равно 120/80 мм рт. ст.

За работой сердца можно следить путем регистрации его электрической активности в процессе сокращений. Электрическая активность сердца, записанная при помощи электрокардиографа, называется электрокардиограммой (ЭКГ). На основании ЭКГ и других сведений, получаемых при обследовании больного, часто удается достаточно точно определить характер нарушения сердечной деятельности и распознать болезнь сердца.

Сердце взрослого человека обычно сокращается с частотой 60-90 раз в минуту. У детей частота сердцебиений выше: у младенцев примерно 120, а у детей до 12 лет – 100 в минуту. Это средние показатели. В зависимости от условий среды ЧСС может очень быстро меняться.

Физические нагрузки тоже усиливают влияния на сердце и повышают частоту сердечных сокращений вплоть до 200 ударов в минуту и более.

Ряд факторов влияет на работу сердца непосредственно, без участия нервной системы. Например, повышение температуры сердца ускоряет ритм сердечных сокращений, а снижение замедляет его. Некоторые гормоны, такие, как адреналин и тироксин, тоже оказывают прямой эффект и, поступая в сердце с кровью, увеличивают частоту сердцебиений.

До начала XVI в. какие-либо представления о болезнях сердца отсутствовали. Считалось что любое повреждение этого органа неминуемо приводит к быстрой смерти. В XVII в. была открыта система кровообращения, а в XVIII в. обнаружена связь между прижизненными симптомами и данными вскрытия больных, умерших от сердечных заболеваний. Изобретение в начале XIX в. стетоскопа позволило при жизни различать сердечные шумы и другие нарушения работы сердца. В 1940-х годах начали производить катетеризацию сердца (введение в сердце трубочек для изучения его функции), что привело в последующие десятилетия к быстрому прогрессу в изучении болезней этого важнейшего органа и его лечения.

Болезни сердца могут иметь множество причин, но к важнейшим из них относятся лишь немногие, тогда как все остальные встречаются относительно редко. В большинстве стран мира список таких болезней, расположенных по частоте и значимости, возглавляют четыре группы: врожденные пороки сердца; ревматические болезни сердца; ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. К менее частым заболеваниям относятся инфекционные поражения клапанов (острый и подострый инфекционный эндокардит), сердечная патология, вызванная заболеваниями легких (“легочное сердце”) и первичное поражение сердечной мышцы, которое может быть как врожденным, так и приобретенным.

Врожденные пороки сердца – это те заболевания, которые развились еще до рождения или во время родов. Они не обязательно являются наследственными. Многие виды врожденной патологии сердца и кровеносных сосудов встречаются не только порознь, но и в различных сочетаниях примерно у 1 из каждых 200 новорожденных. Причины большинства врожденных пороков сердечно-сосудистой системы остаются неизвестными. При наличии в семье одного ребенка с пороком сердца риск рождения других детей с такого рода пороком несколько возрастает, но все же остается низким от 1 до 5%.

В настоящее время многие из этих пороков поддаются хирургической коррекции, что обеспечивает возможность нормального роста и развития таких детей.

Ревматическое поражение сердца. В XX в. в развитых странах наблюдается неуклонное снижение частоты ревматизма, но и до сих пор примерно 10% операций на сердце производится по поводу его хронического ревматического поражения.

Ревматизм возникает как позднее осложнение стрептококковой инфекции (обычно горла). В острой стадии процесса, чаще всего у детей, поражаются миокард (сердечная мышца), эндокард (внутренняя оболочка сердца) и нередко перикард (наружная оболочка сердца). В более тяжелых случаях наблюдается увеличение размеров сердца из-за острого воспаления его мышцы (миокардита); воспаляется и эндокард, особенно те его участки, которые покрывают клапаны.

Хроническое ревматическое поражение сердца вызывает стойкое нарушение его функции, часто наступающее вслед за острым приступом ревматизма. Миокардит в основном излечивается, но деформации клапанов, особенно митрального и аортального, обычно остаются. Прогноз у больных с ревматическим поражением сердца зависит от тяжести начальных поражений, но в еще большей степени - от возможных рецидивов инфекции. Лечение сводится к профилактике повторных инфекций с помощью антибиотиков и к хирургическому восстановлению или замене поврежденных клапанов.

Ишемическая болезнь сердца. Поскольку внутренняя оболочка сердца препятствует поступлению в него питательных веществ и кислорода из крови, которую оно перекачивает, сердце зависит от своей собственной системы кровоснабжения - коронарных артерий. Повреждение или закупорка этих артерий приводит к ишемической болезни сердца.

Поражение сердца при артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия (гипертензия) в форме хронически повышенного кровяного давления распространена во всем мире и на ее долю приходится почти 25% всех случаев сердечно-сосудистых заболеваний. Первоначально сердце приспособляется к повышенному давлению, увеличивая массу и силу сердечной мышцы (гипертрофия сердца). Однако при очень высокой и длительной артериальной гипертензии оно постепенно ослабевает, гипертрофия сменяется простым расширением полостей сердца, и наступает сердечная недостаточность. Гипертензия нередко служит причиной и ишемической болезни сердца. К другим частым причинам смерти при многолетней гипертензии относятся инсульты и поражения почек. В последние десятилетия успехи медикаментозного лечения артериальной гипертензии снизили частоту поражения сердца при этом заболевании.

Типичное, нормальное давление у человека равно 120/80 мм ртутного столба.

Под артериальной гипертензией понимают стойкое повышение артериального давления свыше 140 и 90 мм рт. ст. В настоящее время уровень повышенного давления в зависимости от его показателей выражается степенью артериального давления (табл. 1).

Таблица 1

Степень	I	II	III
Уровень АД, мм рт. ст.	140-159/90-99	160-179/100-109	>180/>110

Чем опасно повышенное артериальное давление? Как правило, повышенное АД не ощущается человеком. Головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами не являются специфическими для гипертензии. Однако повышенное артериальное давление оказывает неблагоприятное воздействие на органы - «мишени». При артериальной гипертензии увеличивается масса сердца, утолщается стенка сосудов, ускоренными темпами развивается атеросклероз, поражаются сосуды сетчатки глаза, развиваются склеротические

процессы в почечной ткани с формированием почечной недостаточности. На фоне этих процессов, которые протекают незаметно для человека, часто развиваются два опасных для жизни осложнения: острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт (кровоизлияние в мозг). Артериальную гипертензию называют «тихим убийцей».

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются в настоящее время основной причиной смертности и инвалидности. С каждым годом частота и тяжесть этих болезней неуклонно нарастают, все чаще заболевания сердца и сосудов встречаются и в молодом, творчески активном возрасте (табл. 2).

Таблица 2

	Причины летальных исходов по данным А. Омрану	Процент смертных случаев
1	Болезни сердца	38,3
2	Раковые заболевания	17,2
3	Инсульты	10,6

Распространению болезни способствует ряд факторов внешней и внутренней среды («факторы риска»). Из группы социально-культурных факторов наибольшее значение имеют: потребление высококалорийной пищи, богатой насыщенными жирами и холестерином, что приводит к избыточному весу и ожирению; курение; «сидячий», малоактивный образ жизни; стрессовые условия современной жизни в крупных городах.

Широкое распространение заболеваний сердечно-сосудистой системы настоятельно требует прежде всего интенсификации массовых профилактических мероприятий как в виде первичной, так и в виде вторичной профилактики. Первичная профилактика подразумевает предупреждение заболеваний сердца у лиц внешне здоровых, без объективных и субъективных признаков заболевания, но имеющих те или иные факторы риска; вторичная профилактика — предупреждение прогрессирования и осложнений заболеваний сердца.

Рациональная физическая культура является непременной составной частью как первичной, так и вторичной профилактики. За счет постепенных физических нагрузок улучшается функциональное состояние и сократительная функция миокарда; повышается коронарный резерв и экономичность сердечной деятельности; улучшается периферическое кровообращение и др. Доказано, что физическая активность задерживает развитие коронарного атеросклероза в возрасте после 40 лет, ведет к повышению активности противосвертывающей системы крови, предупреждая осложнения, и таким образом устраняет проявление большинства факторов риска основных болезней сердца.

Роль физических упражнений не ограничивается профилактикой заболеваний сердечно-сосудистой системы. Физические упражнения имеют большое значение и для лечения этих заболеваний.

Занятия лечебной физической культурой повышают интенсивность протекания всех физиологических процессов в организме. Такое тонизирующее действие упражнений улучшает жизнедеятельность рабочих органов и имеет особенно важное значение при ограниченной двигательной активности.

Физические упражнения улучшают трофические процессы в миокарде, увеличивают кровоток и активизируют обмен веществ. В результате сердечная мышца постепенно укрепляется, повышается ее сократительная способность. Улучшение обмена веществ в организме вследствие стимуляции окислительных процессов задерживает, а при начальных проявлениях вызывает обратное развитие атеросклероза.

Работа сердца облегчается также благодаря улучшению движения крови по венам при ритмичной смене сокращения и расслабления мышц, при выполнении дыхательных упражнений. Действие их объясняется изменением внутригрудного давления. Во время вдоха оно понижается, усиливается при-

сасывающая деятельность грудной клетки, повышающееся при этом брюшное давление усиливает ток крови из брюшной полости в грудную. Во время выдоха облегчается продвижение венозной крови из нижних конечностей, так как брюшное давление при этом снижается.

Нормализация функций достигается постепенно за счет осторожной тренировки, с помощью которой удастся восстановить нарушенную болезнью и вынужденным покоем координацию в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Физические упражнения, соответствующие возможностям сердечно-сосудистой системы, способствуют восстановлению кровообращения и внутренним органам.

Методика лечебной физической культуры зависит от особенностей протекания заболевания и степени недостаточности общего и венозного кровообращения. При подборе физических упражнений, исходных положений, величины нагрузки необходимо учитывать двигательный режим, назначенный больному.

При тяжелых проявлениях заболевания, выраженной недостаточности сердца или венозного кровообращения лечебная физическая культура способствует компенсации ослабленной функции сердца, лечению основного заболевания и улучшению периферического кровообращения. Для этого используются физические упражнения, мобилизующие внесердечные факторы кровообращения: упражнения для дистальных сегментов конечностей, дыхательные упражнения и упражнения в расслаблении мышц. У большинства больных они вызывают замедление пульса и снижение артериального давления.

При легких формах заболевания, острых болезнях в стадии выздоровления и компенсированных хронических заболеваниях лечебная физическая культура способствует повышению функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы. Применяются упражнения для средних и крупных мышечных групп с постепенно повышающейся дозировкой. Такие упражнения учащают пульс и увеличивают кровоток.

При недостаточности кровообращения 3 степени применяются физические упражнения для мелких и средних мышечных групп. Упражнения для крупных суставов конечностей необходимо выполнять с неполной амплитудой. Упражнения для туловища применяются только в виде поворота на правый бок и невысокого приподнятия таза. Темп выполнения упражнений — медленный, число повторений 3—6 раз. Статические дыхательные упражнения выполняются без углубления дыхания. Занятия сочетаются с легким массажем голеней.

В обязательном порядке рекомендуется ежедневная щадящая утренняя гимнастика, способствующая более быстрому приведению организма в рабочее состояние после пробуждения, поддержанию высокого уровня работоспособности в течение трудового дня, совершенствованию координации нервно-мышечного аппарата, деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Во время утренней гимнастики и последующих водных процедур активизируется деятельность кожных и мышечных рецепторов, вестибулярного аппарата, повышается возбудимость ЦНС, что способствует улучшению функций опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Вначале гимнастику рекомендуется выполнять, подбирая легкие упражнения:

Упр.1. Дугами вперед руки вверх – вдох, руки через стороны вниз — выдох.

Упр.2. Поднимание согнутых в коленях ног – выдох, опускание прямых ног – вдох.

Упр.3. Отведение и приведение поднятой ноги. Дыхание произвольное.

Упр.4. Имитация движений ног при езде на велосипеде. Дыхание произвольное.

Упр.5. Переход в положение сидя с помощью и без помощи рук.

Затем, продолжая ее, необходимо упражнения выполнять в положении стоя:

Упр.1. Руки в замок ладонями вверх, ногу назад на носок, прогнуться — вдох, и. п. — выдох.

Упр.2. Руки в замок ладонями вверх, наклон туловища в сторону, одноименную ногу в сторону — вдох, и. п. — выдох.

Упр.3. Руки согнуты перед грудью, пружинистые отведения рук назад.

Упр.4. Руки на пояс, круговые движения туловищем.

Упр.5. Руки в стороны — вдох, наклон вперед, кисти рук касаются коленей — выдох.

Упр.6. Махи ногой вперед-назад. Дыхание произвольное.

Упр.7. Присед, руки вперед — выдох, и. п. — вдох.

Упр.8. Ходьба обычная на носках, с высоким подниманием колена.

При пороке сердца консервативное лечение (как врожденное, так и приобретенное) — безуспешно, но хирургическая операция, как активное вмешательство, может проводиться только при наличии соответствующих показаний. При организации лечебной физической культуры в послеоперационном периоде необходимо своевременно определить объем и предельный характер допустимых нагрузок, а также формы тренирующего режима.

В остром периоде (палатный или домашний режим) лечебная гимнастика выполняется лежа, затем сидя. Постепенно двигательный режим расширяется: применяется ходьба. В период выздоровления лечебная физкультура представляет эффективное средство реабилитации. Цель поддерживающего периода — закрепление достигнутых результатов и восстановление физической способности человека.

В этот период рекомендуется дозированная ходьба — основной вид физической активности, способствующий восстановлению функции сердца. Кроме того, ходьба, лечебная физкультура и другие умеренные движения являются эффективным средством вторичной профилактики заболеваний. Людям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо продолжать занятия физкультурой, лучше циклическими видами — ходьбой, бегом трусцой, лыжами — всю жизнь.

При расширении двигательной активности лечебная гимнастика должна включать релаксационные, дыхательные и развивающие упражнения. Незаменимым и постоянным должен быть бег. Решать вопрос о дистанции, с которой рекомендуется начинать бег, необходимо с врачом-терапевтом и врачом физкультурного диспансера. На начальном этапе лучше всего пробегать 200-400м., с тем, чтобы определить функциональные способности сердца. Затем рекомендуется постепенно довести бег с 300 до 1000м. и в течение длительного времени дистанцию не увеличивать. Когда занимающийся легко начнет преодолевать дистанцию 1000м., ее можно увеличить до 1500-2000м. Особенное внимание необходимо обращать на дыхание. Оно должно быть ритмичным и без задержки. Рекомендуется бегать после утренней зарядки, так как бег является эффективным средством, улучшающим функциональное состояние многих органов и систем организма занимающихся, и, в первую очередь, коронарного кровообращения и мышц сердца.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Завьялов А.И. Систолический объем сердца. — Минск. «Польмя», 1981.
- 2 Л.О. Бадалян Наследственные болезни у детей. — М.: Медицина, 1971 — 367с.
- 3 Глазко Т.А. Методика физического воспитания студентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы. Материал XI межд. науч.-практич. конф. «Проблемы физической культуры населения, проживающего в условиях неблагоприятных факторов».
- 4 Гоголан М. Прощайтесь с болезнями. — М.: Советский спорт.

- 5 Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Владос, 1999 – 607с.
- 6 Наш друг бег. – М.: Фис, 1972
- 7 Кудрицкий В.Н. Методические рекомендации по организации оздоровительным бегом в условиях ВУЗа. – Брест. БИСИ, 1988
- 8 Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Болезни сердечно-сосудистой системы, ревматические болезни /руководство для врачей /. 2-е издание. – М.: Медицина, 1996 – 560 с.
- 9 Р.Б. Минкин. Болезни сердечно-сосудистой системы. – М.: Акация, 1994 – 273с.
- 10 Шабанова В.В. Простые рецепты здоровья «Сердечно-сосудистые болезни». – Минск «Арго-НН», 2004.

УДК 316.7

Матусевич Е.В.

ИДЕЙНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ КОНЦЕПЦИИ «КУЛЬТУРНОГО РАЗНООБРАЗИЯ» В СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ КУЛЬТУРЫ

Во второй половине XX в. научные взгляды на культурное разнообразие кардинально изменились. Если предшествующая теория культуры стремилась отыскать в вариативности начала «идеологичности», т.е. ту границу, за которой культурная многосоставность перестает быть феноменом «культуры общности» и обретает политизированное измерение, то современная философская мысль, вдохновленная критикой идеалов и риторики Просвещения, пытается обнаружить связи между проблемой культурной инаковости и альтернативными способами трансформации существующих социальных, научных и эстетических парадигм¹.

Современное общество, следуя мировой тенденции преодоления дуализма по отношению к разнообразию, ориентировано на признание смещения культуры, безотносительно официальному признанию многосоставности. Кардинальные изменения во взглядах на процессы трансформации культуры и их изучение в начале XX века поставили современных теоретиков перед целым рядом проблем. Темой одной из наиболее актуальных дискуссий послужила *логоцентричность* западной философской традиции и попытки ее преодоления. Обоснование того факта, что большую часть своего жизненного и культурного опыта европейский человек черпает в установленном «порядке» господствующих политических идеологий и культурной гомогенности, придерживаясь строгого академического канона в анализе их специфик, привело исследователей к выводу о

сущности всей западной культуры – самопонимание через воспроизведение. Духовные ценности в таком типе общества рассматривались как компоненты универсальной модели социальной реальности. Однако современные общества, локализованные в межличностных процессах коммуникации, интенсивно вовлекаются в инвариантные по форме глобальные преобразования пространства культуры; появляются такие способы производства, хранения, передачи и переработки знания, которые требуют осмысления, реконцептуализации культурных оснований и их многоуровневой структуры. Представители интеллектуальных кругов, принадлежащих к оппозиционным социальным движениям 60-х и 70-х гг. XX в., затронули тему соотношения пограничных и гетеротопных культурных миров с бытийственными, онтологическими аспектами, отмечая некоторую рафинированность традиционалистских ценностей, не считая их при этом однозначно унифицированными и теоретически исчерпанными.

Современная теория культуры определяет собственный предмет изучения как междисциплинарную область анализа универсальных способов обращения с жизненным материалом. При этом в зависимости от факторов, организующих «культурное поле», могут быть выделены различные типы исследовательских методологий. Учитывая их сопряженность и системный характер, можно определить направленность анализа культуры важнейших из них:

- Философский аспект осмысления культуры обосновывается органичной связью гносеологического, аксиологического и прогностического уровней познания культуры (философия культуры).
- Эпистемологический аспект затрагивает изучение культурных процессов, строение, структуру, функционирование и развитие социокультурной реальности (теория науки).
- Антропологический подход определяет преимущества эссенциалистского характера культуры в трактовке оснований человеческого бытия (культурная антропология и культурная экология).
- Социальный фактор отождествляет элементы культуры с социальными структурами, используя СМД (системо-мыследеятельностную) методологию в качестве предпосылки и основы синтеза социологии культуры с другими социологическими дисциплинами.
- Экономический аспект уделяет особое внимание сравнительному анализу кросс-культурных тенденций развития мультинациональных корпораций, вовлеченных в сферу интернационализации капитала (экономическая социология, международная политэкономия).
- Исторический аспект обнаруживает связь с культурным наследием и культурной историей, определяя не столько теоретическую, сколько практическую проблему выработки стратегии коэволюции разнообразных культурных

¹ *Особую смысловую позицию занимает идея «вовлеченности» (empowerment), на которой сфокусировали свое внимание представители постколониальной критики, мультикультурализма и феминизма. К примеру, в либеральной теории мультикультурализма М.Уолзера [19, Р. 186–198] осуждаются любые проявления национальной автономии, существование единой для всех без исключения системы коллективных прав и необходимость «вовлеченности» (empowerment) локальных сообществ в доминантную государственную структуру во имя достижения стабильности ее развития. В рамках теории феминизма, вслед за теорией М.Уолзера, книга С.Сулери «Риторика английской Индии» послужила важным толчком к переосмыслению не только стандартной хронологии имперской истории, трансформируя традиционность колониального дискурса, но обозначила фундаментальные основания теории культурной «вовлеченности». С.Сулери попыталась реконструировать англо-индийский нарратив, в котором английские и индийские идиомы сосуществуют в едином культурно-символическом поле [17]. Особую роль концепция empowerment сыграла в деполитизации собственных оснований: примером послужили женские движения, обозначающие переход от деспотической «власти над личностью» к разновидности «власти изнутри», работающей на принципах самоутверждения и самоограничения, выступая организатором и катализатором социальных изменений.*