

Здоровье

77-4



В НАШЕЙ СТРАНЕ
862 ТЫСЯЧИ
ВРАЧЕЙ—
ЭТО ОДНА ТРЕТЬ
ВСЕХ ВРАЧЕЙ МИРА.

СТАРШАЯ СЕСТРА

— Тетя Маймо, я скоро смогу ходить?

— Ну, конечно! Ты же молодец, терпеливый и сильный, и врачу будет легко тебя вылечить.

— А Кати скоро выпишут домой?

Кати, у которой после ожогов еще не сняты бинты, улыбается Маймо Оттовне и тут же оказывается у нее на руках.



Всегда, когда старшая сестра в палате, те, кому можно ходить, тотчас же обступают ее: она каждого погладит по головке, обнимет или посадит себе на колени.

С сестрой Маймо дружат не только потому, что она немного делает уколы и перевязки, ее любят как покровителя и друга и относятся с неподкупной нежностью. Ведь в отделении детской хирургии, где строго следят за тем, чтобы оградить детей от инфекции, не предусмотрены посещения родителей. Тем более детям необходима ласка. У сестры Маймо хватает ее на всех!

Отделению детской хирургии Таллинской Центральной республиканской больницы Эстонской ССР в начале этого года исполнилось 15 лет. Маймо Оттовна здесь с его основания. Работать с пациентами, которым от роду день-два или годик, совсем нелегко, ненамного проще и с семи-четырнадцатилетними.

Однако, если бы Маймо Оттовне Мурумяэ предложили в больнице любое более легкое дело, она бы отказалась.

— Маймо Мурумяэ нежная и добросовестная, прирожденный медик, — говорит заведующий отделением доктор Манфред Мяги. — Она сохраняет постоянный интерес ко всему новому в своей профессии. Не только маленькие пациенты, но и коллеги из соседних отделений нередко



●
РЯДОВЫЕ
СОВЕТСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
●



нуждаются в ее помощи — совете, показе, разъяснении.

Те, кто выздоровел, уехал домой, долго помнят сестру Маймо. Они шлют ей самодельные, не очень умелые, но красочные открытки. Вот знакомые подписи «Калью и Женья». Они лечились, жили в отделении целый год. Мальчики из Вильянди, учинившие с целью «опыта» взрыв. А вот письмо из Кохтла-Ярве. Восемнадцатилетний юноша до сих

пор вспоминает своих спасителей, через сестру Маймо передает всем самые лучшие пожелания. Почта приносит все новые письма, ребята благодарят медицинских сестер — Хельгу Лембла, Эне Пайсте, Евгению Молокову, Айно Керна, Вайке Мяги. Все они с доброй руки Маймо Мурумяэ обрели профессиональное мастерство.

Таллин

Х. ТРЕЙАЛ

В ЭТОМ НОМЕРЕ:

Главный редактор
М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

О. В. БАРОЯН,
В. А. ГАЛКИН,
С. М. ГРОМБАХ,
Ю. Ф. ИСАКОВ,
Г. Н. КАССИЛЬ,
И. А. КРЯЧКО,
М. И. КУЗИН,
Т. Е. НОРКИНА
(ответственный секретарь),
Д. С. ОРЛОВА,
М. А. ОСТРОВСКИЙ,
Л. С. ПЕРСИАНИНОВ,
А. Г. САФОНОВ
(зам. главного редактора),
В. С. САВЕЛЬЕВ,
М. Я. СТУДЕНИКИН,
М. Е. СУХАРЕВА,
Н. В. ТРОЯН,
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора),
А. П. ШИЦКОВА

Главный художник
Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва, А-15.
Бумажный проезд, 14.

Телефоны:
253-32-95; 251-44-34;
253-70-50; 258-24-17;
250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается
со ссылкой на журнал «Здоровье».
Рукописи не возвращаются

Сдано в набор 21/II 1977 г. А 02033.
Подписано к печати 2/III 1977 г.
Формат 60×90¹/₈. Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58.
Тираж 11 700 000 экз. (1-й завод: 1—9 696 000 экз.).
Изд. № 749. Заказ № 254.

Ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции
типография газеты «Правда» имени В. И. Ленина,
125865, Москва, А-47, ГСП, улица «Правды», 24.

- | | | |
|--------------------------------------|----|---|
| 60 славных лет | 2 | СОВЕТСКИЙ ВРАЧ—ВРАЧ НОВОЙ ФОРМАЦИИ
Ал. Лебедев |
| Здоровье здоровых | 5 | ПУТЬ ОДИН: ПОСТОЯННАЯ ТРЕНИРОВКА
О. Г. Газенко, Н. Д. Граевская,
Ю. А. Сенкевич, И. И. Тихомиров,
И. М. Хазен, Е. Я. Шепелев |
| | 8 | ЛЮБОЗНАТЕЛЬНЫМ |
| | 9 | ИММУНИЗАЦИЯ ЗАЩИТИТ ВАШЕГО РЕБЕНКА
Е. Ч. Новикова |
| Арсенал современной
медицины | 10 | ЭЛЕКТРОНАРКОЗ В ОПЕРАЦИОННОЙ
М. И. Кузин |
| Врач разъясняет... | 12 | ЧТО ИЗВЕСТНО СЕГОДНЯ
ОБ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И ИБС
Н. К. Фуркало |
| Врач разъясняет... | 14 | ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Н. И. Шуваева |
| | 15 | ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ
Н. М. Рудой |
| Врач разъясняет... | 16 | ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ |
| | 18 | РОДИТЕЛИ, СОБЛЮДАЙТЕ СРОКИ ПРИВИВОК
С. Д. Носов |
| | 19 | ПТИЧЬЯ БОЛЕЗНЬ
Б. Г. Затуловский |
| | 20 | УЛЫБКА ЛУЧШЕ ТАБЛЕТКИ...
А. Н. Лук |
| Ваше лечение—
диетическое питание | 22 | ВНИМАНИЕ, ВЕСНА!
В. К. Зикеева |
| | 24 | ФЕДИН ЭВЕРЕСТ
Е. Гай |
| | 24 | КНИГА ПРИРОДЫ В МИНИАТЮРЕ
Э. Гусева |
| | 25 | НА СЕМАФОРНОЙ МАЧТЕ—КРАСНЫЙ!
В. А. Пархоменко |
| | 26 | ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ
А. В. Григорян, С. В. Лохвицкий |
| | 26 | ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ
В. А. Силуянова |
| | 29 | КОМПАКТНО УПАКОВАННАЯ ЭНЕРГИЯ
В. А. Оленева, М. Я. Бренц |
| | 30 | «ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ |
| Умейте оказать помощь! | 31 | НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ
В. Г. Зенгер |
| | 32 | ПИВОМАНИЯ
Г. А. Аминев |

На первой странице обложки фото Вл. Кузьмина.



**СЕГОДНЯШНИЕ СВЕРШЕНИЯ
СОВЕТСКОГО НАРОДА
ЕСТЬ ПРЯМОЕ ПРОДОЛЖЕНИЕ
ДЕЛА ОКТЯБРЯ.
ЭТО ЕСТЬ
ПРАКТИЧЕСКОЕ ВОПЛОЩЕНИЕ
ИДЕЙ ВЕЛИКОГО ЛЕНИНА.**

Л. И. Брежнев

СОВЕТСКИЙ ВРАЧ —

Ал. ЛЕБЕДЕВ

В СССР

33,4 врача приходится на каждые
десять тысяч жителей —
это самый высокий в мире уровень
обеспеченности населения врачебной помощью.

13 институтов усовершенствования врачей и
25 факультетов усовершенствования
медицинских вузов занимаются повышением
профессионального мастерства
врачебных кадров.

Только за последнее пятилетие
курс усовершенствования прошли более
248 тысяч практических врачей.

В НАШ стремительный век, заполненный до краев повседневными, будничными делами, часто не воспринимаешь в должной мере значения и масштабов происходящего вокруг нас. Все представляется чем-то само собой разумеющимся и привычным. Мы привыкли к высоким цифрам, рассказывающим о величии достигнутого.

Цифры века! Связь идей, дел, времен. История дел людских... В кратком сборнике Центрального статистического управления «СССР в цифрах в 1975 году» есть такие строки: «В настоящее время в мире насчитывается более 2,7 миллиона врачей, в том числе в СССР — 832 тысячи, или почти одна треть всех врачей мира». И в недавнем сообщении ЦСУ об итогах выполнения плана развития народного хозяйства СССР в 1976 году: «Численность врачей всех специальностей... составила 862 тысячи...»

Вспомните и поразмыслите, о чем говорят эти цифры: за один лишь год наши медицинские и фармацевтические вузы выпускают врачей вдвое больше, чем их было во всей царской России. В Советском Союзе на каждые десять тысяч жителей приходится, по последним данным, более 33 врачей — это самый высокий в мире уровень обеспеченности населения врачами. Цифры внушительны, осязаемы, неопровержимы. Для полной убедительности сравним этот показатель с показателями развитых капиталистических стран. В Великобритании,

например, на каждые десять тысяч человек населения приходится лишь 15,7 врача, во Франции — 17,5, Италии — 18,4, США — 20,2, ФРГ — 21,8 врача.

Скажем также, что в Советском Союзе создана и успешно действует стройная государственная система усовершенствования врачей, которой нет ни в одной капиталистической стране.

Едва ли самые смелые мыслители прошлых времен смели мечтать о бесплатной и общедоступной квалифицированной медицинской помощи для всего народа. Этот ленинский принцип был впервые в истории осуществлен в нашей стране. Расцвет народного здравоохранения, развитие его материальной базы и создание многочисленных кадров медицинской интеллигенции — крупнейшее социальное завоевание революции, реальное воплощение преимуществ социализма перед капитализмом.

И еще одно неоспоримое преимущество страны Октября, в которой справедливо решен национальный вопрос: высокий уровень обеспеченности врачебными и научными кадрами характерен для всех союзных республик. Недавно мы побывали в Молдавской ССР. Много видели и слышали там интересного и сейчас эти впечатления попытаемся обобщить.

М ОЛДАВИЯ. Древняя и юная, земля ярких легенд и замечательных преобразований, земля мужественных и гостеприимных людей. Природа не пощупилась одарить ее красотой живых красок пейзажа и ясным небом. Холмистые равнины с дубовыми и буковыми рощами и волнистыми туманами в Приднестровье и степные просторы у берегов Прута. Дороги освободительных походов Суворова, Пушкинские места, родина легендарного героя гражданской войны Котовского и великого русского композитора и пианиста Рубинштейна.

Исполнинские шаги сделала Советская Молдавия по пути социально-экономического прогресса! Кануло в Лету понятие «национальная окраина старой России». Молдавия сегодня — это развитая энергетика и самые современные отрасли промышленности, одна из житниц страны, крупнейший центр садоводства и виноделия. Она стала всесоюзной лабораторией специализации сельскохозяйственного производства на базе межхозяйственной кооперации и агропромышленной интеграции, знаменующих собой переход к более зрелым экономическим отношениям в советской деревне. Неизмеримо поднялись

образованность и культура народа, его материальное благосостояние.

И труженики Молдавии хорошо знают, как много труда, инициативы и настойчивости вложил в развитие промышленности, сельского хозяйства и культуры республики Леонид Ильич Брежнев, возглавлявший в послевоенные годы Центральный Комитет Компартии Молдавии.

К слову сказать, иностранные гости с Запада нередко пишут о Советской Молдавии как о каком-то феномене и чуде. Но это чудо естественно для общества развитого социализма. Это триумф ленинской национальной политики партии, результат героического труда молдавского народа, братского сотрудничества советских социалистических наций и народностей, когда слияние хозяйственных возможностей и ресурсов всех республик ускоряет развитие каждой из них.

Молдавия — это и пример бурного расцвета народного здравоохранения и медицинской науки, создания национальных врачебных кадров.

Вот данные статистики. До революции на всей территории Молдавии (в современных границах) насчитывалось 240 врачей и среди них не более десятка молдаван. В 1940 году в республике уже было 990 врачей, а к началу 1976 года — 10 096! Даже в сравнении с предвоенным годом рост более чем в 10 раз. Нельзя забывать и о качественных изменениях. Ныне бо́льшая

дал молдавскую школу патофизиологов, воспитал 7 докторов медицинских наук и 30 кандидатов наук. За этот трудовой подвиг он удостоен высшей награды Родины — ордена Ленина.

ЗА МИНУВШИЕ годы в республике сформировались и выросли свои талантливые кадры ученых-медиков. Это прежде всего профессора П. Ф. Бытко, Н. К. Георгиу, А. П. Дискаленко, В. И. Кант, Н. А. Тестемицану, К. А. Цыбырнэ, И. А. Яковлева, Э. Н. Шляхов и другие. Связывая воедино педагогический и научный процесс, они, как и весь профессорско-преподавательский коллектив института, любовно, с высокой профессиональной требовательностью и творческой зыскательностью воспитывают новое поколение советских врачей. Врачей новой формации, глубоко идейных, вооруженных материалистическим мировоззрением, беззаветно преданных делу народа, патриотов и интернационалистов, носителей подлинно социалистического гуманизма.

И, безусловно, среди широко эрудированных молдавских ученых-медиков звезда первой величины — заведующая кафедрой хирургии детского возраста Наталья Константиновна Георгиу. Доктор медицинских наук. Профессор. Член-корреспондент АМН СССР. Действительный член Международного общества хирургов. Она была первой в республике женщиной, получившей столь высокие ученые степени и звания.

ВРАЧ НОВОЙ ФОРМАЦИИ

часть работающих врачей — это не врачи общей практики, а специалисты. Уже сегодня квалифицированную медицинскую помощь городские жители получают по 20 врачебным специальностям и сельские — примерно по 12—15.

Ведущим учебно-методическим и научным центром подготовки кадров стал созданный в 1945 году Кишиневский государственный медицинский институт. Ректор института, действительный член Академии наук Молдавской ССР профессор В. Х. Анештиади рассказывает:

— Сейчас на шести факультетах учатся свыше 4700 студентов, представителей многих национальностей Советской страны. Год 1976-й был для нас примечательным — мы выдали врачебный диплом под номером 10 000! За тридцать лет в стенах института подготовлены сотни диссертаций. На 62 наших кафедрах трудятся 37 докторов и 335 кандидатов медицинских наук.

Да, Василию Христофоровичу есть о чем вспомнить — ведь рождение и развитие вуза происходили на его глазах. Жизненный путь ученого типичен для послевоенного поколения молодежи. Окончив десятилетку, он стал одним из первых 200 студентов лечфака (тогда единственного) только что открывшегося в Кишиневе медицинского института. Окончив его с отличием, работал врачом в Оргеевском районе, потом учеба в аспирантуре. Ассистент, затем доцент кафедры патологической анатомии. Энергичный, устремленный вперед молодой ученый в 1962 году был принят в Коммунистическую партию. Смелый научный поиск, кандидатская и докторская диссертации, посвященные морфологии ранней стадии атеросклероза, положившие основу дальнейших фундаментальных научных исследований. Так сын колхозного мельника из молдавского села Серокешты стал видным ученым.

В становлении и возмужании молодого вуза огромную роль сыграла помощь братских республик, приславших научно-педагогические кадры высшей квалификации — представителей сложившихся научных школ. Это профессора Ф. Е. Агейченко и А. А. Зубков (Москва), А. А. Коровин и Б. И. Шарапов (Ленинград), С. М. Рубашов и А. Л. Старикович (Минск) и другие. Замечательные традиции продолжает и новое поколение ученых. Вот уже 14 лет в вузе трудится посланец ленинградской школы патофизиологов, заслуженный деятель науки профессор А. А. Зорькин. Руководство кафедрой он сочетает с работой проректора, много делает для повышения идейного и научно-методического уровня преподавания. Андрей Анатольевич соз-

Наталья Константиновна принадлежит к тому поколению советских людей, которые вынесли на своих плечах все тяготы страшной войны с гитлеровским фашизмом. С первых и до последних дней Великой Отечественной она работала военным хирургом в армейских госпиталях Северо-Кавказского, а затем 1-го Белорусского фронтов. В родную Молдавию вернулась в конце 1945 года и сразу же приступила к анализу и обобщению богатейшего опыта лечения в госпиталях острых состояний после ампутации конечностей. Защитила кандидатскую, затем докторскую диссертацию.

— Почему же вы «ушли» в детскую хирургию?

— Главное в жизни — быть там, где ты больше всего нужен людям. Так получилось, что, работая в клинике госпитальной хирургии, я принимала на себя всю детскую патологию. И все больше приходила к выводу, что многие детские недуги; и особенно пороки развития, требуют неотложного и активного хирургического вмешательства. Но делать эти операции должен только детский хирург, хорошо изучивший психологию ребенка, знающий особенности растущего организма...

И в этом своем мнении Георгиу окончательно утвердилась, когда полгода совершенствовалась в клинике 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова у замечательного ученого, основоположника отечественной детской хирургии С. Д. Терновского.

И вот прошло много лет. Сделаны тысячи реконструктивных, ортопедических и других сложных операций, вышли в свет работы о применении в хирургии детского возраста интенсивной терапии и реанимации, о тактике лечения острых заболеваний органов брюшной полости, гнойно-воспалительных заболеваний, рациональном применении антибиотиков. Много, охотно и терпеливо работает Наталья Константиновна с молодежью. Подготовила около 100 детских хирургов, они есть теперь во всех крупных городских больницах республики, 18 ее учеников стали кандидатами медицинских наук, многие сейчас работают над диссертациями.

Какой огромный груз забот и хлопот несет на себе эта миниатюрная, уже седящая женщина! Все такая же собранная, всегда готовая к самому сложному и трудному, с немного усталыми и очень добрыми глазами безгранично счастливого человека.

Учиться все время, всю жизнь — таков неписанный закон врачебной профессии. Как утверждают социологические исследования, «время полураспада информации» в медицине равно

4—6 годам. За этот срок половина научных сведений стареет, врачу надо периодически пополнять свои знания, знакомиться с новейшими достижениями науки.

В Молдавии масштабно и успешно решают эту проблему. Только в прошлом году 909 врачей-специалистов повысили свои знания на факультете усовершенствования Кишиневского медицинского института (теперь факультет расширился, имеет пять самостоятельных кафедр и 12 доцентских курсов) и около 700 хирургов, терапевтов, педиатров и организаторов здравоохранения — в институтах усовершенствования братских республик — в Москве, Ленинграде, Киеве, Харькове, Минске, Запорожье, Казани. Конечно, почетную вахту охраны здоровья народа несут не только врачи, но и кадры среднего звена — фельдшеры, медицинские сестры, акушерки, фармацевты и лаборанты. И, как известно, одно звено медицинской службы не может существовать без другого. Кадры среднего звена готовят в Молдавии семь медицинских училищ, и надо признать, весьма преуспели в этом. Сейчас на каждые десять тысяч человек населения приходится более 86 средних медицинских работников. В прошлые годы по-братски поделились этими кадрами с РСФСР, Узбекистаном и Таджикистаном, направив туда часть выпускников средних медицинских училищ. В Кишиневе действуют республиканские курсы усовершенствования средних медицинских работников. На трех отделениях ежегодно повышают свои знания три тысячи представителей самых массовых профессий — медицинские сестры по уходу за больными, заведующие сельскими фельдшерско-акушерскими пунктами, патронажные сестры и акушерки, медицинские сестры палат интенсивной терапии, фельдшеры скорой помощи.

ПАМЯТУЯ, что Молдавия в основном республика сельскохозяйственная, хочется рассказать о знаменательных преобразованиях в сельской медицинской службе. И как прогрессивен курс на создание крупных центральных районных больниц, которым принадлежит решающая роль в процессе выравнивания сельского здравоохранения, и какое внушительное кадровое пополнение они сейчас получили (более 2200 врачей за пятилетие) и будут еще получать. И сколько молодых способных организаторов пришло за последнее время к руководству центральными районными больницами, и что общей и, пожалуй, наиболее примечательной чертой этих кадров является крепкая идейная закалка, высокая культура и глубокое знание дела.

А не лучше ли на примере одного района, хотя бы штрихами, показать, что же это такое — современная ЦРБ?

...И вот мы в Рыбницком районе, щедрые земли которого раскинулись на севере республики, вдоль берегов садового Днестра. В районном центре, вблизи нового жилого массива, — целый медицинский городок. Около десятка корпусов: лечебные, хозяйственные и подсобные службы, административный корпус.

Первое, что заметил я в кабинете главного врача центральной районной больницы, — это схемы и цветные диаграммы, рассказывающие о качественных показателях работы. Но больше всего внимание привлёк график дежурств врачебных бригад реанимационного отделения.

Главный врач района М. Г. Кирьяк упрекнул мое любопытство:

— Знаете, с внедрением достижений современной анестезиологии и реанимации мы словно обрели второе дыхание в сражении за человеческую жизнь. Заставить биться остановившееся сердце! Спасти две жизни при осложнившихся родах или выводить в палате интенсивной терапии тяжело заболевшего ребенка. Это же великое дело! И каков профессиональный престиж сельской медицины! Круглосуточные дежурства реанимационных бригад в составе хирурга, терапевта, врача-анестезиолога (у нас их пять) и лаборанта мы ввели несколько лет назад, и эффект трудно переоценить, особенно при экстренной хирургии...

Новая центральная районная больница вошла в строй в 1969 году. Здесь 635 стационарных коек, 14 профилированных отделений (в том числе урологическое и травматологическое), кабинеты функциональной диагностики и лабораторной службы. Полностью централизовано в районе оказание лечебной

помощи по хирургии, педиатрии и родовспоможению. В ЦРБ работают 135 врачей и 530 средних медицинских работников. Они обслуживают тружеников 20 колхозов и трех аграрно-промышленных комплексов — животноводческого, кормового и по производству жиров, а также рабочих цементно-шиферного комбината имени Октябрьской революции и других промышленных предприятий. С семьями это более 80 тысяч человек.

А когда речь заходит о врачебных кадрах, Михаил Григорьевич оживляется еще больше:

— Да, конечно, кадры — решающая сила! О себе коротко: родился в селе Выхвятицы, что в восьми километрах вниз по Днестру (это то самое село, где великому земляку композитору А. Г. Рубинштейну сооружен памятник и создана в его честь детская музыкальная школа).

Закончив в 1957 году лечфак Кишиневского медицинского института, Кирьяк работал сельским врачом, потом главным врачом участковой больницы. Затем специализация и усовершенствование по акушерству и гинекологии в Киеве, работа в качестве ординатора родильного отделения. Более 12 лет заслуженный врач Молдавской ССР коммунист М. Г. Кирьяк руководит здравоохранением района. И, по всем данным, руководит энергично и с большой компетентностью.

Разговор о людях, их делах — это всегда большая и волнующая тема. В беседу включается секретарь партбюро больницы Г. П. Мухлыгина, она педагог, работает инструктором по лечебной физкультуре.

— Коллектив у нас дружный, молодой, — говорит Галина Павловна. — Три четверти врачей — это люди в возрасте 26—38 лет, любознательные, с огромной жадностью познания, все повысили свои знания в институтах усовершенствования.

В больнице бок о бок живут и трудятся представители более двадцати национальностей и народностей: молдаване, украинцы, русские, белорусы, армяне, евреи, татары и гагаузы... Тридцать два рыбницких врача — воспитанники медресы братских республик — Винницкого и Одесского, Ереванского и Витебского, Карагандинского и Иркутского, Башкирского и Дагестанского и даже Хабаровского.

И до чего же трудно выделить среди них лучших! Можно рассказать о широкой клинической эрудиции и высоком мастерстве ведущего хирурга Михаила Ивановича Плешко, уроженца этих мест, о заведующей терапевтическим отделением кавалере ордена Трудового Красного Знамени украинке Анне Павловне Шаловой, горячей поборнице всего нового, что добыто и открыто медицинской наукой. Или о человеке большой душевной доброты и чуткости, участковом педиатре Альбине Ивановне Кузьминой, приехавшей сюда 15 лет назад из текстильного городка Кохма Ивановской области. Она добилась отличных показателей в обслуживании детей (восьмой год на ее участке нет детской смертности) и удостоена за свой самоотверженный труд ордена Октябрьской Революции.

Такие высокие профессиональные и нравственные качества присущи большинству рыбницких врачей.

В эти весенние апрельские дни советские люди торжественно отмечают дорогую для всех дату — 107-ю годовщину со дня рождения гениального вождя и учителя трудящихся всего мира Владимира Ильича Ленина, с новой силой выразят свою решимость и впредь неуклонно идти ленинским курсом, следовать ленинским заветам.

Ленинской мыслью озарены все великие свершения нашей партии и народа.

«Под руководством Коммунистической партии трудящиеся нашей страны успешно справились с самой главной и самой сложной задачей социалистической революции — созидательной. Был претворен в жизнь ленинский план строительства социализма, охватывающий все основные сферы жизни общества».

И живым подтверждением этих проникновенных слов из постановления ЦК КПСС «О 60-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции» являются достижения и успехи молдавского народа. На примере этой республики зримо видны исторические завоевания социализма, великая сила ленинской интернациональной дружбы народов, спаянных общностью интересов и целей в борьбе за коммунизм.



ПУТЬ ОДИН: ПОСТОЯННАЯ ТРЕНИРОВКА

Организм человека, как писал И. П. Павлов, есть «система в высочайшей степени саморегулируемая, сама себя поддерживающая, восстанавливающая, поправляющая...». Механизмы такой регуляции направлены на удержание постоянства внутренней среды, которое французский физиолог К. Бернар назвал залогом жизни. Внешняя среда обитания человека меняется постоянно. И столь же постоянно, не останавливаясь ни на мгновение, работают наши механизмы саморегуляции. Благодаря им мы приспосабливаемся — иначе говоря, адаптируемся — к жаре и к холоду, к высокому и низкому атмосферному давлению, к пониженному содержанию кислорода во вдыхаемом воздухе, к высоким физическим нагрузкам. Что бы ни происходило вне нас, параметры внутренней среды — пока мы здоровы — не выходят за границы нормы.

Но организм человека, если процитировать И. П. Павлова до конца, система не только саморегулируемая, но себя «даже совершенствующая». Эта способность к совершенствованию особенно ярко была продемонстрирована в XX веке. Наш современник начинает осваивать глубины Мирового океана, суровое безмолвие Арктики и Антарктики, заселяет высокогорье и пустыни, наконец, выходит в безбрежные просторы Космоса. При этом он всякий раз демонстрирует грандиозные резервы своей биологической, психологической, социальной надежности и адаптации — способности приспосабливаться и нормально жить в непривычных, в том числе крайне сложных, экстремальных условиях.

Проблемы адаптации стали темой беседы ученых, собравшихся в редакции. В ней приняли участие директор Института медико-биологических проблем Министерства здравоохранения СССР академик О. Г. Газенко, сотрудники института доктор медицинских наук Е. Я. Шепелев и кандидат медицинских наук Ю. А. Сенкевич, заведующая кафедрой спортивной медицины Института физкультуры профессор Н. Д. Граевская, профессор кафедры общей гигиены Московского медицинского стоматологического института И. И. Тихомиров и руководитель группы по системам «человек — машина — среда» Государственного научно-исследовательского института машиноведения Министерства станкостроительной и инструментальной промышленности СССР профессор И. М. Хазен.



О. Г. Газенко



Ю. А. Сенкевич

ВЕДУЩИЙ. Ученые давно пришли к выводу, что человек остается здоровым до тех пор, пока параметры внутренней среды организма не выходят за границы нормы. Как же, опираясь на механизмы адаптации, сделать наш организм более надежным, стойким, выносливым?

О. Г. ГАЗЕНКО. Давайте прежде всего вспомним историю человечества. Можно предположить, что на начальных этапах «биографии» человека преобладала биологическая адаптация: совершенствовались биологические, или физиологические, механизмы удержания постоянства внутренней среды. Не случайно следы первобытного человека сосредоточены в довольно узкой географической зоне с наиболее благоприятным климатом. В этом районе организм человека мог приспособиться к внешней среде с наименьшей затратой сил. Затем, когда наш предок стал собственно человеком, начали проявляться закономерности психологической адаптации: он вел себя таким образом, чтобы приспосабливаться к окружающей среде быстрее и эффективнее. Наконец, с возникновением первых сообществ вступил в силу диктат социальной адаптации. Группы людей в коллективном общении вырабатывали единую тактику приспособления.

К этому времени, надо полагать, человек научился готовить орудия труда, одежду, строить примитивные жилища. Это позволило ему успешнее сопротивляться неблагоприятным условиям, он приступил к освоению соседних территорий, в том числе районов с более суровым климатом. По-видимому, дальнейший процесс заселения и освоения земного шара был уже в большей степени отражением психологической и социальной адаптации, нежели биологической.

В настоящий период истории человечества мы подошли к такому моменту, когда вся годная для жизни человека суша заселена. Я не говорю о местах, где представитель современной цивилизации живет периодически, в специальных экспедициях, которые продолжаются от нескольких месяцев до двух-трех лет. Начинается период освоения нетрадиционных мест обитания человека: высокогорья, Арктики и Антарктики, прибрежной гидросферы — областей шельфа.

Требуется своего решения и еще более сложная задача — освоение космических просторов — среды не просто необычной, но враждебной жизни. Как это осуществить? Планировать биологическое приспособле-

ние, биологическую перестройку организма путем различных тренировок бессмысленно. И сейчас и в будущем в процессе приспособления человека к жизни в непривычных и даже враждебных условиях будет преобладать психологическая и социальная адаптация.

ВЕДУЩИЙ. Обеспечивая внутри космических кораблей привычные для космонавтов «земные» условия, конструкторы не могут полностью избавить организм от воздействия перегрузок и невесомости. А он с ними справляется: параметры его внутренней среды не выходят за границы нормы. И если раньше врачи чрезвычайно строго отбирали годных для полетов в космос людей, то ныне, по мнению ряда специалистов, эти требования могут быть снижены. О чем это говорит?

О. Г. ГАЗЕНКО. Раньше жесткость медицинского отбора вынуждалась прорывом в неизведанное. Проверив действие возможных неблагоприятных факторов полета на различных биологических объектах и животных, мы вначале все же не были в должной мере осведомлены о том, как отразится на человеке пребывание в космосе. Теперь мы это знаем. И по мере расширения наших знаний прогнозы действительно становятся все более оптимистичными. Дальнейшее снижение требований к отбору по медицинским показателям будет определяться достижениями инженерной мысли, техническим прогрессом, тем, насколько удастся обеспечить в кабине корабля «земные» условия.

Ю. А. СЕНКЕВИЧ. На советско-американских симпозиумах по проблемам космонавтики было оговорено, что постепенно к полетам будут допускаться и более зрелые люди, в возрасте 55—60 лет.

О. Г. ГАЗЕНКО. Хотя поверьте, космос — отнюдь не курорт. И никогда им не станет.

Что же касается преодоления организмом непривычных условий, в первую очередь состояния невесомости, и приспособления к ним, то спустя несколько часов или суток (это время индивидуально) начинается основной период физиологической адаптации, который в ряде случаев растягивается на несколько недель. В это время устанавливается отличный от земного функциональный уровень организма, который обеспечивает адекватность его реакций применительно к условиям полета. Меняется характер кровообращения, водно-солевого обмена, ба-

ланса электролитов, двигательной активности, регуляции позы, движений, чувственная сфера. Разумеется, космонавт в это время остается таким же человеком, каким был на земле, и в то же время несколько иным. Он полностью адаптировался к пребыванию в космосе.

Но когда он возвращается на Землю, ему приходится заново приспосабливаться к еще месяц назад привычным, идеальным условиям существования. Человек научается мгновенно, а вернувшись на Землю, обнаруживает, что разучился... ходить. Всего за несколько недель! Космонавт, с радостью возвращаясь на родную Землю, впервые с удивлением узнает, что этот привычный, незамысловатый для него мир стал миром повышенной тяжести. Даже язык что-то весит: разговаривая, надо двигать тяжелым языком. Руки, одежда что-то весят. Даже поднять голову стоит усилие.

Именно поэтому, учитывая, что время пребывания человека в космосе постоянно увеличивается, мы обязаны планировать уровень адаптации к невесомости, тренировать претендента на полет в космос таким образом, чтобы возвращение на Землю не было для него слишком обременительно.

ВЕДУЩИЙ. Очевидно, такие тренировки в какой-то степени основаны на методах, отработанных годами подготовки специалистов к труду в сложных, но земных условиях?

И. И. ТИХОМИРОВ. Безусловно, подготовка космонавтов начиналась не на пустом месте. Сошлось на освоение центральной Антарктиды, где расположена советская научная станция «Восток».

Возможности биологической, или физиологической, адаптации не беспределельны. Поэтому для обеспечения нормального существования на «Востоке» — а эта станция расположена на высоте, соответствующей 4 тысячам метров над уровнем моря, в зоне полюса холода с температурой ниже 80 градусов, где к тому же постоянно дуют ветры, — мы стремились создавать по возможности привычные гигиенические условия. Одежда, транспорт и жилище надежно защищают специалистов от холода и ветра, рациональное питание обеспечивает необходимый уровень энергетических затрат.

Но наземные жилища не космические корабли, это полузамкнутые системы. Поэтому, оказываясь на высоте, человек и в жилище и вне его сталкивается с проблемой преодоления гипоксии — кислородного голодания. Учащается число дыхательных движений и сокращений сердца — организм экстренно приспосабливается к нехватке кислорода, стремится максимально усвоить то количество, что растворено во вдыхаемом воздухе. Такая пассивная адаптация, что называется, в пожарном порядке, малозффективна. А времени на приспособление, на раскачку нет: прибывший сегодня специалист уже завтра должен приступить к делу, обрабатывать дан-

ные приборов, выдавать информацию.

Где же выход? В заранее проводимой тренировке по научно разработанной методике. Расширяя диапазон приспособления, такая тренировка должна облегчить человеку наиболее тяжелые первые дни пребывания в условиях гипоксии. К сожалению, окончательных рецептов такой подготовки еще нет.

Ю. А. СЕНКЕВИЧ. Создание надежных средств и методов тренировки, которые позволят человеку быстро и адекватно приспособляться к гипоксии, решит очень важную медико-биологическую проблему. Над ней сегодня работают многие научные исследовательские институты в нашей стране и за рубежом. Причем даст это много не только для более успешного освоения Антарктики или высокогорья, но и для медицины в целом. Ведь и в обычной жизни мы часто попадаем в условия, обрекающие нас на гиподинамию и кислородное голодание.

Что же касается непосредственно Антарктиды, а мне пришлось год работать на «Востоке», то в адаптации к высокогорью и холоду можно выделить два этапа. Вначале организм приспосабливается к холоду, сильнейшим ветрам, гипоксии, пониженному атмосферному давлению. На этом этапе интенсивно работают физиологические механизмы. Затем наступает стадия психологической перестройки. Впрочем, частично они идут параллельно. Под психологической адаптацией я имею в виду приспособление новичка к психологическому климату сложившегося коллектива. Этот процесс очень сложен, как вообще сложна сама по себе жизнь. Здесь также требуются научные рекомендации для повышения скорости и эффективности приспособления; хотя чрезвычайно трудно предугадать особенности обхождения конкретной в каждом случае индивидуальности и группы людей.

ВЕДУЩИЙ. Трудно ли свыкнуться с новой обстановкой? Сколько на это требуется времени? Интересно было бы услышать именно ваше мнение — человека, который может сравнить столь полярные условия, с какими организм человека сталкивается в Антарктиде и океане, я имею в виду ваше плавание на «Ра».

Ю. А. СЕНКЕВИЧ. Адаптация облегчается настроением — человек как бы программирует себя на пребывание в каком-то определенном месте на тот или иной срок. Если же сравнить скорость адаптации к Антарктиде и океану, то особой разницы я не ощутил. Процесс акклиматизации завершился к концу первого месяца, хотя к плаванию на «Ра» все мы привыкли чуть быстрее.

О. Г. ГАЗЕНКО. Так быстро стали буднями необычные, полные ярких и, очевидно, незабываемых впечатлений первые дни пребывания в Антарктиде и на «Ра»? Вокруг, сколько видит глаз, белое безмолвие или океан... Внутри утлой «бумажной» лодочки сгрудился маленький

интернациональный экипаж... Неужели за месяц прошло ощущение уникальности плавания и вы обвыкли, словно всю жизнь только и делали, что плавали на лодках по океану?

Ю. А. СЕНКЕВИЧ. К «Ра» мы просто должны были привыкнуть и приспособиться быстрее. Иначе о наших ярких, незабываемых впечатлениях никто бы не узнал... Задача была до чрезвычайности проста: либо мы как можно скорее перестанем обращать внимание на экзотику и будем сообщать делать все необходимое, либо... А во время плавания на «Ра-2» привыкать к океану вообще не понадобилось. Но там была другая сложность. На «Ра-2» встретились шесть ветеранов и два новичка. И когда нарастало психологическое напряжение и возникала необходимость каким-то образом его погасить, мы, ветераны, отправляли новичков на вахту, на капитанский мостик, а сами шли решать споры на носовую палубу. Очевидно, полноценной психологической адаптации так и не получилось.

Конечно, и на «Востоке» и на «Ра» мы попадали в необычные климатические условия. Однако физиологическое приспособление протекало легче, чем психологическое. Может быть, оттого, что и в Антарктиду и на «Ра» отбирались исключительно здоровые физические люди.

И. И. ТИХОМИРОВ. Вы правы. Для работы в суровых условиях необходимо отбирать людей по очень строгим медицинским показаниям. Адаптация в любом случае сыграет свою полезную роль, но любые отклонения в состоянии здоровья раньше или позже скажутся отрицательно: в лучшем случае — снижением работоспособности, в худшем — заболеванием.

Кроме медицинских тестов, в практику отбора включаются и психологические тесты. Психологический настрой, умение сконцентрировать все свои силы на выполнении задания в сложных, непривычных условиях играет особую важную роль. К слову, именно поэтому, я думаю, космос никогда не станет местом прогулок.

С помощью психологических тестов мы проверяем и характер претендентов на работу в экспедициях: один плохой характер может испортить жизнь всей экспедиции. Хочу поделиться выводом, который мы сделали за годы функционирования «Востока»: легче переносит зимовку и более уживчив в коллективе человек, не просто настроенный на год пребывания вне дома, но знающий и влюбленный в свою работу, квалифицированный специалист.

Н. Д. ГРАЕВСКАЯ. Только что мы слышали о сложности приспособления к кислородному голоданию. А специалисты в области спортивной физиологии и медицины знают, что с повышением физической готовности растет и способность преодолевать отрицательное воздействие гипоксии. Механизм простой: тренирован-



И. И. Тихомиров



Н. Д. Граевская

ный организм более экономно расходует количество кислорода, которое он получает с вдыхаемым воздухом. Ведь что такое в принципе высокая физическая готовность? Это умение рационально, экономно тратить свои энергетические ресурсы. То же относится к способности преодолевать высокие или низкие температуры, высокое или низкое атмосферное давление и т. д.

Сегодня это уже аксиома: регулярная физическая тренировка повышает устойчивость организма едва ли не ко всем, во всяком случае, к большинству неблагоприятных факторов, в том числе и психологических. Регулярная тренировка делает все системы организма сильнее, выносливее, надежнее. Причем если это помогает в стрессовых, непривычных условиях, то оказывается еще более эффективным в обыденной жизни.

Да, возможности приспособления к высоким нагрузкам и стрессовым ситуациям не беспредельны. Но до пределов еще очень и очень далеко. Если мысленно собрать спортивные достижения в различных видах современного спорта, то мы получим прекрасную модель, иллюстрирующую колоссальные адаптационные резервы организма человека.

Рекорды, установленные во многих видах спорта лет двадцать назад, давно уже ниспровергнуты. Те результаты сегодня показывают не перворазрядные спортсмены, а рекорды, установленные когда-то мужчинами, сегодня превосходят женщины, причем тоже отнюдь не чемпионки.

И. М. ХАЗЕН. Но не вредно ли это? Не будет ли организм распыляться за сверхвысокие нагрузки, без которых сегодня становится недоступным, пожалуй, ни один рекорд?

Н. Д. ГРАЕВСКАЯ. Все зависит от соответствия нагрузок уровню готовности. Для рекордсмена, показывающего феноменальный результат, усилия могут быть равными нагрузкам, которые преодолевает человек, занимающийся в группе общей физической подготовки, хотя если сравнить их в абсолютных величинах, то у спортсменов она в 10—20 раз больше.

Я принимала участие в медицинском обеспечении наших олимпийцев начиная с 1952 года, то есть с первой Олимпиады, в которой участвовали советские спортсмены. Мы наблюдали за ними в годы их активных выступлений в «большом» спорте и после того, как они ушли из него, в том числе 10—20 лет спустя. И я с полной ответственностью могу заявить: если строго соблюдались условия медицинского отбора, постепенность увеличения нагрузок, чередование интенсивных тренировок с расслаблением и восстановлением, если спортсмены придерживались рекомендованных им режимов питания и отдыха, то даже сверхвысокие нагрузки не приносили организму вреда. Самый яркий пример — долгожители «большого» спорта, участники двух, трех, а то и четырех Олимпиад. Больше того: если спортсмен,

закончив свою жизнь в спорте, снижает тренировочные нагрузки постепенно, продолжает заниматься спортом и физкультурой «для себя», то он и спустя годы остается здоровым, выносливым человеком.

Сегодня мы обсуждали и проблему, связанную с работой в условиях высокогорья. Трудно приспособиться к гипоксии? Безусловно, особенно людям, физически не подготовленным. Но вспомните Олимпийские игры в Мехико. Советские спортсмены участвовали там в соревнованиях двух предоллимпийских недель; в момент этих предварительных стартов мы, врачи, наблюдали различные отклонения в состоянии здоровья у некоторых членов сборных команд. Они были вызваны непривычными для многих спортсменов условиями высокогорья. Мы сделали соответствующие выводы, внесли коррективы в тренировочные планы. И на самих Играх подобных отклонений уже почти не было. А ведь то были соревнования высочайшего спортивного накала, когда борьбе отдавались все силы.



И. М. Хазен

ВЕДУЩИЙ. Пока мы обсуждали возможности и пути приспособления организма человека к сложным условиям. Но что можем извлечь из этого опыта мы, люди «обычной» жизни, не космонавты, не зимовщики, не рекордсмены?

Е. Я. ШЕПЕЛЕВ. Наша обычная жизнь кажется обыденной только на первый взгляд — мы то и дело оказываемся в непривычных, порой сложных условиях, требующих и мгновенного и длительного приспособления. Поэтому физическая тренировка становится незаменимой для всех без исключения людей.

Меньше повезло нам с возможностями физиологического приспособления к высоким и низким температурам. Механизмов акклиматизации не так уж много. В любом случае — включаются ли только кожно-сосудистые реакции или меняется интенсивность обменных процессов — все сводится к игре двух противоположных процессов: теплопродукции и теплоотдаче. Причем теплопродукция — это в основном побочный результат мышечной деятельности, а теплоотдача прежде всего связана с потоотделением.

Именно поэтому возможности приспособления организма к высоким температурам не так уж велики. Выручает, как ни странно, одежда. Вот что любопытно: меховая одежда эскимоса и теплый ватный халат жителей тропиков или Средней Азии в принципе схожи. Они в равной мере предохраняют организм от перегрева и переохлаждения.

Я думаю, что механизмы приспособления к высоким физическим нагрузкам и избыточному теплу создавались эволюционно одновременно, в период формирования поперечнополосатой мускулатуры. Энергично сокращавшиеся мышцы создали проблему теплового обмена, усиленной кислородного снабжения и утилизации отходов. Все это предопределило развитие сети кровеносных сосудов.

Смотрите, что получается. Мышца интенсивно сокращается — ей не хватает кислорода — идет тренировка к гипоксии. Начинается усиленный приток крови к мышце — ее работа тренирует сердечно-сосудистую систему. Сокращаясь, мышца выделяет избыточное количество тепла — совершенствуются механизмы теплоотдачи. Именно такое сопряжение делает физкультуру наиболее естественным, рациональным, полезным и в конечном счете идеальным методом тренировки, повышения КПД адаптации.

Помогают и поведенческие реакции. До сих пор помню, как я впервые оказался в Южной Туркмении, в Небит-Даге. Вышел из самолета и попытался идти, как в Москве, — походкой, о которой ленинградцы говорят: «Москвичи бегут как сумасшедшие». Но, не пройдя и нескольких шагов, понял, что в Небит-Даге так ходить нельзя. Нетерпимость южан имеет глубокий биологический смысл — диктует свои условия поведенческий механизм приспособления к избыточному теплу, к сухому зною.

ВЕДУЩИЙ. Но ведь люди, попадающие в жаркие климатические пояса, каким-то образом привыкают к жару?

Е. Я. ШЕПЕЛЕВ. Разумеется, но в основном, повторяю, за счет изменения своего поведения и одежды. Тренировки пока дают результат, нас не удовлетворяющий. В частности, даже многократное пребывание в сухих жарких камерах при температурах свыше 100 градусов позволяет увеличить время переносимости высокой температуры лишь на 20—30 процентов.

Арсенал закалывающих средств намного шире: от простого обтирания до купания в проруби. К холоду приспособиться легче, а еще легче от него защититься.

И. М. ХАЗЕН. Мне кажется, настало время обобщения знаний, накопленных человечеством в области изучения закономерностей адаптации. Кстати, не слишком ли много вариантов этого термина? Я насчитал что-то около пятидесяти: классическая адаптация, неклассическая, медленная, перекрестная, дезадаптация... Я думаю, что это отражает неопределенность наших знаний и уводит в сторону от решения основной проблемы.

Основная же проблема — определить границу физиологического приспособления, отделить норму от патологии, точно уяснить себе, что полезно, а что вредно и ведет к заболеванию. К слову, тренировка, в том числе физическая, полезна и важна прежде всего потому, что позволяет преодолевать трудности без выхода за пределы нормы.

С этой точки зрения в стадиях адаптации, а я выделяю пять стадий, особое внимание следовало бы уделить третьей и четвертой. Третья — викарная (викарность — забытый медицинский термин, означающий замещаемость функций) — свидетельствует о напряже-



Е. Я. Шепелев



нии организма, о состоянии уже не нормы, но еще и не патологии.

За викарной следует стадия репаративная, когда организм начинает черпать ресурсы из своего неприкосновенного запаса. Иными словами, в этот момент он находится на грани истощения. Мне кажется, что сверхвысокие нагрузки выводят организм именно на эти стадии адаптации, за которыми следует последняя — фаза истощения.

ВЕДУЩИЙ. В краткой беседе, безусловно, невозможно глубоко и подробно обсудить все аспекты адаптационных возможностей организма человека, этой сложнейшей проблемы биологии и медицины. И все же к какому выводу мы пришли?

О. Г. ГАЗЕНКО. Вывод первый: адаптация — приспособление нашего организма ко всему, что существует вне его, с целью оптимизации состояния и адекватного выполнения функций и осуществления своих желаний. Это всегда согласованная работа всех систем организма, которая обеспечивает его нормальное функционирование.

А коль скоро адаптация — всегда работа, то за каждый этап приспособления организму приходится расплачиваться лишением покоя, затратой энергетических ресурсов. Как уменьшить эту плату, за счет каких мер? Социальных? Гигиенических? Психологической подготовки? А уменьшить необходимо, потому что чрезмерная плата — это болезни!

Как же добиться, чтобы цена за адекватное приспособление была оптимальной? Думаю, со мной согласятся все присутствующие: за счет постоянной, своевременной и соответствующей тренировки. Это должна быть психологическая тренировка, выработка необходимого психологического настроя в самом широком смысле этого слова. Это должна быть тренировка своей физической готовности. И, наконец, мы можем оптимизировать внешнюю среду с помощью различного рода искусственных устройств — кондиционеров, автомобилей, лифтов и других детских современной цивилизации.

Конечно, это очень заманчиво: уйти от внешних «бурь» в искусственный микроклимат. Идеальная температура, идеальное атмосферное давление, никакой гипоксии и высоких физических нагрузок. Фантастика!.. В реальной жизни чрезмерное пользование «кнопками цивилизации» может вызвать лишь девальвацию естественных, завоеванных в процессе эволюции физиологических механизмов адаптации и надежности организма. А ведь именно эти механизмы позволяют нам преодолевать неожиданности, подстерегающие нас на каждом шагу.

Подводя итог нашей беседе, можно сказать: жизнь требует постоянного совершенствования организма человека, а путь к такому многоплановому совершенству один — постоянная, непрерывная, систематическая тренировка, с первых и до последних дней жизни.

Беседу вел
М. МАТВЕЕВ.



Развитие эндокринной интеграции происходит следующим образом. Периферические эндокринные железы (щитовидная, надпочечные, поджелудочная, семенник) начинают синтезировать соответствующие гормоны (обычно биологически подобные гормонам взрослых) в первой четверти внутриутробной жизни, вслед за формированием закладки этих желез. Вскоре эти гормоны появляются в крови зародыша, причем нередко в концентрации большей, чем в крови матери, то есть они уже могут воздействовать на его развитие.

№ 12, 1976 год



Сон любого млекопитающего можно условно определить как хороший или плохой. Главная предпосылка хорошего сна — его безопасность. Все млекопитающие, которые в

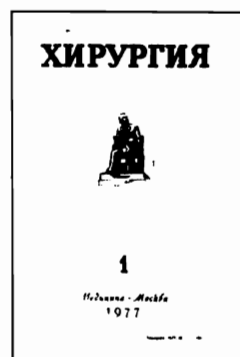
силу своей экологии могут спокойно спать, всегда пользуются этим в максимальной степени. Другие же виды приспособились (в эволюционном смысле, конечно) обходиться минимальным количеством физиологических фаз медленного и быстрого сна. Однако они вынуждены за это «платить» упрощением своего поведения в бодрствовании и повышенной возбудимостью.

Характерно, что животные, относящиеся к группе плохо спящих, появляются на свет высокоразвитыми, как того требует их экология, и соответственно имеют достаточно зрелый цикл сна — бодрствования.

По-видимому, только наличие обеих фаз сна делает возможным то исключительно сложное поведение в состоянии бодрствования, которое характерно для птиц и зверей. Интересно, что ехидна, несмотря на анатомически хорошо развитый мозг, обладает весьма примитивным поведением. Может быть, это является «платой» за отсутствие быстрого сна? У прочих же млекопитающих (теплокровных) поддержание температуры мозга на постоянном уровне 37° в периоды сна создало основную предпосылку к продолжению деятельности мозга в эти периоды. Эта деятельность мозга, по особому организованная во время медленного и быстрого сна, направлена, как считают в настоящее время на основании результатов разнообразных психофизиологических исследований, на переработку информации, полученной в состоянии бодрствования, на восстановление эмоци-

онального равновесия, на запоминание существенного и выработку программ поведения — словом, во сне мозг должен быть занят тем, чем он не может заниматься во время бодрствования, когда он заполнен первичной обработкой текущей информации, поступающей от органов чувств. Вероятно, именно с этим в значительной мере связана высокая пластичность поведения млекопитающих и птиц, достигающая максимального развития у человека.

Том 81, выпуск 3,
1976 год



В 1977 году исполняется 25 лет со дня первой успешной операции на митральном клапане, произведенной в нашей стране А. Н. Бакулевым. Эта операция послужила толчком к бурному развитию отечественной кардиохирургии, которая за сравнительно короткий период достигла выдающихся успехов. На примере кардиохирургии отчетливо прослеживается значение интернациональной разработки проблемы, и, вероятно, в значительной степени этому фактору обязано стремительное развитие сердечных операций.

№ 1, 1977 год

НА ЗЕМЛЕ МОЛДАВСКОЙ

Сегодня наш рассказ об успехах Молдавской ССР в социально-экономическом развитии, в строительстве народного социалистического здравоохранения и подготовке кадров медицинской интеллигенции (см. стр. 2—4).

Фоторепортер Кишиневской творческой студии «Фотожурналист» А. ЛЫКОВ сделал по нашей просьбе несколько фотографий.



Группа студентов лечебного факультета Кишиневского медицинского института у стенда Присяги врача Советского Союза, присяги на верность служения народу, «быть всегда готовым оказать помощь, внимательно и заботливо относиться к больным»...

Член-корреспондент АМН СССР, заведующая кафедрой хирургии детского возраста Кишиневского медицинского института профессор Н. К. Георгиу (в центре) в кругу своих учеников и последователей.

Кишиневское базовое медицинское училище выпустило за тридцать лет более 8 тысяч фельдшеров, медицинских сестер, фармацевтов и лаборантов. В новом четырехэтажном здании училища прекрасно оборудованы учебные классы, кабинеты и лаборатории. На фото: занятия в кабинете технологии лекарственных форм фармацевтического отделения.



В руках у медицинской сестры не привычный всем нам шприц, а безыгольный инъектор «Пчелка». Впрочем, название, может быть, и не совсем точное — ведь пчела жалит чувствительно, а здесь — никакой боли! В одном из детских садов Воронежа прививки против кори с помощью безыгольного инъектора попробовали сделать во время тихого часа — и дети даже ничего не почувствовали, продолжая безмятежно спать!



Фото Вл. КУЗЬМИНА

Е. Ч. НОВИКОВА,
заместитель министра
здравоохранения СССР

ИММУНИЗАЦИЯ ЗАЩИТИТ ВАШЕГО РЕБЕНКА



Под таким девизом Всемирная организация здравоохранения проводит в нынешнем году Всемирный день здоровья, традиционно отмечаемый 7 апреля.

Иммунизация, начало которой положил создатель противооспенной вакцины Эдуард Дженнер, стала одним из величайших завоеваний научной мысли. Однако еще и сегодня, почти через 180 лет после этого замечательного открытия, на нашей планете есть страны, где свирепствует оспа, где сотни и тысячи детей погибают от дифтерии, кори, туберкулеза.

Исторический опыт показал, что создание профилактических вакцин не равнозначно ликвидации инфекций. Для того, чтобы появился этот знак равенства, иммунизация должна стать массовой, проводиться систематически, а научные обоснования должны сочетаться с продуманной во всех деталях практической организацией прививочного дела. Иными словами, надо, чтобы профилактическая вакцинация превратилась в дело государственное. Впервые в мире на такой уровень она была поставлена в нашей стране.

В 1919 году, когда молодая Советская республика вела героическую битву с интервентами, когда все туже сжималась петля голода и разрухи, В. И. Ленин подписал правительственный декрет об обязательном оспопрививании. И в первую очередь прививки, ограждающие от страшной болезни, делались тогда детям.

С тех пор профилактическая вакцинация стала в нашей стране одним из важнейших средств сохранения здоровья подрастающих поколений, борьбы с детской заболеваемостью и смертностью. Благодаря массовому применению она превратилась из индивидуального средства защиты в могучий рычаг резкого снижения и даже полной ликвидации некоторых инфекций.

Механизм действия профилактической прививки как бы воспроизводит естественный иммунитет. В чем его суть? В ходе инфекционного процесса ткани и клетки организма вырабатывают вещества, нейтрализующие вредное воздействие данного возбудителя, и при новой встрече с ним организм располагает уже готовыми средствами защиты. Поэтому большинство инфекционных заболеваний не повторяется—переболел однажды, человек становится неуязвимым против данного заболевания.

Такую невосприимчивость можно создать и искусственно, с помощью вакцин. Их готовят из живых ослабленных или убитых микробов, из обезвреженных продуктов их жизнедеятельности. Введение профилактических вакцин, не вызывая заболевания, стимулирует выработку защитных антител. Так создается активный искусственный иммунитет. Обычно он бывает стойким, но для поддержания невосприимчивости большинство прививок периодически повторяют.

Иногда возникает необходимость ввести в организм уже готовые защитные антитела, носителем которых является определенный вид белков крови—гамма-глобулин.

Это уже не активный, а пассивный иммунитет. Он кратковременный, сохраняется всего лишь 3—4 недели.

Его создают, чтобы облегчить течение только что начавшегося заболевания или предотвратить развитие инфекции в случаях, когда заражение уже произошло. Именно с этой целью гамма-глобулин вводят маленьким детям, еще не привитым против кори, если они были в контакте с больным.

Вакцинация в Советском Союзе обязательна, она осуществляется планомерно и, как все другие виды медицинской помощи, конечно, бесплатно.

Первую профилактическую прививку ребенок получает уже на 5—7-й день жизни: это противотуберкулезная вакцина БЦЖ. Ее не случайно вводят так рано. Организм маленького ребенка очень чувствителен к туберкулезу, и потому важно, чтобы из стен родильного дома новорожденный вышел уже под охраной вакцины.

Далее в строго определенном порядке следуют прививки против полиомиелита, введение комплексной вакцины против трех инфекций—коклюша, дифтерии и столбняка, затем—против оспы и кори. Детей от 3 до 7 лет, посещающих дошкольные учреждения, предохраняют прививками и от эпидемического паротита (свинки).

Сроки проведения прививок утверждены Министерством здравоохранения СССР и могут быть изменены только с его разрешения. А общее руководство и контроль за проведением профилактических прививок осуществляются Главным санитарно-эпидемиологическим управлением.

Специальная инструкция, над созданием которой работали видные ученые, в малейших деталях предусматривает все этапы подготовки к прививкам и их проведения. Ведь хотя процедура эта технически крайне проста, она рассматривается как очень ответственная.

Узаконено, что все дети, которым предстоит вакцинация, предварительно должны пройти медицинский осмотр. При этом учитываются переносимость предшествующих прививок, лекарственных препаратов, перенесенные заболевания.

Чтобы все необходимые меры предосторожности неукоснительно соблюдались, прививки запрещено проводить на дому—их делают только в лечебно-профилактических учреждениях: в специальных прививочных кабинетах детских поликлиник, во врачебных кабинетах яслей, детских садов, школ. В сельской местности иммунизацию проводит медицинский персонал сельских врачебных участков и фельдшерских пунктов под руководством врача районной больницы.

Профилактическая вакцинация—дело чрезвычайно сложное, требующее повседневного внимания и контроля. Этот контроль начинается еще в лабораториях, где создаются вакцины. На пути каждой ампулы, каждой таблетки стоит строгий фильтр—Государственный научно-исследовательский институт стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов имени Л. А. Тарасевича и Государственный комитет вакцин и сывороток.

В детских поликлиниках на каждого ребенка заведены специальные карточки, в которые вносятся данные о

прививках и результатах кожных проб (реакции Пирке, Манту). Из этих карточек складывается прививочная карта, которая в любую минуту дает представление о ходе иммунизации и облегчает возможность постоянного контроля.

Широкий размах и четкая система организации профилактических прививок в нашей стране принесли ощутимые результаты. Вдумайтесь только в эти цифры: за последние 35 лет заболеваемость дифтерией снижена более чем в 823,6 раза; заболеваемость полиомиелитом за последние 15 лет снижена в 66 раз; заболеваемость коклюшем за последние 25 лет снижена в 14,2 раза.

Это значит, что миллионы детей избавлены от тяжелых болезней, тысячи спасены от смерти. Это значит, что горе обошло стороной миллионы наших семей.

До введения профилактической вакцинации корь была широко распространена, ею заболел почти каждый ребенок. Сложилось даже выражение: «Это как корь, этим надо переболеть». С введением в 1969 году массовых профилактических прививок извечное убеждение о неизбежности кори рухнуло. Уже за первые годы вакцинации число заболеваний снизилось более чем втрое, продолжая и дальше неуклонно снижаться.

Успехи нашей страны в деле ликвидации инфекций вызывают широкий интерес, получили международное признание. Верные гуманным традициям отечественной медицины, советские медики много делают для того, чтобы распространить этот опыт, помочь развивающимся странам в охране здоровья детей. Помощь Советского Союза — щедрая и бескорыстная.

Наши специалисты, работая за рубежом, отдают немало сил организации профилактических прививок. Детей многих стран спасают от болезней советские вакцины. В минувшем году, например, они использовались более чем в 40 странах.

Советский Союз, одержавший победу над оспой на своей огромной территории, явился инициатором борьбы за ликвидацию оспы во всем мире и много делает для того, чтобы это страшное заболевание не грозило ни одному ребенку, ни одному человеку на нашей планете.

Ведущие советские ученые принимают самое активное участие в семинарах и совещаниях, проводимых ежегодно Всемирной организацией здравоохранения по различным вопросам вакцинации против кори, коклюша, оспы, полиомиелита. К их слову внимательно прислушиваются, их опыт в области профилактики детских инфекций высоко оценивают зарубежные коллеги.

В нашей стране ежегодно получают профилактические прививки около 170 миллионов человек. Такие огромные масштабы профилактической вакцинации с особой остротой ставят задачу систематического научного анализа этой работы.

Конечно, не все проблемы иммунизации еще окончательно решены. Советские ученые очень много и настойчиво работают над совершенствованием вакцин, добиваясь повышения их эффективности и сведения до минимума возможного побочного действия. Особая забота — вакцинация детей с аллергической настроенностью организма. Для них разрабатываются индивидуальные схемы прививок, специальные методы вакцинации.

Профилактическая иммунизация — великое благо. И мы стремимся сделать так, чтобы она послужила на пользу каждому ребенку, каждого надежно защитила от болезни.

УСПЕХИ современной хирургии стали возможны прежде всего благодаря открытию фармакологического наркоза. Его столетняя история — это неустанный поиск новых, все более эффективных и одновременно все более безопасных средств обезболивания. Дело в том, что любое химическое вещество, применяемое анестезиологами, может оказывать то или иное неблагоприятное воздействие на организм. Поиск безопасных средств привел врачей к электричеству.

В 1902 году на съезде электрологов (медиков, изучающих действие электричества на организм) в Берне французский

М. И. КУЗИН,
академик АМН СССР

ЭЛЕКТРИ

хирург С. Ледюк провел первую показательную операцию под электронаркозом. Она была встречена взрывом энтузиазма. Однако внедрить этот метод обезболивания в практику хирургических клиник в начале века не удалось. Для достижения необходимой глубины обезболивания требовались массивные дозы тока, но организм оперируемого «встречал их в штыки». В местах наложения электродов возникала сильная боль, до опасных пределов повышалось артериальное давление, стремительно сокращалось сердце. Одновременно скелетные мышцы не только не расслаблялись (а это обязательно для проведения операции), но, напротив, их тонус резко возрастал, иногда до такой степени, что у больного возникали судороги.

На преодоление всех этих серьезнейших затруднений ушло более полувека. Врачи пробовали разные виды токов (постоянный, переменный, интерференционные токи, импульсные), искали лучшие места для наложения электродов, эффективные и безопасные режимы подачи тока, совершенствовали аппаратуру. Клиническое применение электроанестезии началось сравнительно недавно — 10—15 лет назад. Сегодня в хирургических клиниках мира под комбинированной электроанестезией проведено уже около 2000 операций, в том числе на сердце; в это число входит и свыше 1000 операций, проведенных в клинике факультетской хирургии 1-го Московского медицинского института и в Институте хирургии имени А. В. Вишневского.

Об огромном интересе к этой проблеме свидетельствует создание Всемирного общества по электросну и электроанестезии, издание им журнала «IESA Information». Проведено 4 международных и 5 всесоюзных симпозиумов. Электроанестезия вышла за рамки сугубо экспериментального метода и находит все больше сторонников среди клиницистов. Ей уделяется большое внимание в США, Японии, ФРГ, Италии, Индии, Польше, Чехословакии.

Чем же привлекает клиницистов электронаркоз?

Метод обезболивания с помощью электрического тока обладает множеством преимуществ. Он экономичен (в полтора раза дешевле фармакологического наркоза), осуществляется без применения громоздкой аппаратуры, а потому прост и доступен. Электроток легко дозируется. Причем в дозах, необходимых для достижения полного обезболивания, электричество не вызывает ни наркотического, ни постнаркотического угнетения организма. Как только операция заканчивается и анестезиолог выключает аппаратуру, больной немедленно пробуждается, не испытывая ни тошноты, ни других отрицательных ощущений, которыми зачастую сопровождается наркоз фармакологический.

Надо сразу сказать, что электроток в чистом виде с целью обезболивания для хирургического вмешательства не применяется и, очевидно, никогда применяться не будет. Одно дело, если мы стремимся достичь первой стадии наркоза — анальгезии, незаменимой в акушерстве. Там требуется сохранить и сознание и тонус мышц роженицы, иными словами, лишь притупить боль. Когда же хирург планирует операцию, скажем, по поводу язвы желудка, то ему для достижения полного обезболивания и расслабления мускулатуры необходимы более массивные дозы тока, а они-то организмом переносятся плохо. Поэтому в хирургической практике используется комбинированная электроанестезия — комбинация тока с наиболее безвред-

ными наркотическими веществами, механизм действия которых близок влиянию тока. К тому же фармакологические вещества в такой комбинации принимаются в минимальных дозах. Впрочем, сегодня и «чистый» фармакологический наркоз также является комбинированным и многокомпонентным.

Комбинированная электроанестезия может найти самое широкое применение, в том числе в экстренной хирургии, при лечении больных с обширными ожогами или отравлениями, от которых страдают кожа, вены, почки и печень, а также при лечении больных миастенией, характерный признак кото-

подачи тока. Для сравнения: изменения в клетках мозга после фармакологического, к тому же гораздо менее длительного наркоза бывают более заметны и сохраняются до четырех суток.

Обобщение всех наблюдений и результатов экспериментов позволило разработать три стандартные методики обезболивания, утвержденные Министерством здравоохранения СССР для применения в хирургических клиниках страны.

Первая методика — комбинированная электроанестезия. Все компоненты современного обезболивания — премедикация,

*Идет операция
под комбинированной
электроанестезией.*

Фото Вл. КУЗЬМИНА

НАРКОЗ В ОПЕРАЦИОННОЙ

рой — слабость скелетной мускулатуры и резкое истощение.

Как же осуществляется электроанестезия сегодня?

Вначале, еще до того, как больного привезут в операционную, анестезиолог проводит так называемую премедикацию. Чтобы успокоить больного, снять эмоциональное возбуждение, ему вводят специальные препараты. Затем наступает очередь вводного наркоза, который осуществляется препаратами короткого действия (они быстро выводятся из организма). Как только больной заснет, в него начнет «вливаться» электроток, подкрепляемый препаратами, расслабляющими мышцы, и противосудорожными средствами.

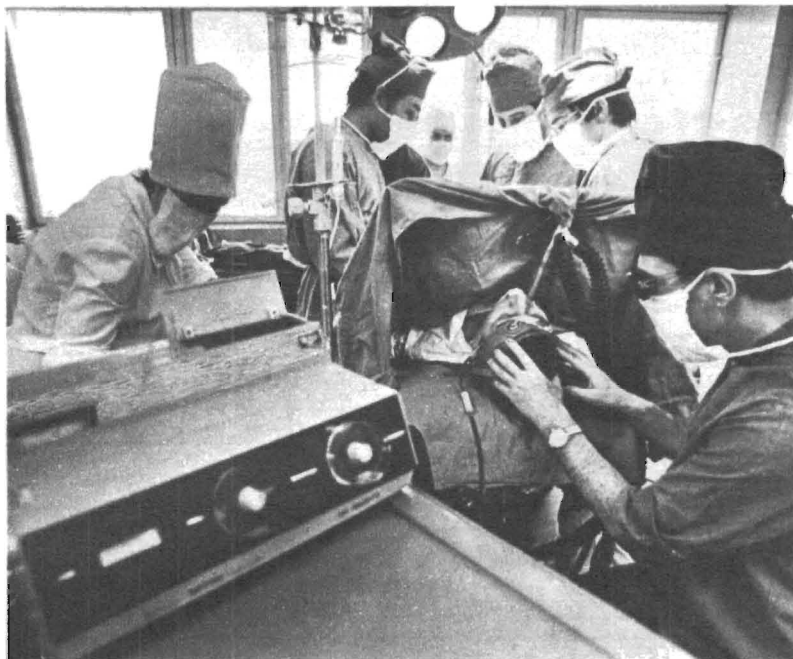
Такая последовательность, дозировки, способы отработались годами, в многочисленных экспериментах. Нам, хирургам, помогали сотрудники проблемной научно-исследовательской лаборатории анестезиологии, которой заведует профессор В. И. Сачков, и кафедры нормальной физиологии 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова, которую ныне, после смерти своего учителя, академика П. К. Анохина, возглавил член-корреспондент АМН СССР К. В. Судаков. Совместными усилиями удалось вскрыть нейрофизиологические механизмы развития электронаркотического состояния, увидеть тонкие ультраструктурные изменения тканей мозга, изучить энергетический метаболизм в различных органах.

Оказалось, что уже слабое воздействие электрического тока на структуры мозга, ответственные за наши эмоции, вызывает у оперируемого некоторое успокоение; у него развивается состояние, подобное сну, — стадия поверхностного обезболивания.

По мере увеличения силы тока возбуждение, как свидетельствуют кривые электроэнцефалограммы (ЭЭГ), охватывает почти все структуры мозга. В тканях нарастает интенсивность энергетического обмена, что влечет за собой усиленные сокращения мускулатуры. Им-то мы и противопоставляем противосудорожные медикаменты: снимая избыточный мышечный тонус и возбуждение, они в то же время углубляют обезболивание без увеличения «порций» наркотизирующего тока.

К слову, раньше врачам никак не удавалось снимать показания ЭЭГ одновременно с подачей тока: одни токи как бы накладывались на другие. Помог специальный электрический фильтр, сконструированный во Всесоюзном НИИ медицинское приборостроения группой А. М. Рыбакова. Новый прибор, отделяя внешние токи от собственной электропродукции мозга, позволяет постоянно контролировать уровень обезболивания. С его помощью нам удалось выявить основные типы реакции центральной нервной системы на электрический ток и разработать объективные показатели к введению противосудорожных препаратов. Сочетание с такими средствами слабых токов вызывало длительное и глубокое торможение центральной нервной системы, обеспечивало глубокое и надежное обезболивание в течение всего периода операции.

В том, что воздействие тока безвредно для организма, нас убедили и данные различных исследований тканей головного мозга, печени, почек, сердца животных, находившихся «в плену» электронаркоза длительное время. Оказалось, что в мембранах и митохондриях нервных клеток мозга возникают незначительные и, главное, нестойкие изменения, которые полностью исчезают через несколько часов после прекращения



вводный наркоз, препараты, расслабляющие скелетную мускулатуру, — сохранены в полном объеме, основной же анестетик заменен электрическим током. Во время операции для поддержания необходимой глубины обезболивания требуется либо усиливать электроанестезию добавочными дозами слабых фармакологических средств, либо увеличивать силу тока до максимально допустимых пределов. Эта методика применяется в хирургии с 1963 года и с 1972 года — в гинекологической практике.

Особенность второй методики в том, что глубина обезболивания, необходимая для выполнения оперативного вмешательства, достигается за счет комбинации тока с противосудорожными препаратами, не обладающими ни наркотическим, ни анальгетическим действием. Здесь уже в полной мере выявляется обезболивающий эффект самого тока.

Наконец, третья методика предполагает использование всех компонентов первой методики, но электрический ток подается в минимальных дозах; он обеспечивает анальгезию в комбинации с закисью азота — самым безвредным анестетиком, выключающим сознание больного. Такая комбинация наиболее рациональна для проведения сравнительно малотравматичных операций.

Разумеется, предстоит решить еще немало задач — научных, методических, организационных. Однако уже сегодня электроанестезия могла бы во многом заменить фармакологический наркоз, имея врачи достаточное количество оборудования. Я имею в виду электрический фильтр и оригинальный советский электронаркотический аппарат НИЭП-1, запатентованный в США, ФРГ, Японии, Франции и Англии.



Что известно сегодня об

ФАКТОРЫ РИСКА



Постоянное
нервно-психическое
перенапряжение



Нарушение липидного
(жирового) обмена



Повышение
артериального
давления



Курение



Избыточный вес



Малая физическая
активность

В последние десятилетия в большинстве экономически развитых стран отмечается значительный рост болезней сердца и сосудов, особенно атеросклероза и стенокардии, или, как принято теперь говорить, ишемической болезни сердца (ИБС).

Достаточно сказать, что в США ежегодно умирает от атеросклероза и ишемической болезни сердца свыше 670 тысяч человек, а во всем мире свыше 2,5 миллиона. Причем смертность от них возросла среди мужчин в возрасте 35—44 лет на 60 процентов, в возрасте 45—64 лет — на 16—39 процентов; увеличилась она также на 5—15 процентов и среди людей молодых — до 31 года. В нашей стране среди умерших от сердечно-сосудистых заболеваний около 70 процентов страдали именно атеросклерозом и ишемической болезнью.

Распространенность этих заболеваний в индустриально развитых странах указывает на определенную их связь с резко изменившимся образом жизни человека за последние два-три десятилетия.

Современная цивилизация с ее бурным научно-техническим прогрессом, резко возросшим объемом разнообразной информации, урбанизацией значительно повысила нагрузку на центральную нервную систему человека. Нервно-психическое перенапряжение, отрицательные эмоции сопровождаются повышением активности гипоталамуса, гипофиза, надпочечников, симпатoadреналовой системы организма, усиленным выделением так называемых адаптивных (от латинского *adaptare* — приспособлять) гормонов и биологически активных веществ. Происходят также особые энергетические изменения, с помощью которых организм перестраивает уровень деятельности различных органов и систем.

Веками установившееся равновесие нервного и мышечного напряжения в современных условиях нарушается, а перестройка тонких биохимических процессов и выделение в кровь активных веществ не находят физиологически обоснованного применения. Это в конечном счете приводит к ломке биологических адаптивных механизмов, отклонению в регуляции функци-

ональной деятельности, истощению компенсаторных возможностей организма. И первой жертвой становится сердечно-сосудистая система. Именно в недрах адаптивно-приспособительных реакций на внешние и внутренние воздействия создаются предпосылки для развития таких заболеваний, как атеросклероз и ишемическая болезнь сердца.

В отличие от прежних представлений, когда основной причиной развития атеросклероза считали избыточное употребление жиров животного происхождения и повышение концентрации холестерина в крови, в настоящее время ученые склоняются к мысли о существовании целого ряда факторов, которые и определяют развитие болезни. Их принято называть факторами риска.

Каждый из этих факторов вносит свою лепту в развитие болезни. Первенство принадлежит нервно-психическому перенапряжению — эмоциональным стрессам. Ведь это состояние, помимо тех нарушений, о которых говорилось выше, характеризуется и существенным увеличением поступления в кровь насыщенных жиров из жировых депо, повышением свертываемости крови, нередко возникающим длительным спазмом сосудов. Ишемической болезнью часто страдают люди с неуравновешенной нервной системой, неадекватными реакциями на жизненные ситуации, особенно при встрече с трудностями. О таких людях говорят, что они имеют «стресс-коронарный профиль».

Чтобы устранить отрицательное воздействие этого фактора риска номер один, очень важно вести разумный образ жизни, четко соблюдать распорядок сна, отдыха, труда. Доброжелательные, корректные отношения между людьми на работе и дома позволяют избежать раздражительности, неоправданных конфликтов и срывов высшей нервной деятельности. Нередко бывает достаточным ликвидировать те или иные нарушения режима дня, наладить питание, чтобы значительно уменьшить отрицательное влияние сразу нескольких факторов.

Значительно углубились в настоящее время наши представ-

ления о роли нарушений липидного обмена. Учеными установлено, что для каждого человека характерно определенное сочетание жировых компонентов в крови, так называемый тип липопротеидов, имеющий чаще всего семейный характер. Всего выделено пять таких типов. Причем наиболее неблагоприятным оказалось сочетание липидных компонентов, отнесенных ко II, III и IV типам. Именно такой тип липопротеидов обычно встречается у людей, страдающих атеросклерозом и ишемической болезнью сердца.

Не подлежит никакому сомнению, что развитию атеросклероза и ишемической болезни способствует повышенное артериальное давление. И прежде всего потому, что увеличивает нагрузку на сердце и сосуды, к тому же ухудшается и их питание. Вот почему так важно при выявлении гипертонической болезни принимать назначенные врачом лекарства, стабильно поддерживающие невысокое артериальное давление.

Давно известно токсическое воздействие никотина и на стенки сосудов и на мышцу сердца. Он усиливает склонность сосудов к спазму, способствует повышению свертываемости крови, ведет к истощению нервных процессов в коре головного мозга. Установлено также, что одна выкуренная сигарета нейтрализует в организме около 25 миллиграммов витамина С (примерно столько аскорбиновой кислоты содержится в одном апельсине средней величины), что составляет почти треть суточной потребности организма в этом витамине. Отказ от курения, особенно при наличии двух других факторов риска, — жизненно важная необходимость. Все сказанное в отношении никотина в равной мере относится и к алкоголю.

Существует прямая зависимость между степенью тучности и продолжительностью жизни, и об этом красноречиво свидетельствует статистика. Если избыточный вес составляет 10—19 процентов, риск укорочения жизни от ишемической болезни сердца возрастает на 14 процентов, при увеличении веса на 20—29 процентов — на 26 процентов. У страдающих ожирением, при избыточном весе более

атеросклерозе и ИБС

Н. К. ФУРКАЛО,
профессор

40 процентов, продолжительность жизни укорачивается уже на 43 процента.

У людей тучных, ведущих малоподвижный образ жизни, характеризующийся малыми энергетическими затратами, снижены процессы обмена веществ, в том числе липидный и углеводный обмен. Данные американских страховых обществ говорят: люди с избыточным весом умирают в среднем на 7—10 лет раньше тех, кто имеет нормальный вес.

Между тем среди населения различных стран избыточный вес наблюдается более чем у 50 процентов женщин, у 30 процентов мужчин и 10 процентов детей. Цифры тревожные!

Немалый интерес представляет опыт так называемого антикоронарогенного клуба Нью-Йорка, в основе которого лежит семилетнее соблюдение определенных группами лиц диетического режима. В той группе людей, рацион которых отличался сниженной калорийностью и ограничением жиров и углеводов, частота инфаркта миокарда в возрасте 40—49 лет составляла 1,96 на 1000 человек и в возрасте 50—59 лет — 3,79. В

контрольной группе людей, не соблюдавших диетический режим, частота инфаркта миокарда соответственно по возрастам составляла 6,47 и 13,31 на 1000.

Любям тучным, имеющим склонность к полноте, необходимо согласовывать свой режим питания с диетологом: ограничить калорийность пищи, количество углеводов и жиров в диете, ввести фруктово-овощные разгрузочные дни. Дневной рацион рекомендуется распределить на 4—5 приемов и стараться ежедневно контролировать свой вес.

Малая физическая активность усугубляет отрицательное воздействие всех других факторов риска. В то время как систематическая физическая нагрузка снижает нервное напряжение, поддерживает вегетативно-сосудистое равновесие, улучшает обменные процессы, нормализует вес и жизненный тонус. Потребность в физической активности необходимо воспитывать еще в школе, ведь основы здоровья закладываются с детства. Не могут не вызвать беспокойства данные, полученные в Институте физиологии детей и подростков Академии педагоги-

ческих наук СССР: двигательная активность детей со времени поступления в школу снижается примерно наполовину, а по мере перехода из класса в класс — до 85 процентов.

К сожалению, не все знают, что утренняя гигиеническая гимнастика не восполняет потребности организма в мышечной деятельности. Дефицит может быть компенсирован занятиями в физкультурных секциях или ходьбой (примерно 8—10 километров в день). Покрытие этого расстояния сопровождается расходом 100 граммов жирового запаса организма.

Общезвестно, что люди физического труда в три-четыре раза реже болеют ишемической болезнью сердца, нежели «кабинетные» работники. И. П. Павлов подчеркивал, что сочетание умственного труда с физическим, «умение соединить голову с руками» — одна из предпосылок сохранения здоровья. А та удовлетворенность, которую ощущает человек после физических упражнений и физического труда, благодаря положительным эмоциям создает бодрое настроение, психоэмоциональный тонус, способствующие функциональному равновесию различных систем организма. Как гласит известное изречение, движение может по своему действию заменить многие лечебные средства, но все лечебные средства мира не могут заменить действия движений. И эта истина непреходяща.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что профилактика атеросклероза и ишемической болезни сердца заключается прежде всего в устранении факторов риска. В борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями немаловажны и социально-гигиенические меры. В нашей стране огромные государственные средства вкладываются в осуществление социальной программы, предусматривающей, в частности, улучшение жилищно-бытовых условий, уменьшение бытового и производственного шума, внедрение в общественное питание соответствующих диет и другие меры, направленные на создание физиологически оптимальной обстановки для нормальной жизнедеятельности человека.

Сочетание нескольких факторов риска создает более вероятные предпосылки для развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

При наличии трех факторов риска (нарушение липидного обмена, повышение артериального давления и курение) инфаркт миокарда возникает в 8 раз чаще, чем у людей того же возраста, но не имеющих этих факторов риска.

Частота случаев инфаркта миокарда при наличии двух факторов риска возрастает в 4 раза, а при одном — в 2 раза.

Предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний во многом зависит от самого человека, от того, сколь разумно он распорядится своим здоровьем и широкими возможностями его укрепления.

НАЙДЕН ИДЕАЛЬНЫЙ КАНДИДАТ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА

Доктор Отмар Хартл из Линца установил с помощью компьютера точные данные и привычки идеального кандидата на инфаркт миокарда. Результат выглядит следующим образом: средний возраст этого мужчины 53,6 года, рост 176,2 сантиметра, вес — 82,3 килограмма. Согласно компьютеру, он должен принадлежать к так называемым средним или верхним слоям общества, пройти полный курс обучения в школе и зарабатывать несколько больше среднего. Он живет в городе, население которого превы-

шает сто тысяч человек.

Как вычислился этот портрет человека, которому более чем другим угрожает инфаркт миокарда? Было опрошено статистически достоверное число пациентов в двух центрах реабилитации — в Бургенланде и Нижней Австрии. Затем были выведены средние показатели, чтобы установить «самый верный путь к инфаркту миокарда».

Опросы показали, в частности, что профессиональные проблемы, равно как и трудности в семье, в браке играют значительно большую

роль в возникновении инфаркта миокарда, чем предполагалось до сих пор. Неожданным было, что каждый третий из опрошенных незадолго до инфаркта потерял близкого человека.

В процессе выявления сведений об идеальном кандидате на инфаркт миокарда выяснилось, что умеренное употребление алкогольных напитков уменьшает риск. Но все же тот, кто пристрастился к спиртному, приблизился к инфаркту.

Газета «Фольксштимме»,
25 декабря 1976 года.

Киев.



Эрозия шейки

Н. И. ШУБАЕВА,
доктор
медицинских наук

Опасное ли это заболевание? Однозначно ответить на такой вопрос нельзя.

Дело в том, что рано распознанная эрозия хорошо поддается лечению и впоследствии не представляет угрозы здоровью женщины, не влечет за собой необходимость изменять обычный жизненный уклад. Однако если лечение начинается поздно и тем более если оно и вовсе отсутствует, возникшие патологические изменения могут прогрессировать, иногда вплоть до образования злокачественной опухоли. Опасность такого финала комментировать не приходится.

Эрозия—термин, по существу, собирательный; под ним часто подразумеваются различные

лечения клеток. Они активно участвуют в процессах заживления.

Эрозия в виде простого изъязвления на слизистой шейки матки бывает, как правило, крайне редко: природа как бы спешит устранить образовавшийся дефект—тотчас начинается усиленное разрастание клеток. Но под воздействием какого-либо фактора (гормонального, вирусного, воспалительного) эти клетки растут, быстро сменяя друг друга, и, главное, не принимают образа и подобию своих предшественниц, а приобретают иные качества. Может наступить такой момент, когда рост их станет безудержным. Они выйдут из-под контроля организма, начнут расти автономно и в конце концов могут превратиться в злокачественную опухоль, способную давать метастазы.

Нередко дефект заполняется не клетками, свойственными эпителию, покрывающему шейку матки, а массой клеток, которые в норме выстилают канал шейки и начинают расти из него. Разрастания таких клеток называются эктопиями, а участок слизистой, покрытый пыльным красным цилиндрическим эпителием,—эктропионом. В практике его тоже иногда называют эрозией, хотя фактически это—иное явление.

Называют эрозией и эритроплакию—истончение покровного эпителия шейки, сквозь который просвечивает подлежащая ткань с обильной сетью кровеносных сосудов. Такое истончение возникает из-за нарушения питания слизистой оболочки.

При всех этих изменениях патологический очаг, как правило, имеет красную окраску. Однако на шейке матки иногда можно увидеть и белые пятна, бляшки—лейкоплакии, представляющие собой ороговевшие участки слизистой оболочки.

Развитие эрозий (будем для удобства называть так все перечисленные нарушения) происходит относительно часто—вероятно, потому, что в жизни женщины нередко складываются обстоятельства, дающие толчок этому процессу.

Таким толчком подчас становится нарушение гормонального баланса, возможное в любом возрасте, но особенно—в пременопаузальном и климактерическом периоде. Нарушения

эти—одна из существенных причин изменений эпителия шейки матки. Вот почему женщинам после 40 лет надо особенно внимательно следить за своим здоровьем и посещать врача акушера-гинеколога не реже двух раз в год.

Возникновению патологических изменений на шейке матки могут способствовать образовавшиеся на ней послеродовые рубцы. Поэтому мы рекомендуем каждой женщине после родов обязательно показаться акушеру-гинекологу. И не раз.

Имеются данные, свидетельствующие о том, что раздражающее действие на эпителий шейки матки оказывает смегма—слизь и жироводобные вещества, скапливающиеся за крайней плотью полового органа мужчины. К сожалению, не все мужчины соблюдают правила интимной гигиены, а делать это они обязаны не только ради себя, но и ради охраны здоровья своих жен.

Если говорить о связи эрозий с половой жизнью, можно привести еще одно наблюдение, сделанное в последнее время: у женщин, которые слишком рано начинают половую жизнь (в 14—16 лет), рано вступают в брак, рано рожают, патологические изменения шейки матки развиваются чаще. Особенно остро эта проблема стоит за рубежом.

Предрасполагающий фактор также—длительные воспалительные заболевания как внутренних, так и наружных половых органов. А сопровождающие их выделения, раздражая слизистую оболочку шейки матки, способствуют образованию эрозии.

Как видим, факторов, predisposing к развитию эрозий, много. Но их наличие еще не значит, что патологический процесс обязательно разовьется.

Для того, чтобы возникли изменения слизистой оболочки шейки матки, необходимо, видимо, сочетание ряда условий. Одни исследователи видят основную причину в нарушении гормонального баланса; в результате ткани, чувствительные к избытку или недостатку некоторых гормонов, претерпевают изменения. Другие считают, что решающую роль играют воспалительные заболевания половых органов, так как при этом происходит

Эрозия шейки матки не опасна, если она выявлена рано и лечение проведено своевременно.

Если эрозию не лечить, изменения эпителия шейки матки могут прогрессировать, угрожая развитием злокачественной опухоли.

Женщины после 40 лет должны посещать акушера-гинеколога не реже чем дважды в год.

патологические изменения эпителия слизистой оболочки шейки матки. Эпителий этот состоит из нескольких слоев, а каждый слой—из клеток, имеющих свою форму и несущих разные функции. Различают поверхностные клетки, промежуточные, парабазальные, базальные.

Поверхностные клетки—защитный барьер против бактерий и токсических веществ. Они периодически слущиваются, погибают, а их место постепенно занимают новые клетки, образовавшиеся в глубоких слоях и приобретшие ту же форму и функцию.

Промежуточные клетки накапливают гликоген—резервный запас углеводов, необходимый для питания тканей. Лежащие под ними парабазальные и базальные клетки—воспроизводители, создающие новые поко-

МАТКИ

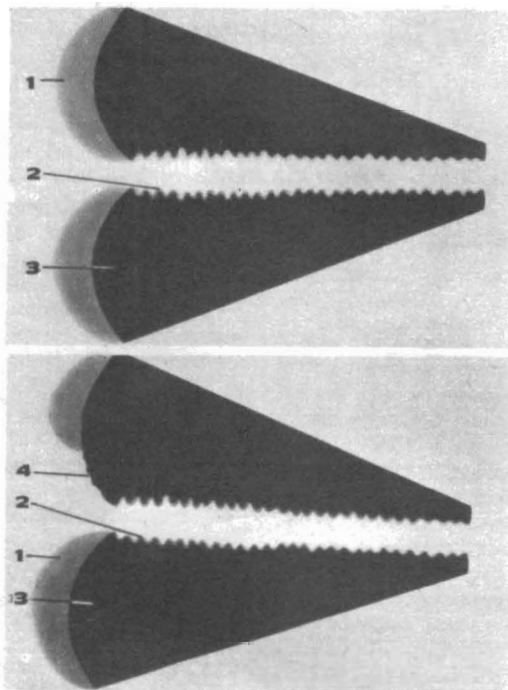
усиленная выработка слизи, нарушается питание тканей. Но каковы бы ни были окончательные суждения о механизмах возникновения этих процессов, ясно одно: нельзя допускать их прогрессирования!

К счастью, при гинекологическом обследовании шейка матки достаточно хорошо обозрима, и врачу легко обнаружить эрозию и другие изменения в самом их начале. Более того, разработаны простые, совершенно безболезненные, удобные и надежные методы, позволяющие установить тончайшие изменения структуры клеток, невидимые невооруженным глазом: достаточно взять мазок со слизистой шейки матки и затем изучить его под микроскопом.

руживаются только при профилактическом осмотре. Поэтому, даже чувствуя себя вполне здоровой, не забывайте посетить кабинет акушера-гинеколога.

Один из наиболее частых симптомов эрозий—беловатые или желтоватые выделения—бели. К сожалению, даже это неприятное явление не заставляет некоторых женщин поторопиться с визитом к врачу. А между тем установление диагноза и лечение в подобных случаях должно быть срочным!

Меры борьбы с эрозиями разнообразны. Медикаментозное лечение способствует ликвидации воспалительного процесса, активизирует развитие нормальных клеток. С помощью электрокоагуляции удается снять изме-



На верхней схеме
нормальная слизистая
оболочка шейки матки.
На нижней—
истинная эрозия.

1—многослойный
плоский эпителий,

2—цилиндрический
эпителий
шеечного канала,

3—соединитель-
но-тканевая основа
шейки матки,

4—дефект
многослойного
плоского эпителия

Применяется также и кольпоскопия—обзор шейки матки через стекло, дающее увеличение в 10—12 раз. Кольпоскоп позволяет рассмотреть мельчайшие кровеносные сосуды, углубления, изменения в окраске и рельефе слизистой оболочки.

Не надо думать, что такие исследования необходимы только тогда, когда уже выявилось какое-то неблагополучие. Это арсенал профилактики, бесценная возможность установить самые начальные изменения ткани.

Эрозии шейки матки нередко протекают бессимптомно и обна-

женный слой, создать условия для образования на шейке матки нормального эпителия.

Надо, однако, помнить, что избавление от эрозии не устраняет факторов, предрасполагающих к ее развитию. Именно поэтому, а не потому, что лечение было проведено плохо, возможно повторное возникновение дефекта. Значит, женщины, у которых была эрозия, должны и после ее излечения находиться под наблюдением гинеколога.

Как видим, эрозия действительно и опасна и не опасна—все зависит от отношения женщины к своему здоровью.

Всегда ли заразен туберкулез? Об этом спрашивает читатель Ф. П. Шадрин (Иркутская область).

Отвечает фтизиатр, профессор Н. М. РУДОЙ.

Нет, не всегда. Опасна только открытая форма заболевания, когда больной выделяет с мокротой туберкулезные микобактерии. Чаще всего заражение происходит воздушно-капельным путем. Возможно оно и при вдыхании пыли, содержащей возбудителей туберкулеза, если больной не пользуется специальной плевательницей, плюет на пол, на землю. Микобактерии могут передаваться также через белье, одежду, посуду и другие вещи больного. Вот почему важно помнить, что соблюдение больным и его близкими необходимых санитарно-гигиенических правил, систематическое проведение дезинфекций и выполнение всех рекомендаций врача намного снижает, а то и вовсе устраняет опасность заражения окружающих.

Отличие туберкулеза от других инфекций в том, что проникновение микобактерий в организм далеко не всегда означает, что человек обязательно заболеет. Защитные системы организма справляются с микробами настолько успешно, что человек оказывается защищенным даже при повторном заражении. Однако многочисленные факторы, ослабляющие организм (различные заболевания, переутомление и другие), могут изменить соотношение сил в пользу микроба, и тогда развивается болезнь.

Опасен нераспознанный туберкулез: нередко он на первых порах ничем себя не проявляет. А поскольку человек не знает, что он болен, никаких мер для предупреждения заражения окружающих не принимает. Поэтому когда врач направляет пришедшего в поликлинику на флюорографическое обследование, отказываться не следует. С помощью этого метода можно выявить туберкулез, когда еще не выделяются микобактерии. А эффективность лечения на этой стадии заболевания намного выше.

Современная медицина располагает мощным арсеналом лекарственных средств, губительно действующих на возбудителя туберкулеза, повышающих сопротивляемость организма больного. Интенсивная терапия позволяет добиться стойкого излечения.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ В БРИКЕТАХ

1.

«Лекарственные растения теперь продают в брикетах. В чем их преимущества перед обычными высушенными травами?»



Лекарственные растения обычно поступают в аптеки высушенными, но немельченными; они часто крошатся, ломаются, превращаются в порошок.

Министерство медицинской промышленности освоило и широко внедряет новую, более прогрессивную форму выпуска лекарственных растений — в брикетах. Лекарственное сырье прессуется в форме плитки, разделенной на равные дольки. Одна долька брикета соответствует количеству лекарственного сырья, необходимого для получения определенной дозы настоя или отвара, что очень удобно для потребителя.

Брикеты готовятся без добавления каких-либо вспомогательных веществ, лекарственное сырье не подвергается ни тепловому, ни химическому воздействию, а значит, лечебные свойства трав полностью сохраняются.

На этикетке брикетов имеется указание о способе применения. Хранить брикеты надо в сухом месте.

Ассортимент круглых и плиточных брикетов пока невелик: лист сенны, лист крапивы, трава зверобоя, трава череды, корневища с корнями валерианы и некоторые другие. В последующие годы он, несомненно, будет расширен.

ОКРАСКА ВОЛОС

2.

«Вредно ли окрашивать волосы крепким раствором марганцовки? Чем и как лучше их красить?»

Концентрированный раствор марганцовокислого калия оказывает на кожу подсушивающее и прижигающее действие. Неоднократное использование этого раствора для ополаскивания волос, чтобы придать им определенный оттенок, может привести к чрезмерной сухости кожи головы, а также к сухости и ломкости волос.

Если вы решили изменить цвет или оттенок волос, пользуйтесь растительными красками — хной, басмой. Отвары ревеня, ромашки, шелухи репчатого лука, скорлупы грецких орехов, настой кофе также придают волосам различные оттенки — от золотисто-желтого до темно-коричневого. Эти краски и отвары не только абсолютно безвредны, но оказывают и лечебный эффект: укрепляют волосы, устраняют перхоть.

Светлые волосы приобретут соломенно-желтый оттенок с помощью отвара ревеня: 150



граммов ревеня кипятят в половине литра белого сухого вина в течение 30—40 минут. Затем волосы обильно смачивают отваром, покрывают вощеной бумагой и шерстяным платком на 30—60 минут,

после чего ополаскивают содовым раствором (2 чайные ложки питьевой соды на литр воды).

Ополаскивание волос настоем ромашки или луковичной шелухи придает им золотистый оттенок. Настой ромашки готовят так: 100 граммов сухой ромашки заваривают 0,5 литра кипятка и через 30—40 минут процеживают. А шелуху от 2—3 луковиц кипятят в 0,2—0,25 литра воды в течение 20—25 минут, затем отвар процеживают.

При окрашивании волос хной можно достичь различных оттенков — от рыжеватого до темно-коричневого. Чтобы цвет был более темным (темно-каштановым или черным), хну применяют в сочетании с басмой: равные части дадут каштановый цвет, одна часть хны и две басмы — более темный, почти черный цвет, а две части хны и одна часть басмы придадут волосам бронзовый оттенок.

Порошок хны или смесь хны и басмы заваривают горячей водой, а еще лучше натуральным кофе. Подробная инструкция пользования хной и басмой приведена на упаковке.

С помощью зеленой скорлупы грецких орехов можно окрасить волосы в каштановый цвет. Для этого свежую зеленую скорлупу измельчают или натирают на терке и добавляют воду до консистенции кашицы; ее наносят на волосы на 15—20 минут, затем смывают водой.

ГРЕЛКА

3.

«В холодную погоду я часто укладываю четырехлетнюю дочь в постель с грелкой. Не вредно ли это?»

Если в квартире холодно, укройте ребенка дополнительно легким одеялом. Если и этого недостаточно, наденьте девочке теплые носки. Применение грелки оправдано лишь в том случае, если ребенок болен, его знобит и врач назначает тепло к ногам. Укладывать же здорового ребенка спать с грелкой нецелесообразно.

И вот почему. Приспособление детского организма к изменению различных внешних условий — активный физиологический процесс. Способность поддерживать постоянство температуры те-



ла, несмотря на значительные атмосферные колебания, играет важную роль в сохранении постоянства внутренней среды организма. Систематическое согревание ног снижает устойчивость организма к воздействию холода, способствует его детренированности. А незакаленный ребенок быстрее переохлаждается и простуживается.

Не создавайте ребенку тепличных условий: закаляйте его, старайтесь приучить к перепадам температуры воздуха. Систематические, ежедневные закаливающие процедуры (воздушные ванны, а затем и водные процедуры — обливания, ножные ванны, душ), без сомнения, окажут благотворное воздействие на вашу дочь. О том, когда и как начинать закаливающие процедуры, посоветуйтесь с врачом.

ЗУБЫ БЕРЕМЕННОЙ

4.

«Можно ли удалять зубы на 7—8-м месяце беременности?»

Чаще всего причиной зубной боли бывает кариес, требующий своевременного лечения.

Больной зуб — хронический очаг инфекции. Из этого очага при охлаждении, нервных потрясениях, снижающих общую сопротивляемость организма инфекции, микробы могут поступить в кровь и проникнуть в различные органы и ткани. Возможно развитие даже таких тяжелых заболеваний, как ревматизм, нефрит, сепсис.

Между тем многие женщины убеждены в том, что лечение, а тем более удаление зуба может вредно отразиться на течении беременности и быть причиной преждевременных родов и выкидышей. И они предпочитают отложить визит к стоматологу. Такое промедление часто осложняет течение беременности, иногда отрицательно сказывается и в послеродовом периоде.

Видимо, боязливость женщин объясняется тем, что раньше врачи неохотно шли на удаление зуба во время беременности, особенно в поздние сроки, потому что это вмешательство вызывало сильное болевое ощущение и нервное напряжение. И не удивительно: и инструменты и методы обезболивания были несовершенны. В таких условиях, естественно, удаление зуба становилось мучительной операцией, которой нельзя было подвергнуть беременную без риска для ее здоровья.

В наши дни стоматологи располагают всей необходимой техникой и безвредными обезболивающими средствами, поэтому операция удаления зуба безопасна и безболезненна. Она не противопоказана во все периоды беременности. Перед удалением зуба будущей матери надо обязательно побывать у акушера.

5.

«Почему окулист в рецепте на очки указывает расстояние между центрами зрачков?»

Прежде чем ответить на этот вопрос, необходимо вспомнить, как работает наш глаз.

По своему устройству он напоминает фотографический аппарат. В нем также имеются светочувствительная пластинка—сетчатка и объектив—оптическая система.

Чтобы человек четко увидел тот или иной предмет, лучи света должны преломиться, пройдя через роговую оболочку, водянистую влагу, хрусталик и стекловидное тело (прозрачное студенистое вещество), и сойтись на сетчатке.

При близорукости лучи соединяются в фокусе, не дойдя до сетчатки, а при дальнозоркости—позади нее. И потому изображения предметов получаются нечеткими, расплывчатыми. Для исправления этих оптических дефектов врач и назначает очки.

На рецепте указывается не только сила оптических стекол, но и расстояние между центрами зрачков. Ему должно соответствовать расстояние между центрами стекол. Почему? Дело в том, что центр и боковые части стекол несколько отличаются по показателю преломления. Наибольшая величина преломления в центре стекла, по направлению к краю она постепенно уменьшается. И, таким образом, если центры зрачков и линз совпадают, взгляд проходит через очки в участке стекол с наибольшей величиной преломления. Поэтому важно правильно носить очки, следить, чтобы они не сползли с переносицы. Именно тогда взгляд про-



ходит через центральные части стекол.

В очках для дали расстояние между центрами стекол превышает расстояние между зрачками на 2 миллиметра, потому что, когда взгляд направлен вдаль, расстояние между зрачками несколько увеличивается.

При пользовании очками, расстояние между центрами стекол которых не совпадает с расстоянием между зрачками, появляются головная боль, быстрая утомляемость; предметы, особенно расположенные близко, расплываются перед глазами. Поэтому никогда не пользуйтесь чужими очками, даже если сила стекол соответствует вашим глазам. И не пытайтесь приспособиться к новым очкам, если они окажутся неудобными. Необходимо обратиться к врачу для их проверки.

Никогда не кладите очки стеклами вниз. Ведь при этом самые центральные части стекол могут поцарапаться. Пользоваться очками с сильно поцарапанными или потрескавшимися стеклами нельзя.

Почта одного дня ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ



6.

«Могу ли я взыскать с бывшего мужа, помимо полученных алиментов, какую-либо сумму на расходы, связанные с лечением нашего ребенка?»

Статья 73 Кодекса о браке и семье РСФСР и соответствующие статьи аналогичных кодексов других союзных республик предусматривают, что родители, уплачивающие алименты на содержание несовершеннолетних детей, могут быть привлечены к участию в дополнительных расходах, если они вызваны исключительными обстоятельствами, например, тяжелой болезнью или увечьем ребенка.

Размер этого участия определяется судом в зависимости от действительно понесенных или предполагаемых расходов и непременно с учетом материального и семейного положения обоих родителей.

Если заранее известно, что расходы потребуются только единовременные или на точно определенный срок, суд может установить конкретную сумму, подлежащую уплате, или ограничить сроком присуждаемые суммы. Если состояние ребенка и в дальнейшем потребует дополнительных расходов, этот вопрос вновь решается в судебном порядке.

«В каких случаях выдается больничный листок по уходу за больным ребенком длительностью до 10 календарных дней? Считается ли одинокой матерью женщина, которая вместе с мужем не проживает, хотя брак не расторгнут?»

Согласно постановлению Совета Министров СССР от 26 июля 1973 года № 530 «Об улучшении обеспечения пособиями по беременности и родам и по уходу за больным ребенком», одиноким матерям, вдовам и разведенным женщинам выдается больничный листок по уходу за больным ребенком, не достигшим 7-летнего возраста, на период, в течение которого он нуждается в уходе, но не более чем на 10 календарных дней. Если же ребенок старше 7 лет, больничный листок выдается на общих основаниях, то есть до 7 календарных дней.

Одинокими матерями считаются женщины, родившие ребенка, не будучи в зарегистрированном браке и не проживающие с отцом ребенка или другим мужчиной одной семьей. Раздельное проживание с супругом, если брак не расторгнут, не приравнивает женщину к одиноким матерям.

«Правда ли, что отменен бесплатный отпуск лекарств больным ревматизмом при лечении этого заболевания в домашних условиях?»

Нет, не правда. Приказом министра здравоохранения СССР от 18 сентября 1963 года № 443 предусмотрено, что больным ревматизмом для проведения амбулаторного противорецидивного лечения этого заболевания медикаменты выдаются бесплатно.

СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.

Провизор
Т. Н. СИДОРОВА—
П. С. Антипову,
Ярославль.

2.

Кандидат
медицинских наук
О. С. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ—
читательнице К.,
Брянск.

3.

Кандидат
медицинских наук
С. Э. ШЛЯХТИНА—
Н. В. Сидоровой,
Миасс, Челябинская область.

4.

Врач
Н. Г. СЕЗ—
читательнице Ч.,
Сухуми.

5.

Кандидат
медицинских наук
Г. М. РУДИНСКАЯ—
читательнице З.,
Томск.

6.

Юрист
Л. И. ЦАРЕВА—
читательнице С.,
Тула,
читательнице Б.,
Кемеровская область,
читательнице Ч.,
Куйбышев.



Врач разъясняет, предостерегает, рекомендует

С. Д. НОСОВ,
член-корреспондент
АМН СССР

Родители, соблюдайте сроки прививок

О том, что профилактические прививки — поистине неоценимое благо, общеизвестно. Но не все знают, что эффективность прививок очень во многом зависит от того, насколько точно соблюдаются сроки и последовательность их проведения, установленные Министерством здравоохранения СССР. Прививочный календарь строится с учетом закономерностей формирования иммунитета и особенностей детского организма. Определяя сроки прививок, ученые стремятся, чтобы они дали максимальный эффект. Каждая прививка намечается на тот возраст, когда ребенок особенно нуждается в защите от той или иной инфекции, а его организм уже в состоянии выработать ответную иммунную реакцию.

Особенно насыщен и уплотнен календарь прививок в первые два года жизни. Это и понятно: детей нужно как можно раньше оградить от грозящих им инфекционных болезней. На протяжении 24 месяцев малышу должны быть сделаны прививки от семи инфекций: туберкулеза (ее проводят в родильном доме), коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори и оспы. Причем вакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка проводится ассоциированной, то есть комплексной, вакциной АКДС, в три приема с определенными интервалами. Так же, в три приема, делают и прививку против полиомиелита. Кроме того, приходится проводить ревакцинации, то есть повторять прививки, поскольку прививочный иммунитет против большинства инфекций действует лишь некоторое время, а затем начинает угасать, и если его вовремя не подкрепить, полностью утрачивается. На втором году жизни ребенку предстоят 3—4 ревакцинации против полиомиелита.

Может быть, можно разгрузить календарь прививок, отказавшись хотя бы от некоторых из них? Иные родители, например, недоумевают: зачем делать прививки против оспы, если в нашей стране она давно ликвидирована? Да, у нас оспы нет. Но где гарантия, что эта инфекция не будет завезена к нам из некоторых стран Африки, где она еще не ликвидирована?

Нельзя отказаться и от иммунизации против дифтерии и полиомиелита, хотя случаи этих заболеваний сейчас в Советском Союзе единичны. Дело в том, что есть так называемые носители этих инфекций. Никаких клинических проявлений болезни у таких людей нет, но они могут стать источником заражения того, кто не защищен иммунитетом.

К сожалению, провести прививки в точном соответствии с календарем не всегда удается. Малыши обычно часто болеют, главным образом острыми респираторными инфекциями; многие переносят их по несколько раз в год. Во время болезни и в течение месяца после выздоровления прививки делать нельзя, так как они могут отрицательно сказаться на здоровье ребенка. Значит, на более поздние сроки отодвигаются и последующие вакцинации и ревакцинации.

Совместить или хотя бы сблизить прививки против разных инфекций тоже нельзя; между ними должны быть перерывы не менее двух месяцев. Допустимо сочетать только прививки против полиомиелита и введение вакцины АКДС.

Порой прививки откладываются из-за непростительной беспечности взрослых. Приведу типичный пример.

На первом году жизни Зиночка много болела, и трехразовую вакцинацию против коклюша, дифтерии и столбняка удалось завершить лишь к году. Поэтому прививку против кори, которую надо было сделать в 10—12 месяцев, пришлось отложить. Однако к тому времени у родителей подоспел отпуск, и ребенка отправили к бабушке в деревню. По возвращении оттуда девочка почти сразу же заболела острой респираторной инфекцией. Из-за этого прививку снова отложили. Прошло полтора месяца, и опять, несмотря на неоднократные напоминания участкового педиатра, родители не торопились сделать девочке прививку. Зимой Зиночка заразилась корью, болезнь протекала тяжело.

В тех случаях, когда установленные сроки прививок нарушаются, для каждого ребенка составляют индивидуальный календарь. Если возникает необ-

ходимость, его корректируют и в дальнейшем.

Родители должны знать, какие прививки и когда предстоят ребенку, не пропускать их сроки и являться с ребенком в поликлинику по первому вызову.

Прежде чем сделать прививку, врач внимательно осматривает ребенка, проверяет, не повышена ли у него температура: прививку делают только тогда, когда он не испытывает ни малейшего недомогания. Если ребенок незадолго перед этим перенес какое-либо заболевание или общался с инфекционным больным, непременно сообщите об этом врачу. Возможно, он сочтет целесообразным отложить вакцинацию.

Как правило, дети хорошо переносят прививки. Но может случиться, что повысится температура, ухудшится самочувствие, появится сыпь или расстройство кишечника. Если так произойдет, сразу же уведомите об этом участкового педиатра.

Если вы предполагаете разделить ребенка в ясли или детский сад, заранее предупредите врача поликлиники. В течение месяца перед поступлением в детское учреждение профилактические прививки делать нежелательно. Многие дети не совсем легко переносят так называемый адаптационный период — первые дни пребывания в яслях. А иммунитет вырабатывается лучше, когда ребенок спокоен, здоров, ничем не ослаблен. Заблаговременно поставьте в известность вашего участкового педиатра и о намечающемся переезде в другой город или на новую квартиру.

Мой врачебный опыт свидетельствует, что многие матери, к сожалению, не знают, получил ли ребенок все положенные прививки, не помнят, когда они сделаны. А знать это необходимо. Чтобы не восстанавливать столь важные сведения по памяти (на ее точность не всегда можно положиться), настоятельно советую завести специальную тетрадку и отмечать в ней, где, когда и против какой инфекции ребенку сделаны прививки.

Правильная иммунопрофилактика инфекционных болезней избавляет ребенка от многих бед и опасностей.

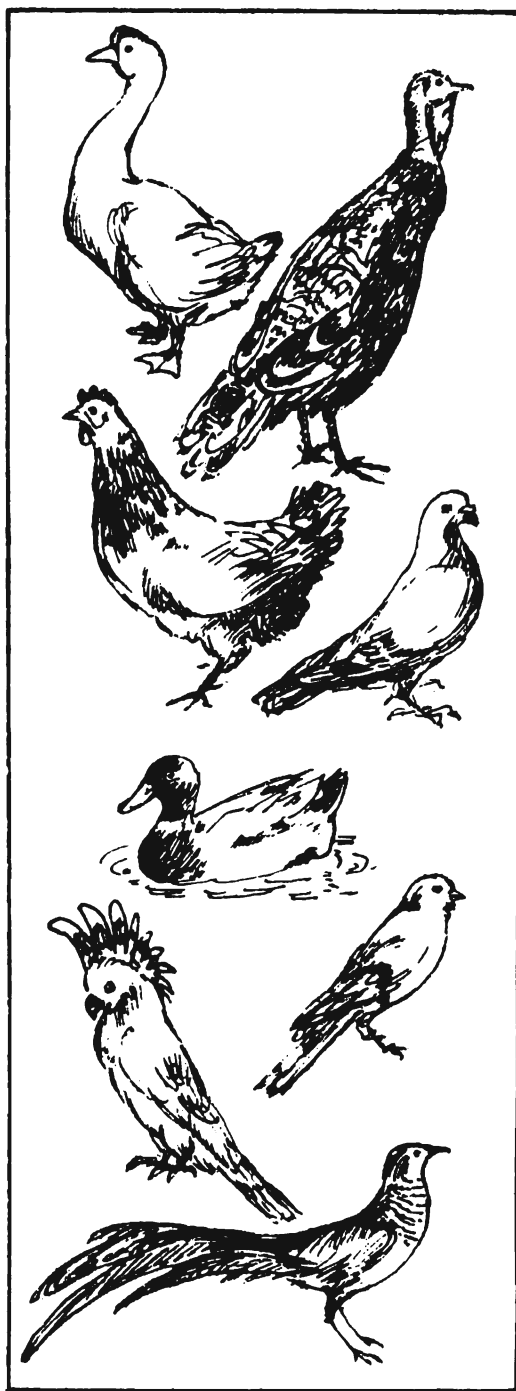


Рисунок О. САХАРОВОЙ

лезною и погибло. Хуже того, занемогли сами торговцы, члены их семей и даже те из них, что лишь любовались заморскими птицами. Возникло подозрение, что виновниками явились птицы из далекой Аргентины, и недуг окрестили пситтакозом — болезнью попугаев.

Тайну заболевания удалось раскрыть только через сорок лет, в 1930 году. Его возбудителем оказались микроорганизмы, которые можно наблюдать в обычный микроскоп. Немалый вклад в изучение особенностей пситтакоза внесли советские вирусологи во главе с профессором И. И. Терских. Своеобразие цикла развития возбудителей этого заболевания — так называемых хламидий — и их биологические особенности дали основание считать, что эти микроорганизмы отличаются от бактерий, риккетсий и типичных вирусов. И их надо рассматривать как самостоятельную группу организмов. Хламидии были найдены не только у попугаев, но и у многих домашних птиц, а также у голубей, буревишников, канареек. Было предложено назвать это заболевание более точно — орнитозом — птичьей болезнью. В дальнейшем И. И. Терских с сотрудниками окончательно установили, что пситтакоз является частным случаем орнитоза.

Теперь установлено, что носителями возбудителя орнитоза являются примерно 160 видов диких и домашних птиц; в нашей стране доказана зараженность 90 видов птиц.

Большая домашняя птица — утки, гуси, куры, фазаны,

нахохлившегося голубка и стала заботливо его выхаживать. Через некоторое время не только она, но и обе ее сестры, проживающие вместе с ней, тяжело заболели. Подозревали, что у них брюшной тиф. В инфекционной клинике, куда доставили всех троих, был установлен точный диагноз — орнитоз.

Прошлой весной в клинику привезли колхозниц из разных районов Киевской области. Женщины жаловались на ломоту в пояснице и ногах, высокую температуру. Сначала решили, что они больны гриппом, потом — воспалением легких. Исследование крови рассеяло сомнения — это был орнитоз. Выяснилось впоследствии, что каждая из этих женщин замечала: с ее домашней птицей творится что-то неладное.

Заражение человека орнитозом происходит главным образом воздушным путем, при вдыхании пыли, содержащей высохшие частички птичьих испражнений, слизи, пуха. Пыль эта разносится током воздуха. Вот почему можно заразиться, даже не будучи в непосредственном контакте с больной птицей. Во время чистки клеток, помещения и территории птичника, при потрошении птиц руки человека могут загрязняться их пометом, а с рук возбудитель орнитоза попадает на слизистые оболочки дыхательных путей или в глаза.

Как же предупредить заболевание? Прежде всего внимательно наблюдать за поведением пернатых. Если птицы стоят или сидят, забившись в угол, прикрыв глаза, если перья у них взъерошены, а дыхание затруднено, — это должно насторожить. Признаком орнитоза является также выделение слизи из носа, понос, плохой аппетит и похудание птиц.

Надо знать, что орнитозу более подвержены те пернатые, которых содержат в скученности, в грязи, в холоде, плохо кормят.

Как только возникло подозрение, что птица больна, надо изолировать ее от других. Если ветеринар подтверждает диагноз, ее забивают и тут же потрошат. В индивидуальном или небольшом коллективном хозяйстве рекомендуется забить и птиц, бывших в контакте с больными. Мясо после проваривания можно есть, но пух и перья сжечь обязательно.

При подозрении на орнитоз у птиц людям, ухаживающим за ними, необходимо надевать спецодежду, защитные очки и ват-

ПТИЧЬЯ БОЛЕЗНЬ

Б. Г. ЗАТУЛОВСКИЙ,
доктор биологических наук

Небольшой торговый корабль держал курс от Аргентины к берегам Европы. Его палуба была забита клетками с попугаями: торговцы везли этот непоседливый и пестрый товар во Францию, предвкушая хорошие барыши. Но в Париж удалось доставить меньше половины попугаев: в пути большинство птиц заболело какой-то таинственной бо-

индейки могут стать источником заболевания человека. Но для горожан наибольшую опасность представляют голуби. По данным различных исследователей, их зараженность орнитозом в Москве, Ленинграде, Одессе, Киеве составляет от 30 до 70 процентов.

...Пенсионерка В-на подобрала на одной из киевских улиц

но-марлевые маски. Необходимо особенно тщательно мыть руки 0,5-процентным раствором хлорамина. После забоя больных птиц помещение следует вычистить и продезинфицировать 5-процентным осветленным раствором хлорной извести или 10-процентным раствором лизола.

Птичники и территории, где находятся больные птицы, а также весь инвентарь и предметы ухода за ними надо дезинфицировать не реже раза в неделю. Хозяйство можно считать благополучным в отношении орнитоза лишь по истечении шести месяцев после последнего заболевания птиц и проведения заключительной дезинфекции.

Контакт домашних птиц с перелетными нужно по возможности пресекать: лучше всего содержать домашних птиц в засеченных вольерах, а на территории птицевладельцев не допускать гнездования диких птиц.

В целях предупреждения орнитоза комнатным и домашним птицам в течение семи дней дают медикаменты по рекомендации ветеринарного врача. Под его контролем добавление медикаментов в сухой корм проводят профилактически 3—4 раза в год в начале каждого сезона.

В последнее время во многих городах резко увеличилось количество беспризорных голубей. И даже самые преданные любители пернатых не станут отрицать, что это не на пользу ни самим птицам, ни людям. Голуби загрязняют тротуары, жилые дома, памятники архитектуры, зеленые насаждения, создают помехи автотранспорту. Они же служат причиной распространения орнитоза. Поэтому правильно сделали исполкомы некоторых городов, выделив для кормления птиц места, отдаленные от густонаселенных кварталов и памятников архитектуры.

И еще, думается, нелишне сказать вот о чем. Часто на площадях и скверах можно наблюдать, как ребятишки, поощряемые мамами и бабушками, «воркуют» с голубями, берут их на руки, целуют, кормят из своего рта. Взрослым, очевидно, невдомек, какая опасность может подстергать малышей.

Да и голубятникам не стоит заносить своих питомцев в квартиру и кормить их изо рта. Более того, во время уборки голубятни следовало бы закрывать нос и рот марлевой повязкой, а затем тщательно вымыть руки с мылом.

Любители пернатых должны помнить: птичья болезнь не безобидна для человека!

А. Н. ЛУК,
кандидат медицинских наук

УЛЫБКА ЛУЧШЕ ТАБЛЕТКИ...

Гнев, радость, зависть, страх, восторг... Многообразна палитра человеческих эмоций! Известно, что та или иная эмоция всегда сопровождается биохимическими сдвигами, изменениями в деятельности внутренних органов. У людей, переживающих сильное потрясение, обнаруживаются изменения химического состава крови, частоты дыхания и пульса, тонуса артерий и артериального давления. У испытывающего страх обычно расширяются зрачки, прекращается выделение слюны — «пересыхает во рту». Причем это не случайный набор разрозненных признаков, а увязанные между собой реакции организма.

Известный американский физиолог Кеннон в свое время обнаружил, что у ярости и страха немало одинаковых проявлений: учащаются сердечные сокращения, повышается артериальное давление и расширяются кровеносные сосуды, снабжающие кровью мышцы. В кровь выделяются гормоны — адреналин, а затем гидрокортизон; увеличивается концентрация в крови жирных кислот и глюкозы, повышается свертываемость крови. Иными словами, все ресурсы организма мобилизуются для предстоящего боя (в случае ярости) или бегства (в случае страха).

Но в наших повседневных отношениях борьба или бегство, как правило, исключаются, мы большей частью ведем себя «по-джентльменски». Поэтому физиологические реакции, подготавливающие организм к активной физической деятельности, оказываются неуместными. Более того: часто повторяясь и не находя разрядки, они приносят вред. Выражение «заболел от злости», к сожалению, не фигуральное, его подтверждает медицинская практика.

Ученые давно предполагали, что неприятные переживания способствуют заболеванию язвенной болезнью. Несколько десятков лет на-

зад американские врачи получили возможность наглядно убедиться в этом. Семилетний Том вместо воды случайно выпил раствор едкого натра. Произошел ожог, и как следствие этого — резкое сужение пищевода. Чтобы спасти мальчика от голодной смерти, хирурги сделали ему желудочный свищ (фистулу). Через нее вводили пищу, а заодно и наблюдали за состоянием слизистой оболочки желудка. Жестокий эксперимент, поставленный стечением обстоятельств, показал: когда Том был сердит и агрессивен, слизистая оболочка становилась ярко-красной, более ранимой и при удалении защитного слоя слизи на ней образовывались язвочки. Это наблюдение, как и множество других, еще раз подтвердило, что так называемые неотрагированные эмоции вредны.

Каков же отсюда вывод? Известно, что инстинктивная потребность разрядить чувства проявляется мышечным движением: один человек ходит взад и вперед по комнате, другой тербит и комкает что-нибудь в руках. Правда, надо сказать, наши современники стараются скрывать признаки волнения. В прошлом человек был куда непосредственнее в выражении своих чувств.

Вспоминается чешская комедия «Пекарь-император». Как только монарх разгневался, ему тотчас же подсовывают большой глиняный кувшин или вазу. «Помазанник божий» изо всех сил швыряет сосуд оземь и разбивает вдребезги, после чего быстро успокаивается. Стоит ему вновь прийти в ярость — и коронованному повелителю немедленно предоставляют посуду, чтобы разрядить гнев. Этот комедийный трюк исторически обоснован: в XV веке люди не стеснялись выражать свой гнев бурной двигательной активностью.

Нам, живущим в XX веке, не стоит бить посуду. Чтобы обуздать отрицательные эмоции, успокоиться, доста-



точно походить побольше пешком. Еще лучше поработать физически, а если имеется возможность, поплавать в бассейне, пробежать на лыжах с десяток километров.

Невропатологи и психиатры утверждают: спорт и физкультура нужны не только для наращивания мускулатуры, выносливости, силы. Физическая нагрузка — лучший способ разрядки неприятных эмоций и профилактики многих заболеваний. Вот что рассказывали мне любители футбола об известном футболисте (не буду называть его имя), почти двадцать лет назад защищавшем спортивную честь одного из популярных клубов столицы.

За всю долгую спортивную жизнь этот форвард не получил ни одного замечания от судей. Между тем ему самому сильно доставалось от грубости защитников. Неумолимый и техничный игрок, он постоянно угрожал воротам противника, и удары его всегда были опасны. Уступая ему в мастерстве, защитники нередко били его по ногам, валили наземь. Он же ни разу не поддавался искушению дать сдачи, не ответил резкостью на резкость. Конечно, такая игра соперников вызывала у него возмущение и злость. Но он умел переключать эти чувства «на мяч» и еще неудержимое рвался к воротам, еще яростнее шел вперед, еще настойчивее стремился забить гол. Способность такого переключения — результат воспитания и самовоспитания.

Противостоит отрицательным эмоциям также чувство юмора, умение обезоруживать собеседника шуткой, ироничной репликой.

Разумеется, отыскать смешное в неприятной ситуации, ежели она приключилась с кем-то посторонним, не составит особого труда. Проявить же чувство юмора, когда ты сам попал в такую ситуацию, гораздо труднее. Нужно обладать немалой силой духа. И, конечно, умение пошутить над самим собой — это высшее проявление чувства юмора. Оно по-

могает преодолевать невзгоды, зачастую становится источником душевной бодрости. Этому надо учить с детства. Воспитывая у ребенка жизнелюбие и оптимизм, умение подмечать забавное вокруг и реагировать на неприятность шуткой, родители тем самым сделают его закаленным и стойким перед любыми жизненными испытаниями.

А кто не знает, как велика роль юмора в конфликтных ситуациях! Вовремя сказанная шутка порой разряжает стеснившуюся атмосферу, позволяет конфликтующим сторонам постепенно успокоиться и найти компромисс, не испытывая ущемленности. Это, кстати, учитывал знаменитый путешественник Тур Хейердал при подборе экипажа плота «Кон-Тики», на котором шесть смельчаков пересекли Тихий океан: «Грозные тучи, низкое давление и ненастная погода будут представлять для нас меньшую опасность, чем угроза столкновения характеров шести человек, которым придется месяцами находиться на дрейфующем плоту. В этом случае хорошая шутка часто бывает столь же полезна, как спасательный пояс».

Если человек сам не в состоянии увидеть смешное в том, что вызвало у него досаду, мелкую зависть, раздражение, это еще не свидетельство, что он вообще не в состоянии оценить комизм положения. Достаточно, чтобы кто-то корректно помог ему заметить смешную сторону происшедшего.

На Руси всегда высоко ценились люди, умеющие не просто развеселить, а поднять дух, поддержать, ободрить. Кто не знает популярности Василия Теркина!

Метко заметил как-то Карел Чапек, кстати, большой юморист не только в своих книгах, но и в жизни: «Шутят скорее в затруднительном положении, попав в беду, чем на вершине счастья и успеха... Юмор — это всегда немножко защита от судьбы». Таково мнение писа-

теля. Теперь мне хочется привести суждения медиков.

«Из всех телесных движений, потрясающих тело и душу вместе, смех есть самое здоровое: он благоприятствует пищеварению, кровообращению, испарению и ободряет жизненную силу во всех органах», — писал в своем труде «Искусство продлить человеческую жизнь или макробиотика» знаменитый немецкий клиницист Х. Гүфеланд.

Широко известно высказывание Т. Сиденгема, «английского Гиппократа XVII века»: «Прибытие паяца в город значит для здоровья жителей гораздо больше, чем десятки мулов, нагруженных лекарствами».

Правда, с сегодняшней точки зрения здесь содержится некоторое преувеличение. Здравомыслящий человек не станет пренебрегать лекарствами, выписанными ему врачом. Если случилась беда, если человек потерял кого-либо из близких, применение мощных средств психофармакологической защиты — транквилизаторов поможет легче перенести потрясение. Но в отношении целебной силы смеха мы, врачи XX века, вполне согласны с Сиденгемом. Да, это мощный антистрессовый фактор, способствующий преодолению повышенных психических нагрузок. Исследования показывают, что сила стресса определяется не только самим неприятным событием, но и отношением человека к нему. Известно, что у людей угрюмых, тяжелых в общении, склонных видеть все в черном свете, даже мелкие будничные неприятности могут вызвать недомогания. Тот же, кто с юмором реагирует на повседневные «уколы», всегда остается в выигрыше.

Подведем некоторые итоги. Умение регулировать свою эмоциональную жизнь, умение переключать свои чувства, не быть «слепой игрушкой страстей» — гарантия не только ровного настроения, но и хорошего самочувствия.

Фото
В. МАСТЮКОВА
и В. САВОСТЬЯНОВА
(ТАСС)

В. К. ЗИКЕЕВА,
кандидат
медицинских наук

ВНИМАНИЕ,

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки—общее хроническое заболевание, характеризующееся сезонными обострениями. Чаще они возникают весной и осенью.

Если больной относится беспечно к своему здоровью, не соблюдает режима питания, труда и отдыха, злоупотребляет алкоголем, много курит, то язвенная болезнь может осложниться кровотечением и даже угрожающим жизни прободением язвы. Вот почему и при хорошем самочувствии весной и осенью профилактически необходимо проводить противоязвенное лечение и строго соблюдать не менее месяца диету. Особенно это важно в случае появления симптомов обострения: боли в области желудка, изжоги, тошноты.

Диета № 1—основная для страдающих язвенной болезнью. О ней и пойдет речь. Другие, более строгие диеты назначают обычно только на 7—12 дней в условиях стационара.

Диета № 1 обеспечивает покой изъязвленной слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки, щадит ее от механического и химического раздражения. Поэтому пища должна быть измельченная, сваренная на пару или в воде, ни в коем случае не жареная, не слишком холодная и не чрезмерно горячая, без острых приправ и экстрактивных веществ.

В то же время эта диета предусматривает питание, сбалансированное по составу пищевых веществ. Их количество такое же, как и в рационе здорового человека, а именно: 100 граммов белков, из них $\frac{2}{3}$ белков животного происхождения, содержащих незаменимые аминокислоты, до 100 граммов жиров, из них $\frac{1}{3}$ растительных, 400—450 граммов углеводов, минеральные соли и витамины. Диету составляют таким образом, чтобы общее количество пищи за день давало 3000—3200 килокалорий для восполнения энергетических затрат организма больного.

Есть надо каждые 3—4 часа, но небольшими порциями.

ПРИМЕРНЫЙ НАБОР ПРОДУКТОВ НА ДЕНЬ

Хлеба 400 граммов, молока 0,5 литра, сахара 50 граммов, творога 100—150 граммов, сливочного масла 20—25 граммов для приготовления блюд, растительного масла 25—30 граммов (его добавляют в овощные блюда, кефир), овощей 400—450 граммов, круп 120—130 граммов, яиц 2 штуки, мяса, рыбы (одно можно заменять другим) всего 200 граммов.

ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ ЗАПРЕЩАЮТСЯ

Черный хлеб, изделия из сдобного теста, пироги, копчености, консервы, колбасные изделия, пряности, маринады, соленые и жареные блюда, мясные, рыбные, грибные и крепкие овощные навары, жирные сорта мяса и рыбы, белокочанная капуста, редис, щавель, шпинат, репа, брюква, грибы, репчатый лук, крепкие кофе и какао, холодные и газированные напитки, мороженое, алкоголь.

ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ РАЗРЕШАЮТСЯ

Хлеб пшеничный из муки первого и второго сорта, черствый или подсушенный, сухари, бисквит, несдобное печенье, сахар, яйца, молоко, сыры неострые, сливки, свежая нежирная сметана, однодневные простокваша и кефир, творог кальцинированный (о способе его приготовления см. «Здоровье», 1976 год, № 4, стр. 16); мясо и птица нежирные (говядина, телятина, курица, кролик); рыба нежирная (треска, хек, щука, судак, окунь, сазан); сливочное масло, растительное масло (только рафинированное); картофель, морковь, свекла, тыква, кабачок, зеленый горошек, цветная капуста; крупы все, кроме пшена, вермишель или лапша; фрукты и ягоды сладкие, спелые, не обладающие вяжущими свойствами (только без кожицы).

ПРИМЕРНОЕ

ПОНЕДЕЛЬНИК

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

РЫБА ОТВАРНАЯ С БЕЛЫМ СОУСОМ (рыба—110, мука—5, молоко—50); КАША ГРЕЧНЕВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупка—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—3, вода—100); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

КИСЕЛЬ ИЗ ВИНОВАГРАДНОГО СОКА (сок—50, сахар—15, картофельная мука—10, вода—100).

ОБЕД

СУП МОЛОЧНЫЙ С ВЕРМИШЕЛЬЮ (молоко—200, вермишель—40, масло сливочное—5, сахар—5); КОТЛЕТЫ КУРИНЫЕ ПАРОВЫЕ (курица без костей и сухожилий—80, хлеб—15, молоко—25, масло—5); КАРТОФЕЛЬНО-МОРКОВНОЕ ПЮРЕ (картофель—130, морковь—60, масло растительное—5); МУСС ИЗ ЯБЛОК (яблоки—75, желатин—2, сахар—15, вода—100).

ПОЛДНИК

СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА, СЫР РОССИЙСКИЙ—35.

УЖИН

ТВОРОЖНЫЙ ПУДИНГ (творог—100, масло сливочное—3, мука—10, сахар—10, яйцо— $\frac{1}{2}$, молоко—30); КАША РИСОВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (рис—50, масло сливочное—5, молоко—100, сахар—5, вода—160); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

ВТОРНИК

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

ЯЙЦА ВСМЯТКУ (2 штуки); КАША МАННАЯ МОЛОЧНАЯ (крупка—50, масло сливочное—5, молоко—100, сахар—5); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

ПЕЧЕНОЕ ЯБЛОКО.

ОБЕД

СУП КАРТОФЕЛЬНЫЙ С ГЕРКУЛЕСОМ (картофель—180, геркулес—30, морковь—25, петрушка—7, масло сливочное—5); ТЕФТЕЛИ МЯСНЫЕ ПАРОВЫЕ (мясо—100, хлеб—15, масло сливочное—5); КАША ГРЕЧНЕВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупка—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—3, вода—100); ЖЕЛЕ ЛИМОННОЕ (лимон—45, желатин—3, сахар—15, вода—100).

ПОЛДНИК

СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА, ТВОРОГ КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ—100.

УЖИН

БИТОЧКИ РЫБНЫЕ ПАРОВЫЕ (треска—110, хлеб—25, яйцо— $\frac{1}{2}$); КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ (картофель—250, молоко—30, масло сливочное—5); КАША ОВСЯНАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупка—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—5, вода—85); ЧАЙ С МОЛОКОМ ИЛИ КИСЕЛЬ.

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

ВЕСНА!

МЕНЮ НА НЕДЕЛЮ

(количество продуктов приводится в граммах на одну порцию)

СРЕДА

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

ТВОРОГ ПРОТЕРТЫЙ С МОЛОКОМ (творог—100, молоко—50); КАША ГЕРКУЛЕСОВАЯ МОЛОЧНАЯ (геркулес—50, молоко—50, масло сливочное—5, вода—100, сахар—5); СТАКАН ЧАЯ С МОЛОКОМ.

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

СТАКАН МОЛОКА.

ОБЕД

СУП МОЛОЧНЫЙ РИСОВЫЙ ПРОТЕРТЫЙ (молоко—200, рис—35, сахар—5, масло сливочное—5); БИТОЧКИ МЯСНЫЕ ПАРОВЫЕ С КАРТОФЕЛЬНЫМ ПЮРЕ (мясо—80, хлеб—10, масло сливочное—10, картофель—250, молоко—30); КОМПОТ ИЗ СУШЕНЫХ ФРУКТОВ ПРОТЕРТЫЙ (сухофрукты—20, сахар—15, вода—180).

ПОЛДНИК

СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА С СУХАРИКАМИ.

УЖИН

ПУДИНГ ГРЕЧНЕВЫЙ ПРОТЕРТЫЙ С ТВОРОГОМ (крупа—70, молоко—50, творог—85, масло сливочное—10, сахар—10, сметана—5, вода—150); КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ (картофель—250, молоко—30, масло сливочное—5); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

ЧЕТВЕРГ

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

ОМЛЕТ ПАРОВОЙ (яйцо—2 штуки, молоко—80, масло сливочное—7); КАША ОВСЯНАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупа—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—5, вода—85); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

ТВОРОГ КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ—100, СТАКАН ЧАЯ.

ОБЕД

СУП-ПЮРЕ КАРТОФЕЛЬНЫЙ С ГРЕНКАМИ (картофель—200, морковь—20, мука пшеничная—5, масло сливочное—5, молоко—100, яйцо— $\frac{1}{2}$, гренки—15); РАГУ ИЗ ОТВАРНОГО МЯСА (мясо—80, масло сливочное—5, картофель—100, морковь—50, коренья—7, горошек зеленый консервированный—20, мука—5, сметана—15, овощной отвар—100, зелень—3); МУСС ИЗ ЯБЛОК (яблоки—75, желатин—2, сахар—15, вода—100).

ПОЛДНИК

ЧАЙ С СУХАРИКАМИ.

УЖИН

ЛАПШЕВНИК С ТВОРОГОМ ЗАПЕЧЕННЫЙ (лапша или вермишель—50, творог—100, сахар—10, масло—5, сметана—5); КАША ГРЕЧНЕВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупа—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—3, вода—100); ЧАЙ С МОЛОКОМ.

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

ПЯТНИЦА

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

СЫР ГОЛЛАНДСКИЙ—35; КАША МАННАЯ МОЛОЧНАЯ (крупа—50, масло сливочное—5, молоко—100, сахар—5); ЧАЙ С МОЛОКОМ (молоко—50).

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

ПЕЧЕНОЕ ЯБЛОКО, СТАКАН МОЛОКА.

ОБЕД

СУП-ЛАПША МОЛОЧНАЯ (молоко—200, лапша—40, масло сливочное—5, сахар—5); КУРИЦА ОТВАРНАЯ (курица без костей и сухожилий—80); КАША РИСОВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (рис—50, масло сливочное—5, вода—160, молоко—100, сахар—5); КОМПОТ ИЗ СУХИХ ФРУКТОВ ПРОТЕРТЫЙ (сухофрукты—20, сахар—15, вода—180).

ПОЛДНИК

СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА С НЕСДОБНЫМ ПЕЧЕНЬЕМ—50.

УЖИН

БИТОЧКИ РЫБНЫЕ ЗАПЕЧЕННЫЕ (треска—110, хлеб—25, яйцо— $\frac{1}{4}$); ПЮРЕ МОРКОВНОЕ (морковь—250, молоко—30, масло сливочное—5); ЧАЙ.

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

СУББОТА

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

ТВОРОЖНЫЙ ПУДИНГ (творог—100, масло сливочное—3, мука—10, сахар—10, яйцо— $\frac{1}{2}$, молоко—30); КАША РИСОВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (рис—50, масло сливочное—5, вода—160, молоко—100, сахар—5); ЧАЙ С МОЛОКОМ.

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

ЯБЛОКО ПЕЧЕНОЕ.

ОБЕД

СУП МАННЫЙ МОЛОЧНЫЙ (молоко—200, крупа—30, масло сливочное—5, сахар—5); РУЛЕТ КАРТОФЕЛЬНЫЙ С МЯСОМ ПАРОВОЙ (мясо—80, масло—5, сметана—10, картофель—150); ПЮРЕ ИЗ ЯБЛОК (яблоки—150, сахар—15).

ПОЛДНИК

СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА С БИСКВИТОМ.

УЖИН

РЫБА ОТВАРНАЯ С РАСТИТЕЛЬНЫМ МАСЛОМ (рыба—110, масло растительное—5); КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ (картофель—250, молоко—30, масло сливочное—5); ЧАЙ.

НА НОЧЬ
СТАКАН МОЛОКА.

ВОСКРЕСЕНЬЕ

ПЕРВЫЙ ЗАВТРАК

ТВОРОЖНЫЙ ПУДИНГ (творог—100, масло сливочное—3, мука—10, сахар—10, яйцо— $\frac{1}{2}$, молоко—30); КАША ГРЕЧНЕВАЯ МОЛОЧНАЯ ПРОТЕРТАЯ (крупа—50, молоко—100, масло сливочное—10, сахар—3, вода—100); ЧАЙ С МОЛОКОМ.

ВТОРОЙ ЗАВТРАК

КЕФИР С РАСТИТЕЛЬНЫМ МАСЛОМ (кефир—180, масло растительное—15, тщательно размешать).

ОБЕД

СУП-ПЮРЕ ИЗ КАБАЧКОВ ВЕГЕТАРИАНСКИЙ (кабачки—200, масло сливочное—10, мука—10, зелень—7, сметана—15, овощной отвар—300); ФРИКАДЕЛИ МЯСНЫЕ ПАРОВЫЕ В МОЛОЧНОМ СОУСЕ (мясо отварное—75, хлеб—15, молоко—50, мука—5, масло сливочное—5, вода—15); ЖЕЛЕ ИЗ ВИНОГРАДНОГО СОКА (сок—200, желатин—3, сахар—15).

ПОЛДНИК

ЯБЛОКО ПЕЧЕНОЕ, СТАКАН ОТВАРА ШИПОВНИКА.

УЖИН

КНЕЛИ РЫБНЫЕ (рыба—155, мука—5, молоко—40, масло сливочное—10); КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ (см. меню на субботу); ЧАЙ С МОЛОКОМ.

НА НОЧЬ
СТАКАН ПРОСТОКВАШИ ИЛИ МОЛОКА.

КНИГА ПРИРОДЫ



Е. ГАЙ

Я сказал соседу Феде:
— Воскресенье на носу.
Может, за город поедem?
Прогуляемся в лесу?
Ты подумай, плохо разве,
Чтобы грипп не подхватить,
По крутым холмам ползай,
По тропинкам походить,
Под весенним небосклоном
Подышать всю озоном?
Но ответил мне сосед:
— Не-ет,
Если б, скажем, на Кавказ...
Если б, скажем, скалолаз...
Чтобы кручи да вершины,
Чтобы льдины да лавины...
Красотища-то какая!
Представляешь, сверху прет,
По дороге все сметая,
С воем,
Ревом
Снег и лед!
Ты засыпан вполювину,
Но встаешь—и ничего!
Вот проверка для мужчины
Воли,
Мужества,
Всего!
Или, скажем, я желаю
Водрузить над миром шест.
В Гималаи!
В Гималаи!
На вершину Эверест!
...Я не помню, что еще
Данный Федя горячо
Проповедовал, мечтая,
В облаках орлом витая...
Да и сами мы порою
Не такие ли герои?
Но неважно, вы ли, я—
Если кто-нибудь, друзья,
Скажем, Игрек или Зет,
На любой простой совет
Рано встать, проветрить дом,
Прогуляться перед сном,
Посвятить часок пробежке
В снисходительной усмешке
Скажет, нос отворотив,
Что все это примитив,
Что уж лучше—кверху ноги,
По системе, словно йоги,
Или—выше, брат, держи!—
Сразу в прорубь, как моржи!
Что уж с первого апреля
Он возьмется за гантели,
Штангу, лыжи и каное
И за прочее иное,—
Значит, надо поглядеть,
Не из тех ли парень Федь?

Через каждые два часа в мире появляется новая почтовая марка. А всего, как утверждают статистики, почтовыми ведомствами различных государств выпущено более 250 тысяч видов почтовых знаков.

Кандидат медицинских наук москвич В. И. Карцев собирает марки на тему «Мы и природа». Его коллекция удостоилась наград на всесоюзном и международных филателистических конкурсах. Ей присуждены серебряные и бронзовые медали. На всемирной охотничьей выставке в 1971 году, где был представлен филателистический раздел, московский коллекционер получил Гран-при.

Коллекция В. И. Карцева обширна. В ней марки СССР, Кубы, США, Таиланда, Бирмы, Парагвая, африканских государств. Сотни миниатюр со всего света рассказывают об изменениях флоры и фауны Земли, об отношении человека к природе. На одной из марок изображено молодое деревце и рулон бумаги, а ниже подпись: «Один воскресный номер «Нью-Йорк Таймс» поглощает 77 га леса».

Любовно подобраны марки с изображением животных, которые стали редкими: краснозобая казарка, оставшаяся только на территории нашей страны, белый американский журавль, лошадь Пржевальского... Отдельный раздел посвящен заповедникам мира, где восстанавливаются исчезающие виды животных и птиц.

Более 10 лет В. И. Карцев собирает научно-познавательный материал по охране природы. Многочисленные вырезки содержат цифры, факты, дополняющие коллекцию ма-

рок. Вот лишь некоторые из них.

...Население Земли непрерывно растет: в 1950 году оно составило 2,5 миллиарда, к 1975 году—уже около 4 миллиардов, к 2000 году ожидается, что население Земли превысит 5,4 миллиарда человек. А размеры поверхности нашей планеты постоянны: 29 процентов—суша, 71 процент—вода.

...К 1975 году с лица Земли безвозвратно исчезло свыше 600 видов и подвидов зверей и птиц. Среди них—голубая антилопа с юга Африки—первое животное, полностью истребленное человеком на этом континенте еще в 1880 году. Печальная судьба постигла и белоголовое орлана. Широкое применение пестицидов поставило под угрозу существование этого вида пернатых.

...На грани исчезновения были зебры, или тигровые лошади, как их еще называют. В заповеднике Аскания-Нова на Украине эти животные успешно акклиматизировались и размножаются.

...Благодаря заботе государства в СССР сохранена краснозобая казарка, соболь, сайгак, лось. В Западной Европе лось почти повсеместно истреблен. А у нас он быстро расселяется, восстанавливает прежний ареал.

...В прошлом веке русский путешественник и ученый Н. М. Пржевальский открыл в Центральной Азии дику лошадь (ее называют теперь лошадию Пржевальского). К настоящему времени в питомниках и зоопарках мира насчитывается примерно 125 особей этого редкого вида. Создан даже специальный комитет при Международном союзе охраны природы и ее ре-

сурсов для изучения и охраны лошади Пржевальского.

Много у Владимира Ильича Карцева и карт, фотографий, рассказывающих обо всех уголках земного шара. И сам он страстный путешественник. Сотни цветных слайдов сделаны во время путешествий семьи Карцевых на байдарке. Жена В. И. Карцева—Нина Васильевна—врач-отоларинголог, сын Сергей учится в школе. И каждое лето они путешествуют втроем, любя красотами родной природы, собирая интересные «трофеи» для своего домашнего музея. Пройдено 13 маршрутов по Подмосковью, Уралу, Сибири, Казахстану.

Страсть к путешествиям родилась, когда супруги Карцевы окончили 2-й Московский медицинский институт имени Н. И. Пирогова и отправились работать в Салехард. Ездили на оленях по тундре, где 100 километров не расстояние. Свежий воздух, разнообразие впечатлений—все это, как считает Нина Васильевна, делает путешествия отличным видом отдыха, укрепляющим организм, повышающим его сопротивляемость болезням.

— У нас не бывает простуды. И сын отличается хорошим здоровьем, занимается спортивной борьбой,—говорит В. И. Карцев.

А чем хотел бы коллекционер пополнить свое собрание марок? Сейчас на очереди серия почтовых миниатюр о полезных насекомых.

Уберечь природу, сохранить ее для будущих поколений—к этому призывают марки, выпущенные почти во всех странах земного шара: «Берегите землю!», «Берегите воду!», «Берегите воздух!»

В МИНИАТЮРЕ

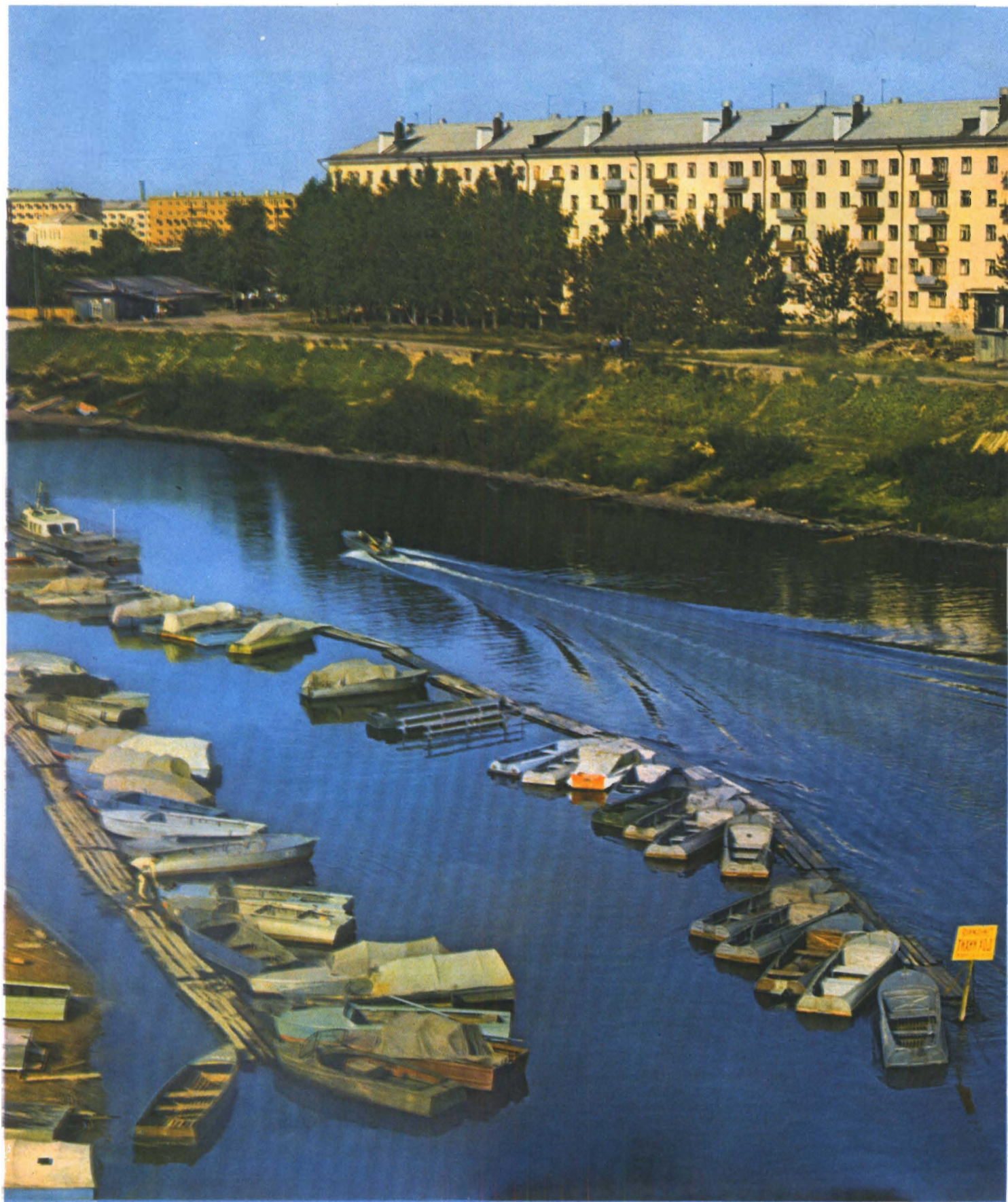
Из коллекции марок
В. И. Карцева.

Фото Вл. КУЗЬМИНА



Сколько таких любительских флотилий на реках, больших и малых! Чтобы с ветерком прокатиться по скользкой глади вод, мало одной ловкости — надо в совершенстве знать и точно соблюдать правила движения на воде.

Фото Г. ПЕТРЕНКО



В. А. ПАРХОМЕНКО,
вице-адмирал,
начальник главной навигационно-технической инспекции
по маломерному флоту при ЦС ОСВОДа РСФСР

РАЗМЕРЕННЫЙ шум двигателя сливается с плеском волн, бодрящий ветер несет в лицо мельчайшую водяную пыль, проплывают мимо берега...

Прогулки на гребных или парусных лодках, походы на катерах и моторных лодках — прекрасное средство активного отдыха. Одни только названия судов — «Ассоль», «Дельфин», «Нептун» — способны, пожалуй, пробудить тягу к этому романтическому виду путешествий.

Количество лодок и катеров, находящихся в личном пользовании, быстро увеличивается. В 1975 году, например, через розничную торговую сеть населению Российской Федерации было продано более 400 тысяч моторных и гребных судов. Сегодня число маломерных судов в РСФСР — изготовленных промышленностью и построенных самими гражданами — превышает два миллиона. Все большее число трудящихся в нашей стране проводит летние отпуска и выходные дни на маломерных судах. Год от года возрастает интенсивность движения на реках и озерах, в прибрежных районах морей. В этих условиях немаловажно обеспечить безопасность плавания маломерных судов и предотвратить возможность аварий.

Ежегодный техосмотр — своеобразный экзамен, на котором тщательно проверяются исправность судовых устройств, укомплектованность судна аварийными и спасательными средствами. Как показывает практика, техосмотр — важная мера предупреждения всевозможных ЧП из-за технических неисправностей. Больше того, статистика несчастных случаев свидетельствует: три четверти общего количества аварий приходится на долю тех владельцев судов, которые не предъявляют их на регистрацию и технический осмотр. Пренебрежение квалифицированной помощью и советом при техосмотре нередко оборачивается бедой.

Начало навигаций каждый год, как правило, сопровождается ростом ЧП. Утратив за осенне-зимний период навыки в управлении лодками и катерами, не пройдя необходимой стажировки, любители часто пускаются в рискованные путешествия. А при значительных скоростях современных маломерных судов неумелое управление ими, нерасчетливое маневрирование и невнимательность — угроза жизни и здоровью людей.

...На Волге владелец моторной лодки, нарушив правила, на судовом ходу ремонтировал вышедший из строя двигатель. В результате лодка попала под состав барж, толкаемый по реке, а ее хозяин утонул.

В Ленинградской области водитель, пренебрегая красным сигналом на семафорной мачте — «Плавание запрещено!», — вошел на катере в зону стоянки транспортных судов, столкнулся с одним из них и погиб.

В Магаданской области хозяин лодки в нарушение правил эксплуатации установил на ней два мотора «Вихрь». В итоге лодка наскочила на препятствие и перевернулась. Трое пассажиров поплатились жизнью.

И таких трагических примеров можно было бы привести немало. Перегрузка судна, нарушение технических правил эксплуатации двигателя, ошибки судоводителей составляют более 70 процентов причин аварий маломерных судов.

Нередко любители проявляют лихачество, излишне «смело» ведут себя на водоемах. Особенно опасен за рулем катера или мотолодки пьяный. По вине нетрезвых судоводителей происходило значительное число несчастных случаев — столкновений судов, наездов на купающихся и т. п.

Может обернуться несчастием и выход в плавание в прибрежные зоны морей при неблагоприятных метеорологических условиях. Кстати сказать, прием прогнозов и оповещение любителей об ожидаемых изменениях погоды не везде еще

организованы. На многих базах-стоянках, принадлежащих организациям и предприятиям, не установлен должный выпускной режим (получение разрешения на выход катера с базы), а в итоге — высокая аварийность. При чрезмерном удалении от береговой черты суда, по классу не соответствующие условиям плавания, часто терпят бедствия.

«Азбука» плавания по внутренним судоходным путям не проста, она требует разнообразных знаний и навыков. Владелец катера или судовладелец должен в совершенстве знать устройство судна, особенности управления и маневрирования

НА СЕМАФОРНОЙ МАЧТЕ- КРАСНЫЙ!

им, основы навигации, а также связь, сигнализацию и положение об отличительных огнях.

Необученный судовладелец порой не может быстро разобраться в курсе следования встречного судна и избежать столкновения с ним. Свободно ориентируясь в расположении сигналов на береговых семафорных мачтах, в плавучих навигационных знаках, в сигналах судов, судоводитель не допустит аварии.

Обеспечение безопасности плавания маломерных судов — сложная комплексная задача. В ее решении участвуют государственные и общественные организации — владельцы баз-стоянок маломерного флота, навигационно-технические инспекции ОСВОДа, добровольные народные дружины. Здесь нет мелочей, не заслуживающих внимания. К примеру, не может не вызвать тревоги тот факт, что в торговую сеть некоторых областей порой поступают суда, не соответствующие по своим эксплуатационным качествам условиям плавания в этих широтах. Профилактический ремонт значительной части маломерных судов осуществляется без необходимой ремонтной базы, при нехватке многих запасных частей. Кстати сказать, ремонт судов на берегах водоемов, их заправка топливом без соблюдения специальных условий, к сожалению, часто ведут к загрязнению берегов и вод. Очень мало еще и оборудованных баз-стоянок для маломерных судов.

Но главной фигурой в обеспечении безопасного плавания, конечно, остается судоводитель, от знаний и навыков которого зависит безаварийная обстановка на водоемах.

СУДОВОДИТЕЛИ-ЛЮБИТЕЛИ! НЕ ЗАБЫВАЙТЕ

— предъявлять ваши суда на регистрацию и ежегодный техосмотр;

— строго соблюдать правила плавания на внутренних судоходных путях, нормы и правила эксплуатации судов и судовых устройств;

— совершенствовать навыки управления судами, систематически повышать знания, необходимые для безопасного плавания; постоянно следить за обстановкой и сигналами на водоемах.

А. В. ГРИГОРЯН,
профессор

С. В. ЛОХВИЦКИЙ,
доктор медицинских наук

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ

ЛЕГКОЕ, его долю или часть его — сегмент удаляют в тех случаях, когда они настолько болезненно изменены, что уже не участвуют в функции дыхания. Оставить пораженную легочную ткань нельзя, она отравляет организм продуктами распада, а зачастую микробами и их токсинами. Но поскольку изменения в легких чаще всего развиваются постепенно, организм больного в определенной степени приспосабливается к ним. И до операции живет, по существу, за счет здоровой, функционирующей части легких.

А сразу же после хирургического вмешательства снабжение организма кислородом ухудшается, усиливается одышка, слабость, может появиться головная боль, участиться сердцебиение. Этого пугаться не следует: комплекс терапевтических мер и лечебная физкультура помогут преодолеть кислородную недостаточность.

Пациент должен знать, что оставшиеся части или часть легких (правое легкое состоит из трех, а левое из двух долей) постепенно увеличиваются в объеме, все более заполняя свободное пространство, образовавшееся в грудной клетке. Усиленно работая после операции, здоровая часть легких все лучше снабжает организм кислородом. Расширяясь, легочная ткань в той или иной мере смещает влево или вправо сердце и крупные кровеносные сосуды, а в редких случаях пищевод и желудок. «Пустое пространство» уменьшается еще и за

В. А. СИЛУЯНОВА,
профессор

Укрепить ослабленный после операции организм поможет комплекс физических упражнений, который мы хотим предложить. Во время выполнения упражнений, если у вас есть большое зеркало, подойдите к нему, обратите внимание на осанку: спина в исходных положениях

Движения производите в спокойном темпе, помня о необходимости ритмичного вдоха и выдоха. Чтобы не утомляться, периодически между отдельными упражнениями делайте паузы для отдыха. Путем регулярной тренировки и главное — правильного дыхания удастся увеличить вентиляцию легких, и тогда кровь лучше насыщается кислородом, уменьшается одышка, она все реже возникает при выполнении физической нагрузки, улучшаются также аппетит и сон.

Заниматься лучше в течение 25 минут два раза в день — утром натощак и за два часа до сна.

Каждое упражнение поначалу повторяют 2—3 раза, а по мере привыкания к нагрузке — 3—4. Вдыхайте через нос, выдыхайте через рот (губы сложите трубочкой, это удлиняет выдох).

Больным, которые после выписки чувствуют слабость при выполнении ранее привычной домашней работы, следует выбрать из комплекса только те упражнения, которые делают лежа на спине (№№ 1—5) и на левом и правом боку (№ 6). Особенно это рекомендуется людям пожилым.

Через 2—3 недели можно делать упражнения в положениях лежа (№№ 1—6) и сидя на стуле (№№ 7—8). Это способствует дальнейшему улучшению вентиляции нижних отделов легких, увеличению подвижности диафрагмы.

Кроме того, если позволит врач, включите в комплекс упражнения с отягощением. Сшейте мешочек длиной в 45—50 сантиметров, шириной в 20—25. Насыпьте в него 1,5—2 килограмма песка. С ним делайте упражнения №№ 5, 6.

Можно ли увеличить нагрузку, подскажет лечащий врач. Делают это постепенно, по мере все большей тренированности и улучшения самочувствия. Нагрузку увеличивают либо за счет большего числа повторений упражнений (до 5—6 раз), либо занимаясь с гантелями, гимнастической палкой, набивными мячами весом до 2—3 килограммов. С гантелями выполняют упражнения №№ 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11. Упражнения №№ 9, 10 и 11 можно делать один день с палкой, а другой — с набивным мячом.

Если физические нагрузки хорошо переносятся, допол-

Физические упражнения

сидя и стоя должна быть возможно больше выпрямлена.

С помощью упражнений удастся устранить или уменьшить западание грудной клетки, укрепить межреберные мышцы и увеличить силу дыхательных мышц.

Физические упражнения тренируют сердце и сосуды, развивают мышцы, в первую очередь рук, плечевого пояса, спины и живота. Следует обратить внимание и на тренировку мышц ног, ослабевших от постельного режима.

счет выпадения из плазмы крови ее белкового вещества фибрина, который откладывается на стенках грудной клетки. В дальнейшем он прорастает соединительной тканью. И тем не менее чем радикальнее операция, тем более заметно, что грудная клетка на оперированной стороне несколько западает.

Новые анатомические соотношения окончательно формируются через 1—3 месяца после удаления доли или сегмента и через 6—10 месяцев после удаления целого легкого.

Процесс же функциональной перестройки—приспособления к работе в новых условиях сердца, сосудов, системы органов дыхания, пищеварения—продолжается год-два после операции.

Существенный стимул развития компенсаторных возможностей—специальная лечебная гимнастика.

После выписки домой в течение двух-трех месяцев целесообразно регулярно 3—5 раз в день повторять комплекс упражнений, который пациент выполнял в больнице перед выпиской. Это особенно важно для тренировки не только легких, но и центров коры головного мозга, регулирующих деятельность системы органов дыхания и кровообращения. Учтите, если не делать упражнения с первых дней после выписки, то и интенсивные занятия, начатые с запозданием, не окажут должного действия, будут менее эффективны.

Какая физическая нагрузка посильна больному после выписки из стационара? Это зависит от возраста, общего состояния и вида оперативного вмешательства. Если удален сегмент легкого, человек почти с первых же дней может выполнять работы по дому, ходить по лестнице. После глубокого вдоха, на медленном выдохе надо подняться на две ступеньки, остановиться, постоять, сделать глубокий вдох и опять начать дрóбное восхождение. Выберите такой темп, чтобы на 5-й этаж, например, подняться за 20, а то и за 30 минут.

Тренироваться в ходьбе можно поначалу по часу-полтора, с 5—10-минутными паузами для отдыха. Если ходьба утомляет, усталость хорошо снимут дыхательные упражнения в положении сидя.

Тем, у кого удалена доля легкого, выполнению такой же нагрузки должны предшествовать двух-трехнедельные тренировки—занятия лечебной физкультурой по комплексу, который мы сегодня публикуем. В случае удаления всего легкого срок предварительной тренировки значительно удлинится.

Физический труд, несомненно, способствует развитию компенсаторных процессов, однако сильные перегрузки вредны не только в первые месяцы, но и в первые 1—2 года после операции: они приводят к срыву компенсации.

Надо уделить внимание и питанию. Оно должно быть регулярным и разнообразным. Рекомендуются мясо,



1

ните комплекс упражнений №№ 12—15.

ЛЕЖА НА СПИНЕ



1

1. Развести руки в стороны—глубокий вдох. Выдыхая через губы, сложенные трубкой, подтянуть к груди согнутую ногу. То же другой ногой.



2

2. Глубокий вдох. Медленно выдыхая, максимально раздвинуть пальцы, сдавить кистями рук нижние отделы грудной клетки.



3

3. Глубокий вдох. Выдыхая, с усилием произвести пружинящий наклон туловища вправо. То же влево. Наклон усиливают поднятой вверх рукой (не сгибая ее!).



5

4. Глубокий вдох. Выдыхая, наклонить туловище вперед, руками стремиться коснуться пальцев ног.



6

5. Мешок с песком положить на нижний край грудной клетки и верхний край живота. Вдыхая, напрячь мышцы брюшного пресса и поднять мешок как можно выше. Выдыхая, опустить его по



6



6



7

возможности ниже. Можно усилить это движение с помощью рук.

ЛЕЖА НА БОКУ



8

6. Мешок с песком положить на боковую поверхность грудной клетки, поднять руку вверх—вдох, выдыхая, надавить рукой на мешок.

СИДЯ НА СТУЛЕ



9

7. Кисти рук на плечах, локти опущены. Глубокий вдох. Во время выдоха круговые движения рук в плечевых суставах. То же в другую сторону.



10

8. Кисти рук перед грудью, локти приподняты до уровня плеч—вдох. Выдыхая, отводить руки в стороны до соприкосновения лопаток.



11

9. Взяться руками за концы палки, поднять ее над головой—вдох. Выдыхая, с усилием сделать два пружинящих наклона вправо. Принять исходное положение (вдох) и сделать то же влево.



рыба, молочные продукты, овощи, фрукты. Ограничивать приходится только острые блюда и ни в коем случае не перегружать желудок, не переедать. Переполненный желудок поднимает диафрагму, уменьшает ее подвижность, тем самым затрудняя работу легких и сердца. То же самое происходит при излишней полноте, и наши больные сами это зачастую отмечают.

Мы упоминаем об этом не случайно. В первый год после операции, когда физические нагрузки ограничены, возрастает склонность к увеличению веса. И его необходимо регулировать диетой, уменьшая в ней количество углеводов, принимать пищу дробными порциями 5—6 раз в день.

В связи с изменением положения пищевода и желудка, о котором мы уже говорили, может возникать, хотя и редко, затруднение глотания, отрыжка воздухом, тупая боль и чувство тяжести в подложечной области. Устранить эти нежелательные явления помогает диета, соблюдение рекомендованного режима питания.

Человек, перенесший операцию на легких, должен избегать переохлаждения, контакта с больными гриппом и другими инфекционными заболеваниями.

Острый бронхит и тем более воспаление легких могут нарушить компенсацию; кроме того, не исключена возможность перехода этих заболеваний в хроническую форму. Не занимайтесь поэтому самолечением, а

при первых признаках недомогания обращайтесь к врачу.

У некоторых людей, особенно пожилых, после удаления легкого остается одышка, нередко вызываемая спазмом бронхов, даже при небольших физических нагрузках. Тогда больным необходимо еще более снизить нагрузку и по назначению врача принимать препараты, расширяющие бронхи.

Советуем приобрести карманный ингалятор. Даже если больному назначены ингаляции в поликлинике, второй и третий раз в день он сможет делать их дома. Каким лекарственным средством пользоваться, может решить лишь лечащий врач.

И конечно, надо категорически отказаться от курения. Табачный дым раздражает слизистую оболочку бронхов, увеличивая риск развития заболевания оперированного легкого.

Недопустимо после операции на легких злоупотребление спиртными напитками. Алкоголь, кроме всего прочего, создает ложное ощущение тепла, и человек может легко переохладиться. А это чревато серьезными последствиями и фактически сводит на нет результаты операции.

Фото Вл. КУЗЬМИНА

СТОЯ



12

10. Ноги на ширине плеч, руки с палкой над головой—вдох. Медленно выдыхая (не забудьте губы сложить трубочкой!), наклониться вперед, стараясь коснуться палкой стоп.



13

11. Палка на вытянутых руках перед грудью—вдох. Медленно выдыхая и подняв палку над головой, вращать туловище вправо, назад, влево до исходного положения. После вдоха то же в другую сторону.



14

12. Одна рука опирается на спинку стула—глубокий вдох. Медленно выдыхая, сделать два-три маха ногой. Поменяв положение, то же другой ногой.



15

13. Опереться рукой о стену. После глубокого вдоха, медленно выдыхая и согнув ногу в колене, произвести 2—3 круговых движения в тазобедренном суставе. Сначала это делают в одну сторону, затем после вдоха—в другую (выполняя упражнения, не сгибайте спину!).

14. Ноги на ширине плеч, руки на поясе—вдох. На выдохе голо-

ву наклонить вперед, назад, повернуть вправо, затем влево. Вдох. На выдохе круговые движения головой по два раза вправо и влево.

15. Ходьба. После глубокого вдоха, выдыхая в течение двух-трех шагов, усилить выдох энергичными маховыми движениями рук то в одну, то в другую сторону (когда впереди левая нога—мах руками влево, правая—вправо).

Часть рекомендуемых упражнений при хорошей теплой погоде желательно проводить на свежем воздухе.

Другие физические упражнения можно вводить в комплекс с разрешения лечащего врача.

Эффективность гимнастики значительно усиливают закаливающие процедуры. Проводите их осторожно. Вначале обтирание делайте водой чуть теплее комнатной температуры (28—25 градусов) и в такой последовательности: сначала ноги, потом грудь и спину, затем руки. И тут же насухо вытирайте и растирайте маховым полотенцем до покраснения кожи.

Если процедура переносится

хорошо, исчезает зябкость, «гусиная кожа», можно переходить к обтиранию всего тела. Температуру воды постепенно снижайте до комнатной. При хорошей переносимости переходите к приему душа. Температура воды вначале 34 градуса; постепенно снижая ее, доведите за 2—3 недели до 25—20 градусов. Вначале принимайте душ 15—20 секунд, со временем—2—3 минуты. Вечером душ принимайте не позднее чем за два часа до сна.

Через 2—5 месяцев после выписки по разрешению врача можно начинать дальние прогулки, в лес, например, на 2—5 километров, непродолжительную греблю, катание на коньках, медленную ходьбу на лыжах с остановками для отдыха. Но физические нагрузки не должны резко усиливать сердцебиение, вызывать одышку, переутомление.

Проконтролируйте себя: считайте пульс до нагрузки и после нее. Если пульс учащается не более чем на 20 ударов в минуту, а через 4—5 минут возвращается к исходному, то, значит, физическая нагрузка соответствует функциональным возможностям вашего организма.

В. А. ОЛЕНЕВА,
доктор
медицинских наук

М. Я. БРЕНЦ,
кандидат
технических наук

КОМПАКТНО УПАКОВАННАЯ ЭНЕРГИЯ

В последнее время на страницах массовой печати все чаще появляются выступления, затрагивающие разные аспекты актуальной и важной проблемы рационального питания. Читателей интересует, какие жиры полезнее, сколько жиров можно есть в день, все ли жиры пригодны для жарения.

Мы попытаемся внести ясность в эти и некоторые другие вопросы, касающиеся одного из важнейших пищевых веществ.

ЧТО ТАКОЕ ЖИРЫ?

Сливочное, растительное масло, баранье сало, лярд, маргарин—все это жиры. Химическая природа их одинакова—эфирные жиры кислот и глицерина. И тем не менее они отличаются друг от друга консистенцией, вкусом, питательной ценностью, что обусловлено характером жирных кислот. Они делятся на две группы: так называемые насыщенные, в молекуле которых все атомы углерода прочно соединены между собой, и ненасыщенные—в их молекуле стоящие рядом атомы углерода имеют нестойкую, легко разрывающуюся двойную связь.

Насыщенные жирные кислоты—масляная, пальмитиновая, стеариновая и другие—входят главным образом в сливочное масло, сало, лярд и другие твердые животные жиры. Ненасыщенные кислоты—олеиновая, линолевая, линоленовая, арахидоновая и многие другие—в большом количестве входят в состав растительных масел.

Благодаря прочной связи между атомами углерода ненасыщенные жирные кислоты легко вступают в химические реакции. При разрыве двойной связи к каждой освободившейся связи атома углерода может быть присоединен атом водорода. Этот процесс называется гидрогенизацией (от греческого названия водорода—«гидрогениум») и используется в промышленности для превращения жидких жиров в твердые. Так получают различные сорта маргарина. В них хорошо сочетаются отвержденные растительные масла с натуральными растительными.

СКОЛЬКО ЖИРОВ НАДО ЧЕЛОВЕКУ?

Калорийность твердых и жидких жиров примерно одинакова, но в сравнении с углеводами и белками она наиболее высокая. Калорийность 25 граммов жира соответствует калорийности 175 граммов мяса, 320 граммов цельного молока, 100 граммов хлеба, 225 граммов картофеля... Недаром жиры называют компактно упакованными концентратами энергии.

Для восполнения энергетических затрат организма и построения его многих клеточных структур в дневной рацион непременно должно входить определенное количество ра-

стительных и животных жиров. Сколько же именно?

Специалисты в области питания считают, что взрослому здоровому человеку необходимо 80—100 граммов жиров в день. Эта норма включает не только сливочное и растительное масло, но и жир мяса, рыбы, сыра, молока, кондитерских изделий. На растительное масло должна приходиться третья часть рекомендованной нормы, то есть около 30 граммов.

Здоровым молодым людям нет нужды ограничивать в рационе свинину, жирную говядину, баранину, сало. А надо ли резко сокращать употребление жиров тем, кто склонен к полноте? На этот вопрос мы, специалисты, отвечаем так: не следует уменьшать рекомендованное количество жиров, надо только изменить соотношение между животными и растительными жирами в пользу последних.

Объясним почему. Если вы начнете резко ограничивать себя в жирах, это может снизить усвояемость жирорастворимых витаминов (А, D, E, K), уменьшить выработку стероидных гормонов в надпочечниках. И то и другое нежелательно. Кроме того, обезжиренная пища недолго задерживается в желудке, в результате рефлекторно возбуждается пищевой центр и наступает чувство голода. А повышенный аппетит, как известно, один из основных виновников нашей полноты.

Рекомендация увеличить в рационе долю растительного масла за счет животного основана на следующих данных. Ненасыщенные жирные кислоты, составляющие основу жидкого растительного масла, тормозят синтез жира в организме. Кроме того, они способствуют понижению содержания холестерина в крови, мешают его отложению в кровеносных сосудах. Вот почему и полностью здоровым и страдающим атеросклерозом долю растительного масла надо увеличить в рационе с 30 граммов до 40—45.

НА КАКОМ ЖИРЕ ЛУЧШЕ ЖАРИТЬ?

Готовить жареные блюда нет смысла на растительном масле, так как ненасыщенные жирные кислоты, содержащиеся в нем, при высокой температуре жарения легко поддаются окислению и становятся беспо-

лезными. Если же растительное масло использовать для приготовления пончиков, пирожков, хвороста, хрустящего картофеля, то к нему надо добавлять столько же топленых животных жиров: говяжьего сала, топленого масла, кулинарных жиров. Лучшее растительное масло употреблять в натуральном виде: заправлять салаты, добавлять в овощные блюда, соусы. Жарить лучше на животных жирах—сливочном, топленом масле, сале, а также на специально предназначенных для этого кулинарных жирах—«Украинском», «Белорусском» и других. В их состав входит отвержденное растительное масло, богатое насыщенными жирными кислотами, более стойкими к нагреванию.

На каком бы масле ни жарилась хозяйка, она должна помнить главное—при многократном нагревании, остывании, отстаивании в жире могут постепенно накапливаться вредные для организма вещества. Поэтому несколько раз жарить на одной и той же порции масла не рекомендуется.

Нерафинированное растительное (подсолнечное) масло—незаменимый компонент дрожжевого теста. Содержащиеся в этом масле фосфатиды улучшают структуру теста, придают «воздушность» выпеченным изделиям (рафинированное масло фосфатидов не содержит—оно теряет их в процессе очистки). Если нет под рукой растительного масла, замените его маргарином. Входящие в состав маргарина вещества—эмульгаторы—тоже делают тесто пышным.

Срок и условия хранения различных жиров неодинаковы. Растительное масло в закрытой посуде в темном прохладном месте можно держать до двух месяцев. Топленые животные жиры не испортятся в течение такого же времени, но при условии, что они убраны в холодильник. Гораздо короче срок годности сливочного масла и маргарина, так как они содержат воду, а она, как известно, хорошая среда для развития микроорганизмов. Поэтому маргарин следует хранить при температуре не выше 10 градусов тепла и не более 15 дней, сливочное масло—не более 10 дней и обязательно в холодильнике.

И еще одно важное напоминание. Не держите жиры рядом с сильно пахнущими продуктами, так как они легко впитывают посторонние запахи.





КАК ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН

Пигментные пятна, или хлоазмы, чаще бывают у женщин во время беременности, после родов, при некоторых гинекологических заболеваниях. Располагаются они обычно на лице, реже на шее; их цвет — от светло-желтого до темно-коричневого. Эти пятна могут появиться и у страдающих болезнями печени, у людей нервных, ослабленных, недостаточно употребляющих в пищу витамин С. Бывают они следствием солнечных и химических ожогов, травматических поражений кожи.

Ослабить пигментацию можно с помощью специальных отбеливающих кремов — «Мелан», «Ахромин», «Молочай». Крем наносят тонким слоем на предварительно вымытое или очищенное лосьоном лицо. Через один-два часа остатки крема

снимают влажным тампоном и кожу припудривают.

Следует знать, что под действием солнца у некоторых людей отбеливающие кремы вызывают раздражение кожи и могут даже усилить пигментацию. Поэтому в солнечный день непосредственно перед выходом на улицу ими лучше не пользоваться.

Можно и самим приготовить отбеливающее средство. Для этого смешивают по столовой ложке лимонного сока и столового уксуса и добавляют две чайные ложки кипяченой воды. Такой смесью ежедневно протирают лицо. Если кожа сухая, в смесь добавляют чайную ложку растительного масла. Хорошо также протирать кожу кусочком лимона, огурца, кефиром, кислым молоком, а после

умыться или протереть лицо лосьоном и припудрить.

Полностью удалить пигментные пятна удается не всегда, но систематическое применение отбеливающих средств в течение полутора-двух месяцев, как правило, дает заметный эффект.

И последнее. Поскольку интенсивность пигментации усиливается под воздействием солнечных лучей, весной и летом защищайте кожу специальными кремами — «Щит», «Луч», «Крем от загара» и пудрой темных тонов — «Южная», «Курортная», «Рашель». Носите шляпу с широкими полями или пользуйтесь зонтиком.

О. С. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ,
кандидат
медицинских наук



КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ МЕТЕОРИЗМ

В норме в желудке и кишечнике содержится небольшое количество (в среднем 900 кубических сантиметров) воздуха и газов, которые необходимы для поддержания тонуса и перистальтики кишок. Кишечные газы образуются за счет заглатываемого воздуха и газа, выделяющегося, в частности, при обработке пищевых продуктов соляной кислотой в желудке, ферментами в кишечнике. В образовании газов в процессе обработки пищи большую роль играет кишечная микрофлора.

Иногда из-за нарушения переваривания и всасывания пищевых веществ и газов через стенку кишок, изменения нормального состава микрофлоры происходит образование большого количества газов в кишечнике — метеоризм (от греческого *meteorismos* — вздутие). Он часто сопутствует различным заболеваниям, таким, как гастрит, колит, энтерит, гепатит,

холецистит. Поэтому при упорных вздутиях кишечника надо обязательно обратиться к врачу.

Но метеоризм бывает и у здоровых людей, у тех, кто ест много продуктов, содержащих грубую клетчатку, — черный хлеб, бобовые, овощи, в том числе и картофель, у пьющих много пива, кваса, сладкого чая. Установлено, что при избыточном употреблении указанных продуктов количество образующихся газов возрастает в 5—10 раз.

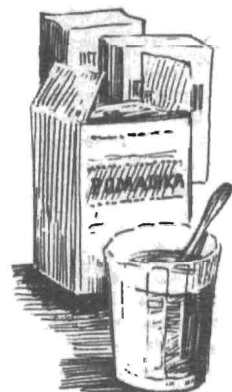
Вздутие кишечника обычно отмечается во второй половине дня, в период наибольшей активности пищеварительных процессов. Человек ощущает тяжесть, распирающие и боль в животе, неприятный вкус во рту, урчание; ухудшается аппетит. К тому же вздутие кишечника может вызвать головную боль и даже приступ стенокардии.

Как же предупредить метеоризм?

Для практически здорового человека главное — правильно питаться. Надо меньше есть свежего хлеба, сладостей, гороха, фасоли, капусты, картофеля, ограничить потребление кислых и газированных напитков, кваса. Рекомендуется включать в рацион больше продуктов, содержащих белки, — мясо, рыбу, творог, яйца, простоквашу и другие.

Полезно принимать ветрогонные травы: настой ромашки, мяты, укропного семени из расчета 5—10 граммов на стакан воды, по половине стакана два-три раза в день. Предупреждение метеоризма способствуют и занятия физической культурой, спортом.

Л. М. КРУМС,
кандидат
медицинских наук



КАК БОРЬТЬСЯ С ЖУКОМ-ХРУЩАКОМ

Мучные жуки портят муку, различные крупы, хлеб, печенье, сухари, сушеные овощи и фрукты, макаронные и другие изделия. Загрязняясь экскрементами, шкурками личинок и трупными насекомыми, пропитываясь их резким запахом, продукты становятся непригодными к употреблению.

Как предотвратить размножение этих вредителей? Надо следить, чтобы в углах шкафов, полок, ящиках столов и за плинтусами не скапливались остатки муки, крупы и других продуктов. Шкафы и столы чаще протирайте влажной тряпкой, а полы мойте горячей водой с мылом или любыми моющими средствами.

Держать продукты лучше всего в плотно закрывающихся стеклянных банках или жестяных коробках, в сухом поме-

щении, где не слишком тепло. Систематически их просматривайте, особенно муку и крупу, периодически просушивайте, высыпая на стол или доску. И, конечно, не делайте запасов на длительный срок.

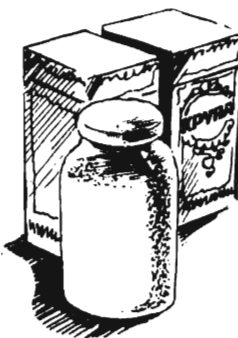
Можно ли использовать продукты, зараженные хрущом? Если жуков, куколок и личинок мало, муку можно просеять через мелкое сито и хорошо просушить в духовке, а насекомых ошпарить кипятком и выбросить в унитаз. Сюда же выбрасывают и продукты, если насекомых окажется много: сбрасывать их в мусоропровод, высыпать в мусорные ящики и ямы нельзя! Из них хрущак может проникнуть в соседние квартиры и дома. Если канализации нет, то насекомых и зараженные ими продукты надо сжечь.

Из инсектицидов для обработки же-

лей в местах хранения муки или крупы (которые предварительно надо убрать) может быть использован пиретрум, не обладающий длительным действием. Его засыпают на сутки, а потом шкафы и полки промывают горячей водой. При необходимости обработку повторяют через три-пять дней.

Если же жуки обнаружены в большом количестве в щелях полов и за плинтусами, их опрыскивают однопроцентным водным раствором хлорофоса, соблюдая при этом меры предосторожности. Продукты и посуду на это время выносят в другое помещение.

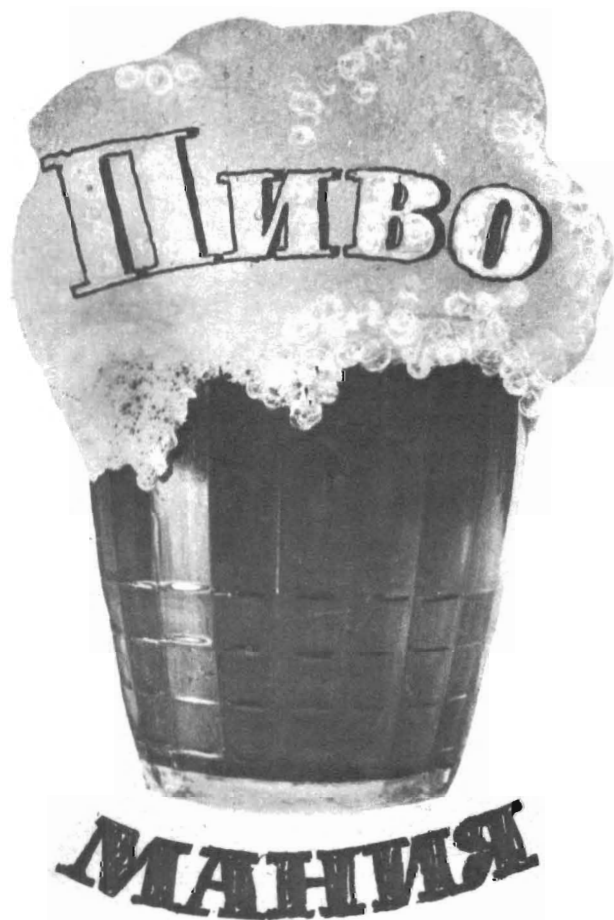
Л. И. БРИКМАН,
кандидат
медицинских наук



Бегу-тороплюсь через овраг домой. И вижу: стоят четверо подростков лет четырнадцати-пятнадцати. Один из них, запрокинув голову, как теленок, сосет из целлофанового мешка янтарную жидкость. Другие ждут своей очереди. Подхожу к ним.

— Это вы напрасно делаете. Пиво — алкогольный напиток. Алкоголь же вреден, особенно для детей и подростков.

Одному из ребят мои слова пришлось не по вкусу, и он что-



то буркнул с неприязнью. Другой усомнился:

— Какой же это алкогольный напиток? Пиво отлично утоляет жажду. В нем нет никакого алкоголя.

Третий добавил:

— В пиве градусы, конечно, есть. Но немного. От него не опьянеешь. Так что оно никакого влияния на организм не оказывает, а только освежает и тонизирует!

Я возразил ребятам:

— Это верно, что в пиве алкоголя немного, от 3 до 6 процентов. Но даже столь незначительная доза этого яда может затруднить работу самого сложно-

го нашего органа — головного мозга и вызвать нарушения психической деятельности...

Ребята не поверили, и тогда я пригласил их в психофизиологическую лабораторию, где работаю. Пришли двое, и с ними мы провели ряд психологических испытаний до и через час после кружки пива — дозы, по словам ребят, самой что ни на есть безвредной.

Вначале исследовали память. Диктовали десять пар слов типа: варежки — таракан, корова — забор. Испытуемые должны были из каждого слова пары выделить первые слоги, соединить их в одно новое слово (вата, коза) и полученные слова запомнить. После принятия «тонизирующего» напитка объем памяти у ребят заметно снизился.

Замедлилась и скорость мышления. Выяснили это так. Диктовали тройки слов: пианино — кресло — гармонь, котлеты — книга — шашлык... Сразу после третьего слова испытуемые должны были исключить лишнее слово в тройке: кресло, книга... С помощью осциллографа измеряли время ответа, которое после выпитой кружки у обоих ребят увеличилось (с 0,96—1,15 до 1,34—1,60 секунды).

Результаты были убедительные, но парнишкам они не понравились.

— Ну и что, — сказал один из них, указывая пальцем на другого: — Вот он мечтает работать шофером на дальних рейсах. А я хочу стать радиомонтажником, а еще лучше регулировщиком. Так зачем нам что-то запоминать, исключать, играть словами?

— Тогда скажи, в вашей работе потребуются хорошее внимание?

— А то как же, конечно. И еще надо, чтобы рука была точной.

— Правильно. Необходима точность движений, глазомер, а водителю быстрота реакций.

Проверили эти показатели. Оказалось, что не изменились только мышечная сила, глазомер. Внимание и скорость двигательных реакций снизились и стали неустойчивыми. В заключение записали биотоки головного мозга ребят. И также были обнаружены отклонения от нормы.

Ребята поблагодарили нас и, уверен, ушли из лаборатории убежденными в том, что пиво так же, как и другие алкогольные напитки, ухудшает течение психических функций. Даже однократное употребление этого напитка может иметь отрицательные последствия. Особенно это касается представителей профессий, требующих внимания, тонкой координации движений, быстрой и точной реакции (водители, механизаторы, слесари-сборщики, токари-расточники). И если человек, выпивший пиво, справляется с работой, то лишь за счет мобилизации компенсаторных сил организма. А это требует большого напряжения, что в конечном счете не может не сказаться отрицательно на здоровье.

Еще более опасно то, что при систематическом употреблении пива к нему развивается болезненное влечение. Когда пьют пиво впервые, оно, как правило, кажется отвратительным. А потом постепенно к нему привыкают, начинают «входить во вкус».

Особенно вредно пиво подросткам, у которых привыкание наступает быстро и может смениться увлечением более крепкими алкогольными напитками.

Некоторые не разделяют скептического отношения к пиву, говорят:

— Иной раз придешь с работы усталый, выпьешь кружки две пива: усталость как рукой снимет. Неужели вы станете это отрицать?

— Да, стану, — отвечаю я, таким оппонентам. — Потому что пиво и другие алкогольные напитки в малых дозах обладают коварным действием: вызывают состояние ложной активности, обманчивого прилива сил.

Но разве нет средств, помогающих по-настоящему восстановить силы, обрести подлинную свежесть, бодрость? И не разумнее ли для снятия усталости и профилактики переутомления рационально организовать активный отдых, а не искусственно стимулировать организм кружкой «отличного, ядреного, терпкого и т. п.» пива. Ни к чему хорошему такое стимулирование не приведет, особенно если к нему прибегать систематически, да еще в подростковом, юношеском возрасте.

ЧЕТКОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ— ЗАЛОГ УСПЕХА

М. ТАРТАКОВСКИЙ,
тренер



Этот комплекс дополняет предыдущий, но сложнее его. Он включает не только общеразвивающие, но и специальные упражнения для мышц живота и спины.

К комплексу применимы все указания двух предыдущих уроков. Выполнять каждое движение следует четко, красиво, лучше перед зеркалом. Если после занятий вы чувствуете слабость, вялость, подумайте: не рано ли вы перешли от одной степени трудности к следующей? Или вы делаете упражнения в чересчур быстром темпе? Может быть, вам следует двигать упражнения перемежать простейшими дыхательными (руки в стороны—вверх, подняться на носках—вдох, наклоняться—выдох и т. п.).

УПРАЖНЕНИЯ

I. 1) Стоя на коленях, руки на поясе. Поочередно выпрямлять ноги с последующим наклоном вперед. 2) То же, но выпрямлять ногу в сторону. 3) Сидя на корточках, поочередно выпрямлять ноги вперед—«присядка».

II. 1) Сидя, упор руками сзади. Согнуть ноги, поднять таз. 2) То же, одновременно поднимая согнутую ногу. Выпрямив и опустив ногу, вернуться в исходное положение. 3) Руки в упоре сзади, поднять таз. Толчки одновременно обеими ногами, стараясь отрывать пятки от пола.

III. 1) Сидя, развести ноги, руки к плечам. Повороты корпуса, касаясь руками пола за спиной. 2) Из положения сидя (одна рука в упоре сзади, другая—на поясе) повернуться через опорную руку в упор на бок. 3) То же, поднимая свободные от опоры прямые ногу и руку.

IV. 1) Сидя на пятках (носки оттянуты), отклониться как можно дальше назад, помогая себе руками. Вернуться в исходное положение. 2) То же до касания лопатками пола. Выпрямиться, помогая руками, с последующим наклоном вперед. 3) То же без помощи рук.

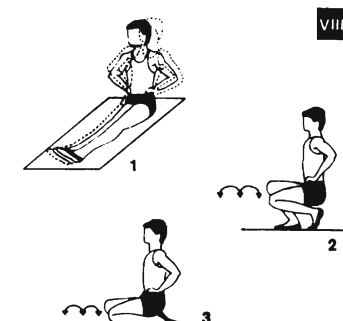
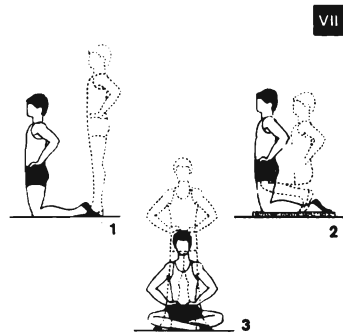
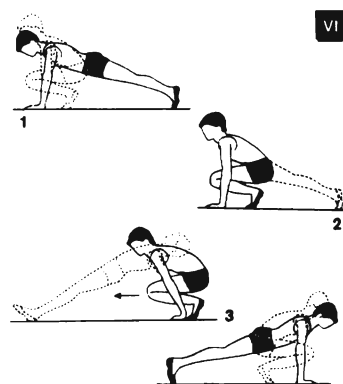
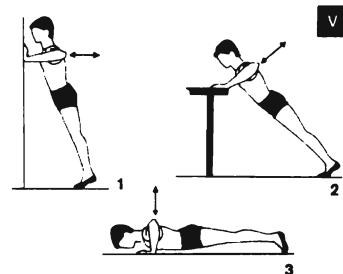
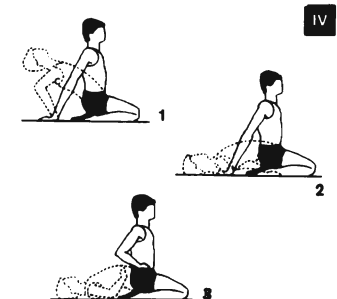
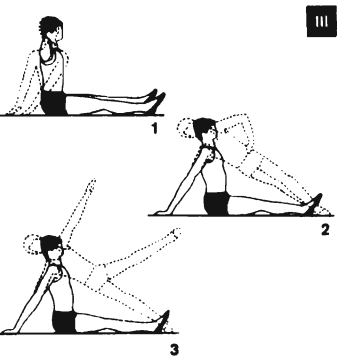
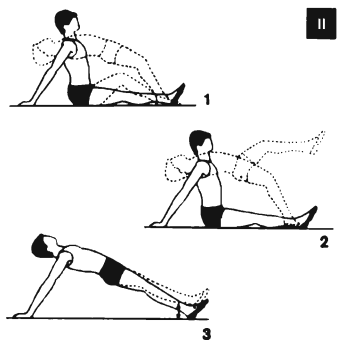
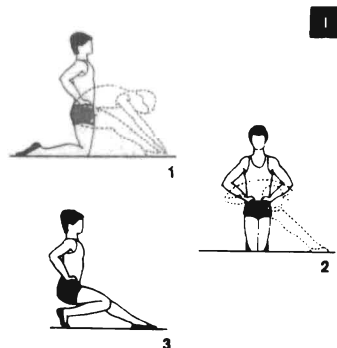
V. 1) Пружинистые отталкивания от стены, встав от нее примерно на расстоянии метра. 2) Отжимание от стола. 3) Отжимание в упоре лежа.

VI. 1) Из упора лежа толчком перейти в упор присев и опять в упор лежа. 2) В упоре присев отвести прямую ногу назад. Прыжками менять положение ног. 3) Из упора присев (руки несколько сзади) толчком ног перейти в упор сзади. Повернуться в упор лежа, перейти в упор присев и повторить упражнение.

VII. 1) Из положения стоя на коленях встать на обе ноги одновременно без помощи рук. 2) То же прыжком с коленей (с мягкой опоры). 3) Встать из положения сидя со скрещенными ногами.

VIII. 1) Из положения сидя, руки на поясе, переносить тяжесть тела на левое бедро, передвигать вперед правое; затем перенос тяжести тела направо и «шаг» левым бедром, потом опять правым («ходьба на ягодицах»). 2) Ходьба в глубоком приседе с энергичными поворотами корпуса. 3) Сидя на пятках (носки оттянуты), ходьба на голени.

Закончить урок бегом, ходьбой и дыхательными упражнениями.



Электробытовые товары-



ПОЧТОЙ!

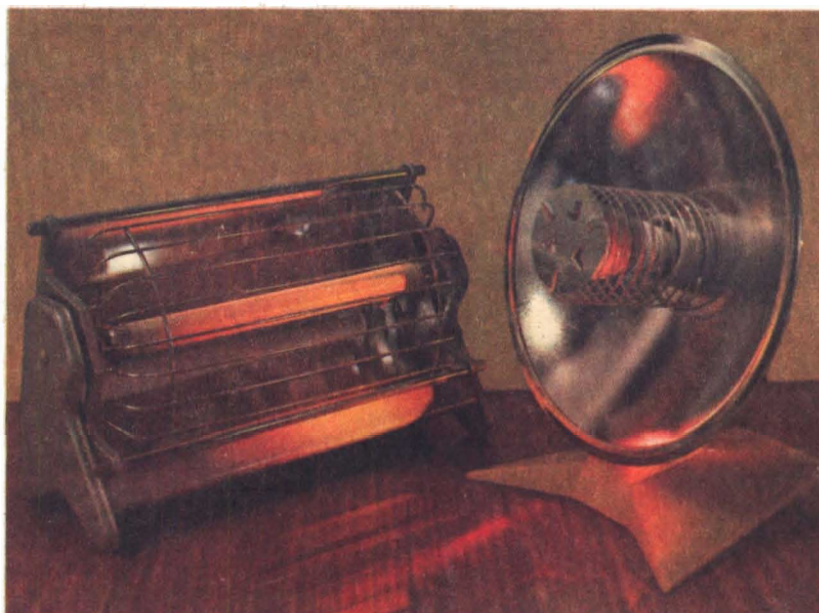
Электротовары высылают Московская база хозяйственных товаров и Новосибирская база Посылторга.

С подробным перечнем товаров, предлагаемых базами Посылторга, можно ознакомиться в отделениях связи по каталогу «Товары — почтой!».

**ЭЛЕКТРОКАМИН
ПЕРЕНОСНОЙ,**
потребляемая мощность
1000 ватт,
цена 13 руб.

**ЭЛЕКТРОПЕЧЬ
ОТРАЖАТЕЛЬНАЯ,**
потребляемая мощность
550 ватт,
цена 2 руб. 93 коп.

Эти нагревательные
приборы снабжены
защитными ограждениями
и абсолютно безопасны.



ЭЛЕКТРОПЕЧЬ «ЧУДО»
заслужила у хозяек
самые лестные оценки:
пироги в ней
удаются на славу!
Цена 7 руб.

**ЭЛЕКТРОСКОВОРОДА
«ЧУДЕСНИЦА»**
служит и духовкой,
и сковородой,
и пароваркой,
в ней можно готовить
мясные, рыбные,
овощные, мучные блюда,
печь кондитерские
изделия.
Цена 19 руб. 20 коп.



**ПОСЫЛТОРГ
МИНИСТЕРСТВА
ТОРГОВЛИ РСФСР**