

Здоровье

1
1979





ЛЮДИ
НАШЕЙ
ЭПОХИ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ВЫСОКОЙ НАГРАДОЙ

На этом снимке вы видите главного врача Муравльской сельской участковой больницы Кромского района Орловской области заслуженного врача РСФСР Марию Венедиктовну Жаринову, удостоенную в октябре 1978 года высокого звания Героя Социалистического Труда. Ее жизнь согрета радостью доброго и мудрого труда. Дочь потомственных ставропольских хлеборобов, она после окончания Кубанского медицинского института счастливо выбрала свою земную орбиту и вот уже четвертое десятилетие трудится на Орловщине. Многого достиг под ее руководством коллектив врачебного участка, внося свою лепту в социально-экономические преобразования, происходящие сейчас в жизни села.

Родина высоко ценит всех, кто с энтузиазмом, беззаветно трудится на пользу общества, отдает всю свою энергию, знания и талант служению советскому народу.

В канун 61-й годовщины Великого Октября за большие заслуги в развитии народного здравоохранения Президиум Верховного Совета СССР Указом от 23 октября 1978 года присвоил звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и золотой медали «Серп и Молот» большой группе работников здравоохранения и медицинской промышленности.

Среди удостоенных высокой награды — представители всех



братских союзных республик, всех звеньев и подразделений медицинской службы страны. Это люди большой профессиональной культуры, воспитанные партией в духе высочайшей ответственности за порученное дело.

Вот имена новых Героев Социалистического Труда: главные врачи сельских участковых больниц — Б. А. Алиева (Азербайджанская ССР), А. Г. Антонов (Витебская обл.), В. И. Борозняк (Кировградская обл.), О. К. Врабий (Молдавская ССР), Х. Ходжагельды-

ев (Марыйская обл.), главные врачи, заведующие отделениями и специалисты центральных районных больниц и диспансеров — Л. И. Дьячкова (Белгородская обл.), М. Гилаев (Гурьевская обл.), Н. Г. Крылова (Алматынская обл.), М. И. Лядукин (Донецкая обл.), Л. Г. Нишарадзе (Грузинская ССР), А. В. Парамонова (Мордовская АССР), Н. Е. Пшеничных (Курская обл.), Л. П. Романова (Московская обл.), Ш. Суеркулов (Ошская обл.), В. И. Чичканова (Томская обл.); заведующие сельскими

фельдшерско-акушерскими пунктами — А. П. Лукашин (Рязанская обл.), М. А. Радыш (Ивано-Франковская обл.), С. И. Шкляревский (Минская обл.); главные врачи, заведующие отделениями и ординаторы городских больниц, участковые терапевты, врачи станций скорой и неотложной медицинской помощи — Е. К. Аветисян (Ленинкан Армянской ССР), Р. И. Ибрагимова (Душанбе), В. А. Распопова (Ташкент), Р. Р. Тоотс (Пярну Эстонской ССР), В. Н. Кудрявцев (Москва); специалисты городских

и республиканских детских больниц и поликлиник — Е. А. Гречаная (Запорожье), Г. И. Гром (Рига), П. С. Лапшинова (Киев), Н. П. Поварушкина (Ленинград), М. Шарафутдинова (Самарканд); главные врачи, заведующие отделениями, цеховые врачи медико-санитарных частей промышленных предприятий — К. А. Максимов (Череповец Вологодской обл.), Л. М. Овчинников (Кировская обл.), Г. Г. Седова (Сарапул Удмуртской АССР); врачи областных санитарно-эпидемиологических станций — Л. В.

В НОМЕРЕ

РОДИНЫ!

Гетало (Липецк), Г. К. Камеко (Днепропетровск);

главные врачи, заведующие отделениями областных и республиканских больниц и диспансеров—М. Э. Елаев (Пенза), Р. Н. Нуржанова (Семипалатинск), Т. Д. Сатюкова (Тюмень), Н. К. Северская (Чита), П. К. Яшинская (Каунас);

одна из лучших работниц медицинской промышленности — оператор Клинского стекольного завода Л. Н. Танащенко (Московская обл.).

Одновременно за заслуги в развитии народного здравоохранения орденами и медалями СССР награждены 2043 работника здравоохранения и медицинской промышленности.

Честь и слава, всенародный почет и уважение героям труда—гвардейцам советского здравоохранения, передовикам и новаторам—тем, кто своим добросовестным и вдохновенным трудом выполняет важнейшую государственную социальную задачу охраны здоровья советских людей, вносит весомый вклад в приумножение материальных и духовных богатств социалистического Отечества.

Горячо поздравляем вас, дорогие товарищи, с высокой правительственной наградой, желаем вам новых творческих свершений в служении родному народу, на благо любимой Родины!

Фото
Вл. КУЗЬМИНА

ДЕТЯМ—СЧАСТЛИВОЕ БУДУЩЕЕ	2	Е. Ч. Новикова
ЛАУРЕАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ СССР	4	
СТОИТ ЗАДУМАТЬСЯ	6	
МОДА НА... МЕДИКАМЕНТЫ	7	И. Г. Лаврецкий
НОВОСЕЛЬЕ	8	Н. Мерзлякова
ЭТА ХИТРАЯ, ЖАДНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ	9	Г. В. Тананова
НЕ С ПТИЦАМИ ЛИ ПРИЛЕТАЕТ ГРИПП?	10	Д. К. Львов
ПРЕДБОЛЕЗНЬ—БОЛЕЗНЬ—ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ	12	А. М. Чернух
ЕЩЕ РАЗ ОБ АЛЛЕРГИИ	14	Л. М. Ишимова
ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ	16	
НЕ СТОИТ ПРЕУВЕЛИЧИВАТЬ, НО НЕЛЬЗЯ И НЕДООЦЕНИВАТЬ	18	В. П. Зайцев
ОПРОСИТЕ СЕБЯ	19	В. А. Климанский, М. М. Закин Н. Н. Яхно
ЛЕТАРГИЧЕСКИЙ СОН: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ	20	Н. Т. Ларченко
ПАНКРЕАТИТ	21	О. А. Лицева, Л. И. Каплан
ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА	23	В. Г. Кукес, В. М. Авакумов
НЕ БОЛЬШЕ, НЕ МЕНЬШЕ	25	
ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ СУПРУГОВ	26	
СЕРЬГИ И БЛИЗОРУКОСТЬ	28	Р. А. Дуринян, Е. И. Ковалевский
КНИЖНАЯ ПОЛКА	29	Б. М. Потулов
«ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ	30	
ЭТО НАДО ЗНАТЬ БОЛЬНОМУ		
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	31	А. А. Перелыгина
МУЧНЫЕ БЛЮДА РУССКОЙ КУХНИ	32	К. В. Кузова

На первой странице обложки фото Е. Света (ТАСС)
На четвертой странице обложки фото А. Еланчука

Ежемесячный
научно-популярный
журнал
министерства
здравоохранения
СССР и РСФСР

Основан 1 января 1955 г.

Здоровье

№ 1 (289)
1979

МОСКВА. ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРАВДА»

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

О. В. БАРОЯН,
В. А. ГАЛКИН,
С. М. ГРОМБАХ,
Ю. Ф. ИСАКОВ,
Г. Н. КАССИЛЬ,
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,
Е. В. ТЕРЕХОВ
(главный художник),
Н. В. ТРОЯН,
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора)
А. П. ШИЦКОВА

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва, А-15.
Бумажный проезд, 14.
Телефоны:
212-24-90; 251-44-34;
253-70-50; 212-24-17;
250-24-56; 251-94-49.

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

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

Сдано в набор 20.11.78.
Подписано к печати 30.11.78. А01483
Формат 60×90 1/8. Глубокая печать.
Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58.
Тираж 11630000 экз. (1-й завод: 1—8632800 экз.).
Изд. № 1. Заказ № 3140.

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

© Издательство «Правда», «Здоровье», 1979.



ДЕТЯМ — СЧАСТЬЕ

Е. Ч. НОВИКОВА,
заместитель министра
здравоохранения СССР

Новый год на поздравительных открытках обычно изображают в образе ребенка. И действительно, будущее прочно ассоциируется в нашем сознании с детьми — с теми, кому строить, творить, кому создавать завтрашний день.

Для наступившего 1979 года такая ассоциация особенно закономерна: по решению Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций он провозглашен Международным годом ребенка.

Двадцать лет назад благодаря настойчивым действиям Международной демократической федерации женщин и других прогрессивных сил Организация Объединенных Наций приняла Декларацию прав ребенка — первый документ такого рода в истории международных отношений. В этой Декларации сформулировано важное положение о равенстве всех детей; десять ее принципов определяют права, которыми должны пользоваться дети во всем мире.

Однако приходится с горечью констатировать, что гуманные слова Декларации для миллионов детей капиталистических стран так и остались словами. И сегодня они вынуждены переносить неисчислимы лишения и страдания.

Как согласуется с Декларацией хотя бы то, что в странах Латинской Америки каждые 30 секунд умирает от истощения ребенок? Что эпидемии смертоносных инфекций, это тяжкое наследие колониализма, дамкловым мечом висят над головами миллионов детей африканского континента? Что прохот бомбежек, дым и пепел пожаров стали повседневностью для тысяч ливанских и палестинских детей?

В возрасте, когда надо играть, веселиться, сидеть за школьной партой, тысячи ребят работают, и работают тяжело. По данным ЮНЕСКО, дети от 10 до 14 лет составляют 4 процента рабочих в развитых капи-

талистических странах. И нанимают их не потому, что не хватает рабочих рук, а потому, что им можно меньше платить.

В строительной промышленности Италии, например, занято более 150 тысяч детей, на мелких текстильных фабриках и в мастерских — 100 тысяч, в сфере торговли и обслуживания — 200 тысяч. Ежегодно на сельскохозяйственных работах используется труд около 500 тысяч детей, не достигших 14 лет.

Нет, еще далеко не все дети пользуются одинаковыми правами, далеко не у всех есть детство! Нельзя без тревоги и боли думать об этом. И передовые люди мира снова и снова поднимают знамя борьбы за здоровье и благополучие детей, против насилия и несправедливости.

Во многих странах созданы комитеты по проведению Международного года ребенка. Готовится всемирная конференция «За мирное и счастливое будущее для всех детей». Исполнительный комитет по подготовке этой конференции возглавляет Фрида Браун — президент Международной демократической федерации женщин.

Любое начинание, идущее на благо детям, всегда находит горячую поддержку у советских людей. Потому и идея Международного года ребенка, призванного привлечь внимание государств и народов к нерешенным проблемам детства, вызывает у нас живой отклик.

Советский Союз — первая в мире страна, где воспитание детей, забота об их всестороннем физическом и нравственном развитии стали первостепенным государственным делом.

И мы можем сегодня с гордостью сказать: то, что в рамках Международного года ребенка выдвигается как долговременная программа, как желаемый и неопределенно далекий идеал, в СССР давно уже стало действительностью.

Так, например, Международная организация труда предусматривает «проведение долговременных мероприятий, направленных на ограничение и ликвидацию детского труда». А в нашей стране детский труд был запрещен правительственным декретом на пятый день после установления Советской власти!

Ставится далее задача «найти оптимальные возможности приобщения детей к образованию и профессиональной подготовке». А у нас осуществлено всеобщее среднее образование, перед девушками и юношами открыт путь к дальнейшему совершенствованию знаний. Конституция СССР гарантирует молодым людям право на выбор профессии, рода занятий и работы.

В резолюции ООН, принятой по поводу Международного года ребенка, говорится, что его основными целями будет: «а) обеспечение надлежащих рамок для пропаганды в интересах детей и более глубокого осознания особых потребностей детей лицами, ответственными за принятие решений, и общественностью; б) содействие признанию того факта, что программы для детей должны являться составной частью планов экономического и социального развития».

Бережное, заботливое отношение к детям стало одной из важнейших нравственных норм нашего социалистического общества. Как не вспомнить декреты первых лет Октября, которые со всей революционной страстностью пропагандировали необходимость охраны и защиты подрастающих поколений! Именно памятуя интересы детей, их особые потребности, Советское правительство предпринимало поистине героические усилия, чтобы в то суровое, полное лишений время обеспечить им все возможные преимущества. В памяти современников сохранились ленинские слова: «Мы, взрослые, поголодаем, но последнюю щепотку муки, последний кусок сахара, последний кусок масла мы отдадим

ЛИВОВОЕ БУДУЩЕЕ

детям». С тех пор и до настоящих дней у нас остается неизблемым правило: все лучшее — детям!

Интересы ребенка всегда предусматривались в народнохозяйственных планах Страны Советов, во всех основополагающих решениях партии и правительства. «Обеспечить счастливое детство каждому ребенку — одна из наиболее важных и благородных задач строительства коммунистического общества» — такие слова записаны в Программе КПСС. И задача эта решается с неизменной настойчивостью, с прозорливой мудростью и щедростью.

Можно назвать много специальных мер, принимавшихся для улучшения воспитания и охраны здоровья детей. Государство поддерживает низкий уровень цен на товары для детей, заботится о расширении их ассортимента. Яркий пример — недавнее постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по увеличению производства товаров для детей, повышению их качества и улучшению торговли этими товарами». Речь в нем идет о более широком производстве нарядной детской одежды и обуви, удобных детских колясок, школьных и спортивных принадлежностей, игрушек, предметов личной гигиены и ухода за детьми.

Недавно сессия Верховного Совета СССР утвердила Государственный план экономического и социального развития СССР и бюджет страны на 1979 год. Одно из центральных мест в плане отведено повышению уровня жизни народа, значит, в лучших условиях окажутся прежде всего дети. Число малышей, посещающих дошкольные учреждения, увеличится к концу года до 13,2 миллиона человек, что несколько выше задания пятилетнего плана. Предусматривается построить детские дошкольные учреждения на 506 тысяч мест, общеобразовательные школы на 1,1 миллиона мест.

Советские дети — обладатели огромных богатств. Им даны дворцы пионеров, театры, библиотеки, стадионы, станции юных натуралистов и техников, парки, туристские базы, железные дороги и флотилии, клубы юных пилотов и космонавтов, художественные, хореографические, музыкальные школы. Даже один этот перечень говорит о том, как велики в нашей стране возможности для развития талантов и способностей каждого ребенка.

Наступивший 1979 год станет новой ступенью к достижению главной цели — обеспечить счастливое, радостное детство каждому ребенку.

Акушеры-гинекологи и педиатры страны интенсивно работают над медицинскими проблемами, решение которых во многом определяет здоровье матери и ребенка. Такие исследования будут в широком плане вестись во Всесоюзном научно-исследовательском центре по охране здоровья матери и ребенка, который откроется в 1979 году в Москве.

Эффективно предупреждать заболевания у детей невозможно без постоянного медицинского наблюдения. И прекрасно, что у советских ребятшек есть свои «личные» врачи — участковые педиатры. В 1979 году и в ближайшие годы число их возрастет, и к 1980—1982 годам под опекой каждого участкового педиатра будет не более 800 маленьких пациентов.

В 1979 году предстоит дальнейшее расширение промышленного производства не только специальных продуктов детского питания, предназначенных для грудных малышей, но и различных овощных, фруктовых консервов для детей более старших возрастов.

Среди новостроек десятой пятилетки — детские ясли, сады, поликлиники, больницы. Многие из этих учреждений вступят в строй в 1979 году. Будет совершенствоваться и санаторная помощь детям. Расширяется, например, замечательный детский курорт Анапа. В 1975 году в

Анапе лечилось около миллиона ребятшек, в 1980 году здесь укрепят здоровье более полутора миллионов. Многие ослабленные ребята учатся в загородных лесных школах, где главными лечебными средствами становятся свежий воздух и правильный режим.

В укреплении здоровья детей, их обучении и воспитании врачам и педагогам деятельно помогают профсоюзы, общественность.

В планах социального развития предприятий обязательно учитываются и меры охраны здоровья женщины-матери, в них неизменно отражается забота рабочих коллективов о детях. Создание лучших бытовых условий многодетным семьям, расширение сети детских учреждений, организация досуга детей — вот чем серьезно и деятельно занимаются руководители предприятий, общественные организации.

Думая о судьбах детей, мы не можем не думать о мире. Ведь это — главное, что необходимо для их благополучия.

Сейчас перед прогрессивной общественностью всех стран стоит огромная задача — преградить путь нейтронной бомбе. И нет сомнения в том, что борьба против этого варварского оружия уничтожения жизни станет еще более активной и целеустремленной в Международный год ребенка.

Советский Союз последовательно и настойчиво борется за мир, против гонки вооружений и угрозы ядерной войны. И этой борьбой он вносит свой важнейший вклад в дело охраны подрастающих поколений.

Мы хотим, чтобы здоровыми и счастливыми росли все дети планеты и чтобы, став взрослыми, они умели беречь мир, дружбу и нашу прекрасную Землю!

ЛАУРЕАТЫ ГОСУДАРСТВЕН



МИКРОМИР СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ



За цикл работ по молекулярным и клеточным механизмам функционирования сердечной мышцы в норме и патологии сотрудникам Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР В. Н. СМЕРНОВУ, Л. В. РОЗЕНШТРАУХУ, докторам биологических наук, В. А. САКСУ, кандидату химических наук, Д. О. ЛЕВИЦКОМУ, кандидату биологических наук, и сотруднику Института общей патологии и патологической физиологии АМН СССР Ф. З. МЕРСОНУ, доктору медицинских наук, присуждена Государственная премия СССР.

Известно, что сердце сокращается ритмично, безостановочно, неумолимо в течение всей жизни человека. При внезапном сильном напряжении оно способно в 5, а то и в 10 раз усиливать свою работу. И, пораженное болезнью, оно тем не менее продолжает расслабляться и сокращаться, выталкивать кровь в сосуды. Откуда сердце берет энергию, чтобы безотказно справляться с нагрузками?

На этот вопрос ответили ученые ВКНЦ АМН СССР. В течение пяти лет они изучали механизмы образования энергии в одном из основных элементов клеток — митохондриях и переноса ее к сократительному аппарату клеток миокарда. Результаты этих исследований опровергли общепринятое мнение о том, что переносчиком энергии в клетках является аденозинтрифосфорная кислота — АТФ. Экспериментально было установлено, что эту функцию выполняет креатинфосфат, он же регулирует и силу сокращений сердечной мышцы. АТФ, как выяснилось, выполняет роль вспомога-

тельную, подчиненную. Получены также новые интересные сведения о так называемой системе кальциевого насоса, контролирующей сокращения и расслабления сердечной мышцы. Знания законов работы клеток в норме и в условиях срочной адаптации к внезапной нагрузке, несомненно, облегчат специалистам поиск фармакологических средств и методов помощи сердцу в острой критической ситуации.

Молекулярным и клеточным механизмам приспособления сердца к длительным нагрузкам и сердечно-сосудистым заболеваниям посвящены многолетние исследования, проводимые в Институте общей патологии и патологической физиологии АМН СССР.

Оказалось, что в условиях длительной физической нагрузки характер компенсации принципиально иной. Энергетические ресурсы клетки миокарда истощаются, и в дело вступает ее генетический аппарат. Создаются новые энергетические и сократительные структуры — митохондрии и миофибриллы. Сердце увеличивается — гипертрофируется. Подробно изучены особенности гипертрофии сердца здорового, тренированного, а также больного.

Полученные данные легли в основу создания препаратов, стимулирующих генетический аппарат клеток, и методов профилактики недостаточности сердца.

С. ХАРЛАМОВА

НОВОЕ СЛОВО О ВЕГЕТАТИВНЫХ ГАНГЛИЯХ



За цикл работ «Новые принципы организации вегетативных ганглиев», опубликованных в 1964—1976 годах, И. А. БУЛЫГИНУ, академику АН БССР, директору Института

физиологии АН БССР, присуждена Государственная премия СССР.

Вегетативные ганглии — это одно из звеньев вегетативной нервной системы. До недавнего времени, согласно классической теории, выдвинутой выдающимся английским физиологом Д. Н. Ленгли, им отводилась пассивная роль промежуточных станций на пути импульсов от центральной нервной системы к исполнительным органам — сердцу, сосудам, печени, почкам, кишечнику и т. д. Считалось, что вегетативные ганглии образованы исключительно эфферентными нейронами — структурами, передающими команды только сверху вниз.

Ранее выдвинутую гипотезу о наличии в составе вегетативных ганглиев собственных афферентных нейронов, воспринимающих импульсы от органов и передающих их в центральную нервную систему, Ленгли и его последователи считали ошибочной.

Более двадцати лет потребовалось советскому ученому И. А. Булыгину и руководимому им коллективу, чтобы опровергнуть это мнение и превратить полузабытую гипотезу в твердый научный вывод. Многочисленные эксперименты, поиски, открытия нашли свое отражение в 60 научных трудах, в числе которых четыре монографии. Каждая из этих работ — шаг вперед в познании роли и организации вегетативных ганглиев. И все вместе они являются новым словом в учении о вегетативной нервной системе, кардинально изменившим классические представления о структуре и функции одного из основных ее звеньев.

Применив современные методы научного эксперимента, И. А. Булыгин доказал, что вегетативные ганглии — это сложно организованные периферические нервные центры, способные самостоятельно в пределах сферы своего влияния точно и тонко регулировать функции внутренних органов.

Фундаментальные исследования И. А. Булыгина, являясь крупным вкладом в развитие нейрофизиологии, позволяют клиницистам по-новому подойти к пониманию механизмов развития многих заболеваний внутренних органов, сосудов, нервной системы и, следовательно, к их профилактике и лечению.

О. ЗЕДАЙН

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА



За цикл работ «Обнаружение и исследование альфа-фетопротейна при гепатоцеллюлярном раке и эмбриональных тератобластомах и создание иммунологического метода диагностики этих форм злокачественных опухолей», опубликованных в 1963—1975 годах, Г. И. АБЕЛЕВУ, доктору биологических наук, и Ю. С. ТАТАРИНОВУ, доктору медицинских наук, присуждена Государственная премия СССР.

Впервые в мировой практике советские ученые предложили специфический лабораторный метод диагностики первичного рака печени и тератобластом (опухолей яичка и яичников).

Создание этого метода—результат многолетних исследований, проводимых онкологом профессором Г. И. Абелевым в Москве и биохимиком профессором Ю. С. Татариновым в Астрахани. В 1971 году они получили диплом за открытие нового явления, выявив, что клетки злокачественной опухоли печени синтезируют белок—альфа-фетопротейн.

Исследование этого белка дало интересные результаты. Оказалось, что он сходен с нормальным белком, вырабатываемым печенью эмбриона (зародыша) на ранних стадиях развития. Синтез альфа-фетопротейна прекращается через две—четыре недели после рождения ребенка, поэтому у здорового человека его нет, а в крови больного этот белок содержится в больших количествах.

Альфа-фетопротейновый тест, или реакция Абелева—Татаринова, известный под таким названием во всем мире, уже вышел за пределы научных лабораторий. Биологические пре-

параты—альфа-фетопротейновые тесты—выпускают во всех высокоразвитых странах. У нас главной «фабрикой» по производству иммунодиагностиком является Институт эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи АМН СССР. Десятки тысяч упаковок ежегодно поступают в областные и городские больницы страны.

Е. ЛАГУТИНА

ЗАЩИТА ОТ НЕВЕСОМОСТИ



За цикл работ по медицинскому обоснованию и внедрению комплекса методов и средств профилактики неблагоприятного влияния невесомости на организм человека, обеспечивших возможность осуществления длительных пилотируемых космических полетов, Государственная премия СССР присуждена О. Г. ГАЗЕНКО, академику, А. С. БАРЕРУ, П. В. ВАСИЛЬЕВУ, Л. И. КАКУРИНУ, докторам медицинских наук, А. М. ГЕНИНУ, доктору биологических наук, А. А. ЛЕПСКОМУ, кандидату медицинских наук, В. И. СТЕПАНЦОВУ, кандидату биологических наук, Е. П. ТИХОМИРОВУ, старшему научному сотруднику, А. В. ЕРЕМИНУ, кандидату медицинских наук, летчикам-космонавтам П. И. КЛИМУКУ и кандидату технических наук В. И. СЕВАСТЬЯНОВУ, И. Д. ПЕСТОВУ, доктору медицинских наук.

Программа полетов на пилотируемых космических станциях предполагала все более длительное пребывание человека в отрыве от эволюционно привычных условий земного притяжения. Реализовать эту программу помогло успешное решение не только технических, но и медико-биологических проблем.

После первого же сравнительно длительного полета в космос выяснилось, что реадaptацию человека на Земле затрудняют атрофия мышц и детренированность сердечно-сосудистой системы.

Что же предложили врачи, а затем осуществили вдали от Земли П. И. Климук и В. И. Севастьянов? Обезвредить влияние невесомости регулярными физическими тренировками. Технически это обеспечивается специальным нагрузочным костюмом и комплексным физическим тренажером. В первом космонавты находятся по 10—15 часов в сутки. Вшитые в костюм амортизаторы затрудняют движения и вынуждают мышцы к определенной активности. Еще больше усилий требуется для ходьбы и бега по непрерывно движущейся ленте тренажера, к которому космонавт, одетый уже в другой костюм, притягивается резиновыми амортизаторами. Ходьба и бег нагружают преимущественно те группы мышц, которые в первую очередь противостоят силе тяжести на Земле.

Организм в условиях невесомости обходится уменьшенным объемом крови. Это ведет к снижению нагрузки на сердечно-сосудистую систему и мышцы, способствующие перемещению крови по сосудам. Меняется также режим деятельности нервных механизмов, регулирующих кровообращение. Все это может обернуться тяжелыми последствиями в первые часы после возвращения на Землю: вся масса крови может как бы провалиться в сосуды ног, а сердце, мозг и другие жизненно важные органы лишатся привычного и необходимого уровня кровоснабжения.

Избежать этих грозных осложнений позволяет также тренировка—с помощью вакуумного костюма «Чибис», который создает отрицательное давление на нижнюю половину тела в последние перед возвращением дни. Вакуум притягивает кровь в сосуды ног—в результате активизируется деятельность мышечного «насоса», обеспечивающего в земных условиях возврат крови в верхнюю половину тела. Одновременно с помощью водно-солевых добавок в пищевой рацион увеличивается объем циркулирующей крови, а механизмы, регулирующие кровообращение, «вспоминают» земной режим.

То, как работы лауреатов Государственной премии помогают космонавтам осваивать космос, доказал, в частности, беспримерный стосорокасточный полет Героев Советского Союза летчиков-космонавтов В. В. Коваленка и А. С. Иванченкова.

М. МАТВЕЕВ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ПЕДИАТРА



За учебник «Детские инфекционные болезни», опубликованный в 1973 году (4-е издание), С. Д. НОСОВУ, члену-корреспонденту АМН СССР, присуждена Государственная премия СССР.

Двадцать поколений студентов медицинских вузов страны изучали детские инфекционные болезни по учебнику Сергея Дмитриевича Носова.

Эта книга впитала многолетний опыт вдумчивого, трудолюбивого, бесконечно внимательного к ребенку врача. Прежде чем написать ее, Сергей Дмитриевич долго работал не только как клиницист, но и как эпидемиолог. И органическое слияние клиники и эпидемиологии, лечения и предупреждения инфекционных заболеваний стало одной из отличительных особенностей учебника.

Книга вызрела долго. Сергей Дмитриевич писал ее больше двух лет. Впрочем, он пишет ее и сейчас. Ведь каждое новое издание — а их было четыре — это пересмотр предыдущего, добавление новых научных данных, наблюдений, мыслей.

Эффект нестарения учебника обеспечил ему долгую жизнь. Долгую и активную: эта книга не просто дает знания, с ее страниц входит в практику, в повседневный труд педиатров умение пристально наблюдать за ребенком, тонко диагностировать, целенаправленно предупреждать заболевания.

Д. ЕЛЕНИНА

СТОИТ ЗАДУМАТЬСЯ

НАД ФАКТАМИ,
ПРИВОДИМЫМИ В НАУЧНЫХ
СТАТЬЯХ, СООБЩЕНИЯХ И ДИССЕРТАЦИЯХ

АТАКУЮЩИЙ ВИРУС

Чихнув, больной гриппом извергает на расстояние в 4 метра примерно 85 миллионов вирусов, и они рассеиваются, нстигая новые жертвы, со скоростью 185 километров в час.

Кстати, впервые эпидемия гриппа была описана еще Гиппократом в 412 году до нашей эры. Тогда болезнь связывали с влиянием звезд, потому и назвали инфлюэнца: дословно — влияние.



ЧАЩЕ — ЛУЧШЕ

Как сообщал журнал «Селекта», обследование, проведенное Пражским институтом клинической и экспериментальной медицины, показало, что более половины людей, ограничивающихся одно- или двухразовым питанием, имеют избыточный вес. Среди тех же, кто ест пять раз в день, толстяки составляют лишь треть.

Подобная зависимость отмечена и в уровне холестерина в крови. Он оказался повышенным у 51,2 процента людей, которые едят один-два раза в день, и только у 17,9 процента тех, кто ест пять раз в день.

Если вспомнить, что чрезмерный вес и повышенное содержание холестерина в крови относятся к факторам риска инфаркта миокарда, то становится понятным вывод, который следует из приведенных наблюдений: есть чаще — значит предотвращать инфаркт миокарда.



ИСТОКИ БОЛЕЗНИ

Когда к человеку подкрадываются болезни, которые называют болезнями века? С детства? В самую деятельную пору жизни? В старости? Врачи утверждают: обнаруживать их первые сигналы и, следовательно, принимать профилактические меры надо в детские годы. На этот вывод наталкивает статистика. Австрийский союз социального обеспечения опубликовал, например, сравнительные данные о факторах риска и подозрении на болезнь в двух возрастных группах: от 19 до 29 лет и от 30 до 40. Оказалось, что угроза заболевания (если так вольно суммировать результаты специальных исследований) в обеих группах примерно одинакова. В отношении гипертонической болезни в первой группе это вывилось у 7,5 процента обследованных, во второй — у 9, в отношении диабета — у 9 процентов в группе молодых и у 10 процентов старших.

Следовательно, те факторы, которые с годами приводят к заболеванию, начинают свою подрывную деятельность еще в детстве, и уже в детстве их надо выявлять и нейтрализовать.



Рисунки
А. СЕМЕНОВА



Как возникает и распространяется мода? Можно ли ее прогнозировать? Эти вопросы время от времени дебатировались на страницах журналов и газет. Спорящих наиболее надежно примиряет время; оно либо доказывает рациональность моды, либо приносит новую взамен ушедшей, а вместе с тем и новые споры.

Но можно ли уповать на время, когда дело касается здоровья? Только в последние годы все мы были свидетелями, а нередко рьяными сторонниками или не менее рьяными противниками самых разнообразных модных веяний. Вспомните: не успел

время от времени захлестывают население. И вот уже десятки пациентов бросаются к врачу, слезно умоляют назначить именно это и только это — исцеляющее лекарство.

Всезнающая молва в разные годы приписывала исключительную, чудодейственную силу гаммалону (аминолон), который «излечивает параличи», стугерону («ликвидирует инсульт»), продектину («устраняет болезни сердца»). В разряде таких «сверхэффективных» препаратов, пользовавшихся повышенным спросом, побывали изоптин, интенсамин (интеркордин), фаликор (коронтин), диаспонин, мис-

ского, сделанный знакомым больному, оказался попросту неграмотным. Переводчик утверждал, что, согласно инструкции, следует быстро прервать лечение. Больной так и поступил. В результате состояние его резко ухудшилось, развился тяжелый приступ стенокардии.

А вот случай с больной Н., 43 лет. Она страдала воспалением кишечника (энтероколитом) после перенесенной дизентерии. По совету родственников стала принимать препарат, привезенный ими из Швейцарии. В инструкции ничего не сообщалось о продолжительности лечения. После трехмесячного приема

МОДА НА... МЕДИКАМЕНТЫ

И. Г. ЛАВРЕЦКИЙ, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Всесоюзного центра по изучению побочного действия лекарственных средств МЗ СССР

утихнуть ажиотаж по поводу «бега трусцой от инфаркта», очковой диеты и гимнастики по системе йогов, как разгорелись страсти вокруг финской бани, сыроденения. Этот перечень, несомненно, можно продолжить. Трудно оценить ущерб, который причиняют своему здоровью люди, по собственному разумению применяющие то, что славит молва!

клерон, обзидан (индерал), оксиферрискорбон, мексаформ, мексаза и ряд других. Те, кто доставал их всеми правдами и неправдами и принимал на свой страх и риск, ожидая быстрого исцеления, были разочарованы: чуда не произошло. А его и не могло быть, так как каждый из перечисленных высокоэффективных препаратов имеет строгие показания к применению, как правило, длительному, в сочетании с другими лекарственными средствами.

Проблема модных медикаментов не может не тревожить, не волновать нас, специалистов, изучающих побочное действие лекарств. Ведь ажиотаж вокруг какого-либо медикамента неизбежно ведет к неоправданно широкому его применению, к повышению риска развития побочных реакций и осложнений.

В последнее время увеличилось число людей, по собственной инициативе приобретающих зарубежные препараты, многие из которых даже не разрешены к применению в нашей стране. Надо сказать, что к таким препаратам чаще всего прилагается коммерческая инструкция. Обычно она носит рекламный характер и не содержит сведений, регламентирующих порядок лечения и профилактики возможного побочного действия. А нередко бывает и так. Больной К., страдавший ишемической болезнью сердца, принимал пропранолол (аналогичный отечественному анаприлину). Инструкция предупреждала, что внезапно прекращать его прием недопустимо. Перевод с англий-

таблеток у больной развилось тяжелое состояние — комбинированное поражение периферических нервов рук и ног, спинного мозга и зрительных нервов. Или больная Н., 33 лет. По рекомендации знакомой лечилась мексаформом по поводу заболевания печени и желчных путей. На девятые сутки у нее обнаружили признаки поражения периферических нервов. Этой больной мексаформ был противопоказан, ибо функции периферических нервов были у нее нарушены. И хотя в инструкции значилось, что препарат запрещен при поражении нервной системы, больная не обратила на это внимания, не понимая медицинского существа вопроса. Естественно, что мексаформ усугубил имевшиеся нарушения.

Нельзя не сказать еще об одной группе «любителей» модных лекарств, для которых лекарство тем желаннее, чем оно дороже или дефицитнее. Вот уже лет пять повышенным спросом пользуется валокордин. Не однажды я был свидетелем, как фармацевты предлагали вместо этого ставшего вдруг дефицитным лекарства корвалол, ничем не отличающийся от него по составу и действию. Однако некоторых подобная замена не устраивает, словам врачей и фармацевтов они не верят и ходят из аптеки в аптеку в поисках — не побоюсь сказать — не столько лекарства, сколько модного названия.

В число модных препаратов попал и бруфен. Желающих принимать этот препарат очень много, просьбы о том, чтобы



Но особенно опасна мода на новые лекарства. Непостижимым образом мощные волны «информации» («Чрезвычайно полезно такое-то средство!»)

выписали именно бруфен, врачи слышат так же часто, как и утверждение, что «только он мне поможет».

Бруфен действительно обладает достаточно высокой противовоспалительной активностью, обезболивающим действием и эффективен при многих заболеваниях суставов, костей, мышц, периферических нервов. Кроме того, он реже, чем, например, ацетилсалициловая кислота и бутадйон, вызывает побочные реакции и, в частности, раздражение слизистой оболочки желудка.

Перечисление положительных качеств препарата невольно делает для некоторых пациентов совсем безобидным, как бы незаметным слово «реже». Действительно редко, но бруфен все-таки вызывает и раздражение и изъязвление слизистой оболочки желудка и некоторые другие нарушения. И, конечно, лечение бруфеном следует проводить под контролем врача, который знает меры профилактики его побочного действия. Об этом в первую очередь нельзя забывать больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

У больного М., 36 лет, в течение тринадцати лет страдавшего язвенной болезнью, внезапно начался пояснично-крестцовый радикулит. Сосед по квартире дал ему 10 таблеток бруфена, которым в свое время лечился от радикулита. «Через сутки боль как рукой снимет»,—уверил он. Но через сутки у М. появилась боль в подложечной области, которая вскоре распространилась по всему животу. После пятой таблетки бруфена началась рвота с примесью крови, стул стал дегтеобразным. Врач скорой медицинской помощи установил, что желудочное кровотечение—результат обострения язвенной болезни, вызванного бруфеном. Больной был госпитализирован в клинику Всесоюзного центра по изучению побочного действия лекарственных средств МЗ СССР.

Хочется надеяться, что случаи, о которых рассказано в этой статье, станут уроком для тех, кто верит досужей молве. Помните: лечение больного—дело врача. Положитесь на его знания и опыт!

Архитектурный облик Москвы трудно представить себе без знаменитого дома Пашкова—Библиотеки имени В. И. Ленина, без современных линий Библиотеки иностранной литературы, книгохранилища Института научной информации по общественным наукам АН СССР. И вот архитектурная премьера—оригинально спроектированное здание на улице Красикова. Здесь справилась новоселье одна из крупнейших научных библиотек мира—Государственная центральная научная медицинская библиотека (ГЦНМБ).

Открывая новое здание библиотеки, министр здравоохранения СССР академик Б. В. Петровский отметил огромную роль уникального отечественного хранилища медицинской литературы в прогрессе советской медицинской науки, в повышении квалификации врачей.

Центральная медицинская библиотека основана в 1919 году по инициативе первого наркома здравоохранения Н. А. Семашко. Сейчас это методический и библиографический научный центр всесоюзного значения.

Фонд библиотеки насчитывает около 3 миллионов книг и журналов, охватывает медицинскую литературу с XVI века до наших дней. Здесь хранятся антикварные фолианты—сочинения Гарвея, Гиппократы, Авиценны и других корифеев медицины прошлого.

...В 1792 году петербургский профессор Ф. И. Уден с помощью своего коллеги врача Клейна основал первый в России медицинский журнал «Санкт-Петербургские вра-

Новоселье

чебные ведомости». Это «руководство к познанию и врачеванию почти всех болезней, которым подвержены бывают знатные и богатые, женский пол, сидячие люди, дети» вышло тиражом 200 экземпляров и распространялось в основном в Петербурге. Сейчас в нашей стране издается 94 научных и специальных медицинских журнала; тираж отдельных изданий достигает 100 тысяч экземпляров! И все эти сокровища медицинского опыта, начиная с первого номера «Санкт-Петербургских врачебных ведомостей», хранятся в фондах Государственной центральной научной медицинской библиотеки. Разумеется, здесь полностью представлена и вся советская научная медицинская литература.

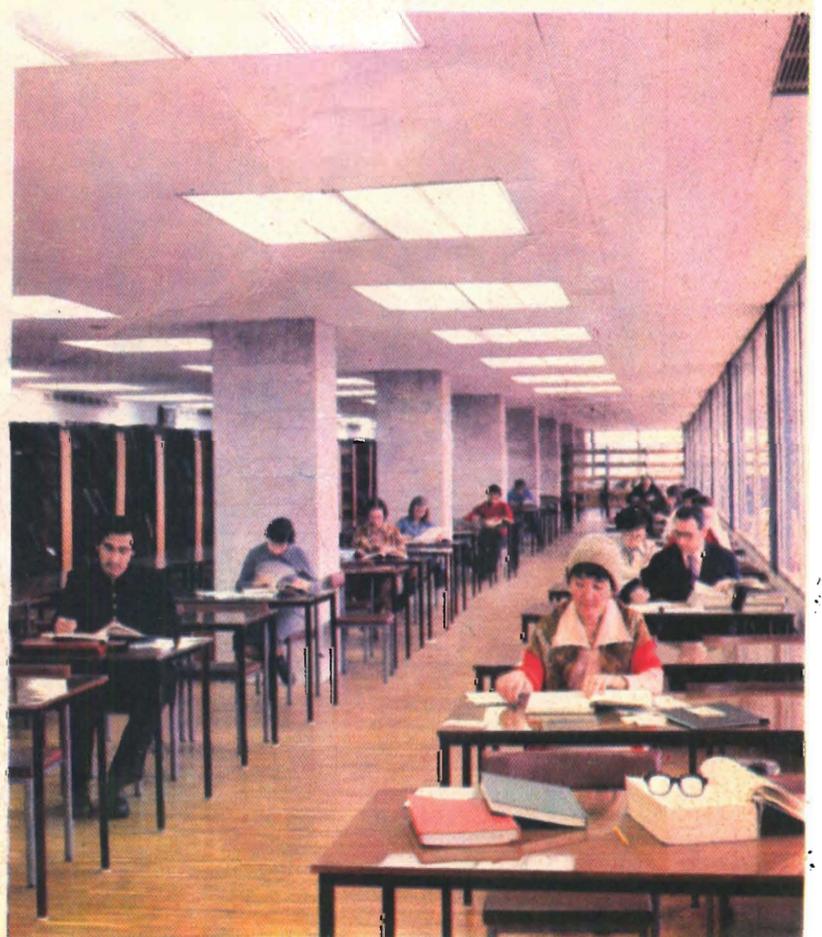
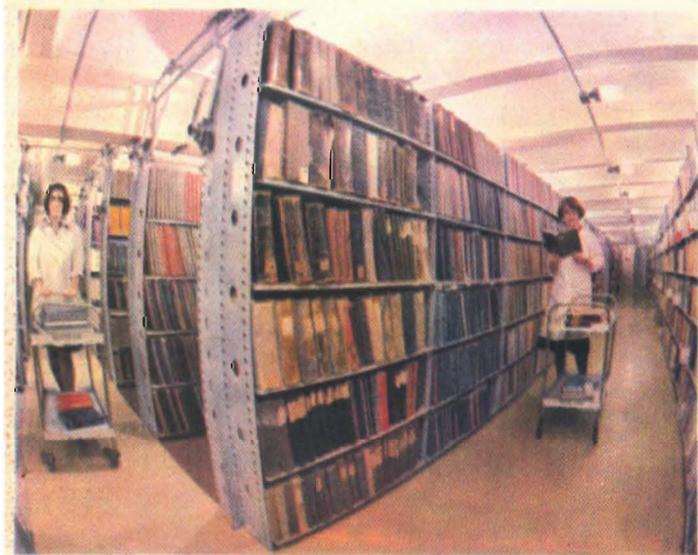
Ориентироваться в этом громадном книжном мире непросто, поэтому специалисты широко используют фонд справочно-информационных изданий, в котором собраны все отечественные и большинство зарубежных источников вторичной информации по медицине и смежным с ней областям.

В Советском Союзе свыше четырех тысяч специальных медицинских библиотек, но эта библиотека не случайно называется центральной. Она оказывает научно-методическую помощь медицинским библиотекам страны, издает информационно-библиографические указатели, осуществляет широкий книгообмен с зарубежными библиотеками, ведет справочно-библиографическую работу, организует книжные выставки (в том числе международные).

Впечатление от знакомства с новым книгохранилищем можно выразить одним словом—современно. Рациональная планировка помещений, компактное размещение справочных служб, оборудование отвечают последнему слову техники. Мраморные лестницы, просторные холлы, мягкий свет, красивая мебель создают атмосферу уюта и комфорта.

В читальных залах библиотеки одновременно могут работать 700 человек. К их услугам, помимо общих читальных залов, специальные залы, где можно ознакомиться с советской и иностранной периодикой, с диссертациями. Словом, здесь созданы все условия для плодотворной творческой работы, для повышения уровня профессиональных знаний советских врачей.

Н. МЕРЗЛЯКОВА

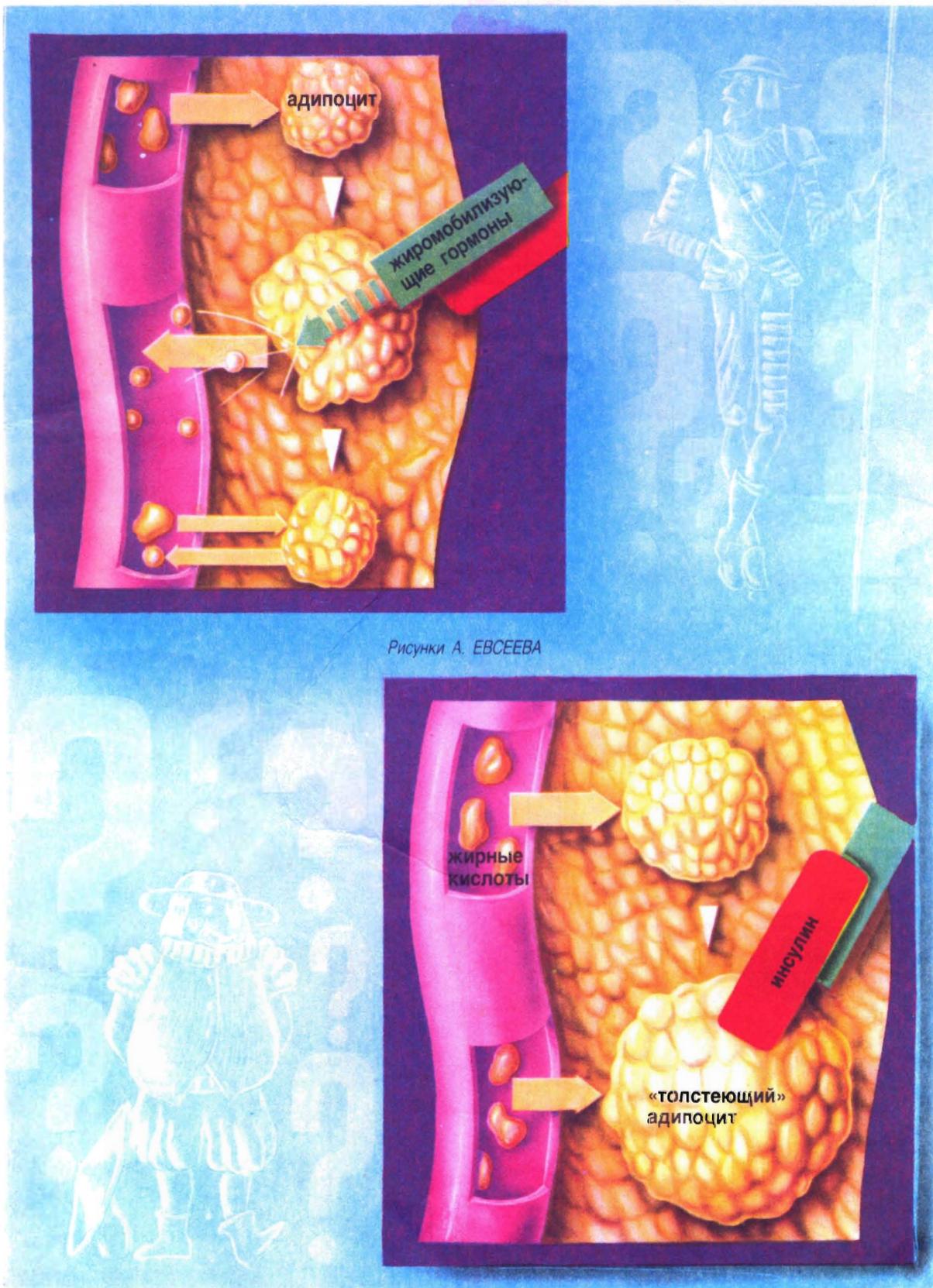


В читальных залах
и книгохранилище
библиотеки.

Фото Вл. КУЗЬМИНА

Вверху: пока клетки жировой ткани—адипоциты не ожирели, они регулируют уровень жирных кислот в крови в содружестве с жиромобилизующими гормонами.

Внизу: в процессе ожирения «толстеющие» адипоциты заручаются активной поддержкой инсулина, который препятствует выходу жирных кислот из адипоцитов в кровь.



Рисунки А. ЕВСЕЕВА

ЭТА ХИТРАЯ, ЖАДНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ

Г. В. ТАНАНОВА,
физиолог

Еще совсем недавно на вопрос — какова роль жира и жировой ткани в организме? — отвечали так: жиры — это источники биологической энергии, а жировая ткань — ее хранилище. А углеводы? Ведь они окисляются быстрее, чем жиры, и потому способны быстрее выдать необходимую энергию.

Были произведены сложные расчеты. Оказалось, что человек среднего роста весом 70 килограммов располагает запасами жира, которые могут обеспечить энергетические нужды организма на протяжении 40 дней полного голодания. А если бы те же потребности обеспечивались исключительно углеводами, то выдержать 40-дневное голодание мог бы лишь человек, весящий 140 килограммов! Следовательно, жиры обладают более высокой энергетической ценностью. Еще одно их преимущество: в отличие от углеводов, которые в организме содержатся в растворенном виде, жиры не требуют присутствия воды и весят намного меньше. Наконец, запасы углеводов не в пример жирам быстро истощаются.

Все эти качества и выдвинули жировую ткань на роль основного хранилища биологической энергии.

К тому же жировая ткань способна выполнять и другие не менее важные для организма функции. Например, жиры обладают низкой теплопроводностью. Подкожно-жировая клетчатка образует изоляционный слой, который предупреждает нерациональные потери тепла. Мягкая и одновременно упругая жировая ткань — идеальная «подушка» для внутренних органов, предохраняющая их от сотрясений при резких движениях и падениях. Наконец, как стало известно в последние годы, молекулы жиров и жироподобных веществ — это основной компонент многочисленных клеточных мембран, на внутренней и внешней поверхности которых постоянно протекают сложнейшие реакции обмена веществ.

Вот сколько функций у «простого» источника энергии. Именно поэтому расходовать жир на энергетические нужды в организме дозволено только «избранным» органам и только в критических ситуациях, когда ощущается нехватка углеводов. На особом положении разве что мышца сердца: 67 процентов потребляемого сердцем кислорода идет на окисление жирных кислот и не более 18 процентов — на окисление глюкозы. Всем другим мышцам такое право предоставляется после длительной и интенсивной работы, с тем чтобы они избежали опасности «энергетического кризиса».

Кладовщиками жира в организме служат специальные клетки-адипоциты. Скрупулезно собирают они каждую молекулу ценного топлива, превращая в жир все, что можно: различные углеводы, обломки молекул белка и других веществ. При этом адипоцит настолько переполняется жиром, что ядро вынуждено ютиться у самого края клетки.

Адипоциты внимательно следят за тем, чтобы уровень жира в крови соответствовал энергетическим потребностям организма. Когда мы перееедаем и в крови появляются излишки жировых молекул (прежде всего сложные соединения жирных кислот), адипоциты прини-

маются активно их усваивать. И, напротив, немедленно выбрасывают в кровоток молекулы жира, как только уровень его в крови падает ниже необходимой нормы.

Все как будто бы хорошо. Но выяснилось, что не все адипоциты одинаковы. В частности, у некоторых накопительство превращается в страсть, если так можно сказать о клетках: они предпочитают поглощать, а не отдавать жиры в кровь. Из-за этого даже в процессе нарастания веса тела при ожирении в крови обнаруживается мало жиров. Организм стремится обуздать зарвавшихся «скряг», выделяя в кровь жиромобилизующие гормоны, которые заставляют адипоцит отдавать жирные кислоты. Но он «хитрит»: вынужденный расставаться со своим добром, в то же время принимает различные меры, чтобы увеличить захват жира. С этой целью он вступает в контакт с инсулином.

Дело в том, что гормон поджелудочной железы — инсулин, способствующий, как известно, усвоению глюкозы и синтезу из ее метаболитов свободных жирных кислот, одновременно снижает активность распада жиров. И еще: понижая уровень сахара в крови, инсулин способствует возбуждению центров голода, повышению аппетита, перееданию, а значит, и накоплению жира в жировых депо. Таким образом, инсулин, упоминание о котором традиционно ассоциируется с углеводным обменом и сахарным диабетом, играет не менее важную роль в регуляции жирового обмена. Именно поэтому все формы ожирения — это состояния, как говорят специалисты, угрожаемые по сахарному диабету. И вот почему.

На первых этапах развития ожирения (когда человек о нем еще не подозревает) в ответ на увеличение размеров адипоцитов (и соответственно на накопление излишков жира) в кровь выделяются жиромобилизующие гормоны. Излишки жира в виде жирных кислот выводятся из адипоцита в кровь, доставляются в рабочие органы и там сгорают. Освободившаяся энергия идет либо на внутренние нужды, либо рассеивается в виде тепла. Нарушенное равновесие восстанавливается. Но недаром врачи всего мира бьют тревогу по поводу гиподинамии и переедания. По мере накопления «топливных» веществ и падения энерготрат жиромобилизующие гормоны перестают справляться с поставленной перед ними задачей, а растолстевший адипоцит уже не в состоянии повысить интенсивность обратного всасывания жиров, которые продолжают в избытке циркулировать в крови.

На этом-то этапе нарушения постоянства внутренней среды жирные кислоты, как предполагают сегодня ученые, и блокируют те участки клеточных мембран, которые взаимодействуют с гормонами, в том числе с инсулином. Дело в том, что из всех питательных веществ клетки особенно нуждаются в глюкозе, за усвоение которой отвечает инсулин. Когда жирные кислоты блокируют соответствующие участки мембраны, чувствительность к гормону снижается, и в центральную нервную систему поступает сигнал: инсулина не хватает! Следует немедленное указание поджелудочной железе:



выдать в кровь дополнительные порции гормона. А он, как мы уже знаем, препятствует выходу в кровь жирных кислот. В результате и уровень жира в крови падает до нормы и адипоцит может не расставаться с излишками жирных кислот.

Кто же страдает? Организм в целом. Размеры адипоцита продолжают увеличиваться, требуя от поджелудочной железы интенсивного выброса инсулина. Но ее компенсаторные возможности не безграничны. И по мере ослабления функции железы создаются предпосылки для развития сахарного диабета.

К слову, последние исследования позволяют утверждать, что пусковым моментом этого заболевания может быть нарушение регуляции жирового обмена в связи с перекармливанием. Уже тогда возникает порочный круг, разорвать который со временем становится все труднее. Поглощаемые в избытке жиры и углеводы стимулируют выработку больших количеств инсулина. Пока поджелудочная железа способна его вырабатывать, клетки какое-то количество углеводов усваивают в виде легко окисляемых сахаров, а остальное откладывают про запас—в виде жира адипоцитов. А как толстеющие адипоциты будут вести себя дальше, нам уже известно.

Адипоциты, особенно те из них, что стремятся к накопительству, держать в узде очень трудно. Как же быть? Пока наука может предложить лишь один выход: предупреждать рост их количества.

От адипоцитов, с которыми мы появляемся на свет, избавиться невозможно. Да и не нужно, они выполняют важную для организма роль. Но вот в каком темпе будет расти их количество и насколько, зависит от родителей. Дело в том, что адипоциты размножаются только в первые годы жизни. Поэтому постоянное перекармливание детей в этот период неминуемо влечет за собой бурное и даже чрезмерное размножение кладовщиков жира, приученных добросовестно выполнять свою основную роль. А ведь среди них может быть немало клеток, отличающихся особой страстью к накопительству.

К сожалению, родители, игнорируя естественную регуляцию аппетита у детей, как правило, их перекармливают. Пухленький, в «перевязочках» младенец умиляет маму и папу, бабушек и дедушек. И никто не задумывается, что ждет в будущем их усердно раскармливаемое чадо!..

Многое остается непознанным в регуляции жирового обмена. Почему, скажем, худые люди могут «безнаказанно» съесть в несколько раз больше полных? Какие интимные механизмы определяют взаимосвязь углеводов и жиров? Как разорвать порочный круг, возникший после установления тесного контакта между толстеющими адипоцитами и инсулином? Однако уже расшифрованные загадки жировой ткани заставляют ученых относиться к ней с интересом гораздо большим, нежели к простому резервуару биологической энергии. Все более становится ясным, что дальнейшее понимание закономерностей регуляции жирового обмена повысит эффективность методов оздоровления организма, продления жизни и творческого долголетия.

До сегодняшнего дня грипп остается одной из нераскрытых тайн природы, несмотря на то, что вирус, его вызывающий, выделен еще в 1933 году. Не удаётся пока ставить надежные преграды на пути эпидемий гриппа. Одна из причин—уникальная способность возбудителя этой инфекции к изменчивости. В состав генома вируса гриппа (носителя наследственности) входят восемь обособленных генов, в то



Д. К. ЛЬВОВ.
член-корреспондент
АМН СССР

время как генетический материал большинства других вирусов не фрагментарен. Это позволяет вирусам гриппа обмениваться отдельными генами, в результате образуются гибриды, или рекомбинанты, обладающие принципиально новыми свойствами. Вирусологи предполагают, что новый вирус гриппа образуется путем рекомбинации между вирусами гриппа человека и животных, главным образом диких птиц. Как объясняет это явление наука?

Ученые подметили интересную закономерность: все варианты вирусов гриппа, вызывавших когда-либо эпидемии, имели различную степень родства с вирусами птиц или млекопитающих. Более того, появлению новой эпидемической волны гриппа обычно предшествует циркуляция среди птиц и других животных вирусов, те или иные гены которых впоследствии оказываются включенными в состав вирусов, «ответственных» за эпидемии среди людей. Например, за пять лет до появления гонконгского вируса были выделены вирусы от уток, сходные с гонконгским по одному из поверхностных антигенов.

Вирусы, обусловившие эпидемию осенью 1977 года, по ряду свойств оказались сходными с



вирусами, обнаруженными советскими исследователями за два года до этого у китов, обитающих у берегов Антарктиды. А некоторые гены китового вируса оказались сходными с генами вируса гриппа птиц. Есть основания предполагать, что киты заразились гриппом от птиц, поедая зоопланктон, в который вирусы могли попасть из гуано (экскрементов птиц и содержащего их зобов). Большие количе-

Такое разнообразие клинической картины заболевания у птиц обусловлено, по-видимому, тем, что среди них в отличие от людей, у которых эпидемию вызывает обычно один вирус, могут циркулировать одновременно несколько разных вирусов гриппа. Они и становятся «прародителями» новых вирусов.

Некоторые пернатые, являясь носителями вирусов, остаются внешне здоровыми, что в незначительной степени свидетельствует о давности взаимоотношений вирусов гриппа с организмом птиц, о том, что они в какой-то степени приспособились друг к другу.

Откуда вирус гриппа проникает к птицам? Пока еще точно ответить на этот вопрос затруднительно. Возможно, от других животных, от человека.

Попав в организм птиц, вирусы гриппа могут сохраняться, не изменяясь, долгие годы, как в копилке, в то время как «поселяющиеся» среди людей довольно быстро изменяют свои свойства. Объясняется это во многом тем, что продолжительность жизни птиц гораздо короче и не успевает срабатывать механизм популяционного (массового) иммунитета, который заставил бы вирусы гриппа измениться, как это происходит с вирусами гриппа у человека. Возбудителю эпидемии среди людей приходится преодолевать выработанный к нему у многих переболевших иммунитет. Приспосабливаясь к трудным условиям, вирус начинает изменяться. В результате антигенного дрейфа — так называется процесс изменчивости вирусов гриппа, при котором происходит селекция мутантов под воздействием иммунитета, — происходят антигенные преобразования вирусов. Но преобразования лишь частичные в отличие от рекомбинации, порождающей принципиально новые варианты вирусов. Среди птиц же всегда имеется большое количество полностью неиммунных особей: в их организме вирусы находят прекрасные условия для существования, накопления и дальнейшего распространения.

Полученные в последние годы данные по экологии вирусов гриппа ставят перед исследователями новые важные задачи. Если мы, вирусологи, выделим максимальное количество циркулирующих в природе вирусов, иными словами, если мы «запа-

семся» генофондом вирусов гриппа, это поможет в случае начавшейся эпидемии в кратчайший срок вооружить врачей вакциной именно против вируса-виновника. Такая вакцина будет одним из действенных и надежных средств борьбы с коварным врагом. Более того. Изучив многообразие вирусов гриппа, мы сможем познать законы изменчивости их антигенных свойств, а главное, научимся ее прогнозировать и, значит, заблаговременно готовиться к достойной встрече с противником.

Такая работа в нашей стране ведется несколько лет и является частью международной программы ВОЗ по изучению экологии вирусов гриппа. В ее осуществлении участвуют специалисты более двадцати стран.

Вирусологи работают совместно с орнитологами, биологами и другими учеными. Орнитологи сообщают нам о случаях эпизоотий среди диких птиц. В эти места выезжают экспедиционные группы. Если оказывается, что заболевание вызвано вирусами гриппа, начинается изучение их свойств.

Кроме экспедиционных исследований, мы проводим и стационарные. Сотрудники Института вирусологии имени Д. И. Ивановского АМН СССР в содружестве с учеными многих других научно-исследовательских учреждений страны ведут наблюдения на постоянных базах, в частности на Камчатке, в Приморье. Этот далекий край выбран не случайно. Сейчас уже достоверно установлено, что новые эпидемические вирусы гриппа распространяются из стран Юго-Восточной Азии, из западной части бассейна Тихого океана. А названные районы служат оживленным перекрестком миграционных путей миллионов перелетных птиц, которые гнездуются в северной части азиатского материка, а на зимовку перелетают в страны Юго-Восточной Азии, в Австралию и Новую Зеландию. Поскольку пути перелетных птиц проходят и над территорией среднеазиатских республик, над бассейном Каспийского моря, в этих районах мы также активно ведем исследования.

Работа эта кропотливая и сложная, но плодотворная. За 5 лет изолировано и уже изучено около 20 вариантов вирусов гриппа!

ПРИЛЕТАЕТ



ства гуано находятся в океанических водах в местах расположения птичьих базаров.

Оказалось, что гриппом болеют не только птицы, но и свиньи, коровы, лошади. Недавно были выделены вирусы гриппа от северных оленей и от летучих мышей. И все же наибольшее количество разнообразных вариантов вирусов гриппа циркулирует среди диких птиц. Сравните: нам известно всего 4 вируса, вызывающих грипп у человека, и более 50 вирусов, распространенных среди птиц. И это несмотря на то, что вирус гриппа человека изучается более 40 лет, а активные исследования вирусов, поражающих птиц, начаты в последнем десятилетии. Есть основания считать именно птиц поставщиками вирусов гриппа человека и животных.

Грипп у птиц — инфекция не только респираторная, но и энтеровирусная: они заражаются как капельным путем, так и через воду, пищу. Грипп у пернатых протекает по-разному. Некоторые особи болеют тяжело, у них поражается центральная нервная система, развиваются параличи, многие птицы гибнут. У других болезнь протекает по типу острой кишечной инфекции. У третьих появляется кашель, насморк.

Вчера я лег спать совсем здоровым, разве что чувствовал себя уставшим чуть больше обычного. А проснулся больным: высокая температура, голова болит, дышу с трудом. Когда же я заболел? Разумеется, не ночью: вирус, который вызвал заболевание, проник в мой организм день-два назад или еще раньше. Это время—с момента, когда вирус начал свое болезнетворное действие, до появления первых симптомов—инфекцион-

Один из них—артериальное давление. Средняя общепринятая норма для здорового молодого человека выражается цифрами 120/60 миллиметров ртутного столба, где 120—это давление в момент сокращения мышцы сердца, а 60—в момент расслабления. Означает ли, что, зафиксировав у молодого человека давление, равное 100/50 или 140/100 миллиметров ртутного столба, врач уловил истоки гипотонии или гипертонической

лезни и началом выздоровления. Без большого преувеличения можно сказать, что мы начинаем выздоравливать, едва успеваем заболеть. Понимание диалектической сущности подобного процесса пришло лишь в последние годы.

ЕДИНСТВО ПРОТИВОПОЛОЖНОСТЕЙ

В начале и даже середине столетия понятие о здоровье связывалось почти исключительно с отсутствием болезни. Казалось бы, правильно: человек здоров до заболевания и после выздоровления. Но из этого следовал вывод: чтобы успешно лечить заболевшего человека и возвращать ему здоровье, достаточно знать лишь причины заболевания и механизмы его развития. Не случайно весь сложный комплекс реакций, протекающих в период «временной нетрудоспособности», объединялся термином «обратное развитие патологического процесса». Механизмов же собственно выздоровления как бы и не существовало. Во всяком случае, о них не говорилось, они не были предметом изучения.

Между тем еще И. П. Павлов особо подчеркнул роль «оборонительных приборов тела». Он считал, что они включаются в ответ на воздействие чрезвычайных факторов среды и обеспечивают «новое уравнивание организма со средой». Эту мысль великого физиолога, подкрепив экспериментальными доказательствами, развил его ученик, замечательный советский ученый А. Д. Сперанский. Он доказывал, что выздоровление—такой же активный процесс, как заболевание, что они неотделимы друг от друга и развиваются параллельно, взаимосвязанно. У каждого из этих противоборствующих процессов имеются свои закономерности, поэтому лечение должно основываться на познании как тех, так и других. О том же говорил и другой наш выдающийся современник—академик Н. Н. Аничков.

Механизмы выздоровления—это, по существу, те же механизмы поддержания гомеостаза, только действующие с большей интенсивностью и в иной группировке. Включаются они в период предболезни, когда начинают преобладать патогенные факторы внешней среды.

Правомерен вопрос: имеет ли все это значение для лечения? Безусловно. Казалось бы, подавляя или хотя бы ослабляя патогенный фактор, ломая механиз-

ПРЕДБОЛЕЗНЬ-

сты называют инкубационным периодом.

Но ведь организм не инкубатор, в нем ничего не вызревает (термин «инкубация» в переводе с латинского имеет несколько толкований, в том числе «высиживать яйца»): ни вирус, вполне «созревший» вне организма, ни болезнь. Тем более, если в качестве примера мы будем рассматривать другие болезни—сахарный диабет или авитаминоз, язвенную болезнь желудка или инфаркт миокарда. Ни одно из

болезни? Вовсе нет. Не исключено, что для данного человека в конкретных условиях именно эти цифры артериального давления нормальны. Они могут меняться в разные сезоны года и часы суток, зависеть от того, хорошо ли он спал, с какой интенсивностью работал, не было ли конфликтов, даже от победы или поражения любимой футбольной команды. Все это относится к любым параметрам нормы, иначе гомеостаза—динамического постоянства внутренней среды организма.

Как известно, оно поддерживается различными саморегулирующимися механизмами, которые противостоят воздействиям внешней среды. Такие воздействия чрезвычайно разнообразны: это и проникающие в организм микроорганизмы и перепады температуры, неподходящая еда, механическая травма, эмоциональные стрессы. Но благодаря непрекращающейся активности гомеостатических механизмов мы способны существовать даже в самых неблагоприятных, порой экстремальных внешних условиях. И заболеваем лишь после того, как в противоборстве с ними организм на какой-то момент ис-

БОЛЕЗНЬ-

этих заболеваний не вызвано каким-либо одним патогенным фактором, и период с начала отклонения от нормы, характеризующий здоровье, до появления первых признаков болезни иногда растягивается на годы. Поэтому сегодня специалисты в области патологической физиологии предпочитают говорить о периоде предболезни, когда в организме, в различных его органах и системах возникают и развиваются предпосылки к той или иной болезни. Уловить самое на-

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

чало предболезни, первые отклонения от нормы очень трудно, а в некоторых случаях еще невозможно. Прежде всего потому, что чрезвычайно трудно охарактеризовать само состояние нормы. Эта проблема—едва ли не сложнейшая в современной биологии и медицине. Норма здоровья для каждого человека всегда индивидуальна, так что мы имеем право говорить лишь о средних ее параметрах.

черпает резервы удержания нормы.

Однако, временно уступив «поле боя», пожертвовав ради сохранения жизненно важных менее существенными параметрами гомеостаза, организм производит перегруппировку сил и начинает очередной этап борьбы за восстановление нормы. Впрочем, это только условно позволительно провести водораздел между здоровьем, началом бо-

мы развития болезни, мы тем самым автоматически усиливаем защитные ресурсы больного. Но ведь многие химические препараты (если говорить о фармакологии) чужеродны для организма человека, их введение действует не только, скажем, на вирус или опухолевые клетки, но вызывает и побочный эффект. Например, противоопухолевые препараты одновременно подавляют и функцию некоторых форменных элементов крови. При этом организм или отдельные его системы вынуждены не только продолжать борьбу с основным врагом здоровья, но и тратить какие-то силы на нейтрализацию этого побочного эффекта. Поэтому в некоторых ситуациях бывает целесообразнее ограничиться лишь поддержкой, усилением защитных ресурсов организма, в других действовать в двух направлениях — как против фактора, вызвавшего заболевание, так и в поддержку механизмов выздоровления.

ЭТАЖИ ИНТЕГРАЦИИ

Но это не так просто, поскольку механизмы выздоровления, располагаясь на различных «этажах» организма и им же объединяемые (интегрируемые), могут представлять собой группы атомов, молекулярные «машины», клетки или ткани, комбинации органов и систем.

В последние годы внимание биохимиков и патологов привлекли молекулярные системы. Ионные взаимодействия, ферменты и другие биологически активные вещества, как известно, играют весьма существенную роль в регуляции физиологических (в том числе гомеостатических) и патологических процессов.

Изучение следующего уровня — полимолекулярных систем — привело к рождению новой мощной ветви современной науки, известной под названием молекулярной биологии. Рождение ее связывают с открытием ядерной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), что позволило изучать биологические явления на субклеточном и молекулярном уровнях. Руководствуясь рабочими гипотезами, подкрепляя и проверяя их сложными экспериментами, ученые показывают, что между микро- (молекулярными) и макросистемами организма постоянно существуют и действуют так называемые обратные связи. С их помощью осуществляет саморегуляцию не только здоровый, но и больной организм.

В частности, в нашем Институте общей патологии и патологической физиологии АМН СССР было экспериментально доказано, что любые приспособительные реакции организма — от тренированности к физической нагрузке (простая функция) до запоминания (сложная функция) — обеспечиваются благодаря активации синтеза нуклеиновых кислот и структурных белков. Чрезмерное напряжение связей между нейрогуморальной системой и внутриклеточным синтезом, их перенапряжение и срыв (мы предполагаем, что это один из важнейших моментов периода предболезни) играют существенную роль в развитии, например, хронической недостаточности сердца.

Поднимемся еще выше — на уровень ультраструктурных образований. Он включает в себя видимые уже в световой микроскоп клеточные органеллы. К ним, например, принадлежат содержащие разные ферменты вакуоли — лизосомы. Они активно участвуют в фагоцитозе (защите организма от чужеродных агентов — иммунитета), причастны к развитию аллергии, опухолевых заболеваний, травматического шока и т. д. Понятно, какое значение имеют лизосомы (и дальнейшее их изучение) в периоде предболезни и болезни для удержания гомеостаза и возвращения к норме.

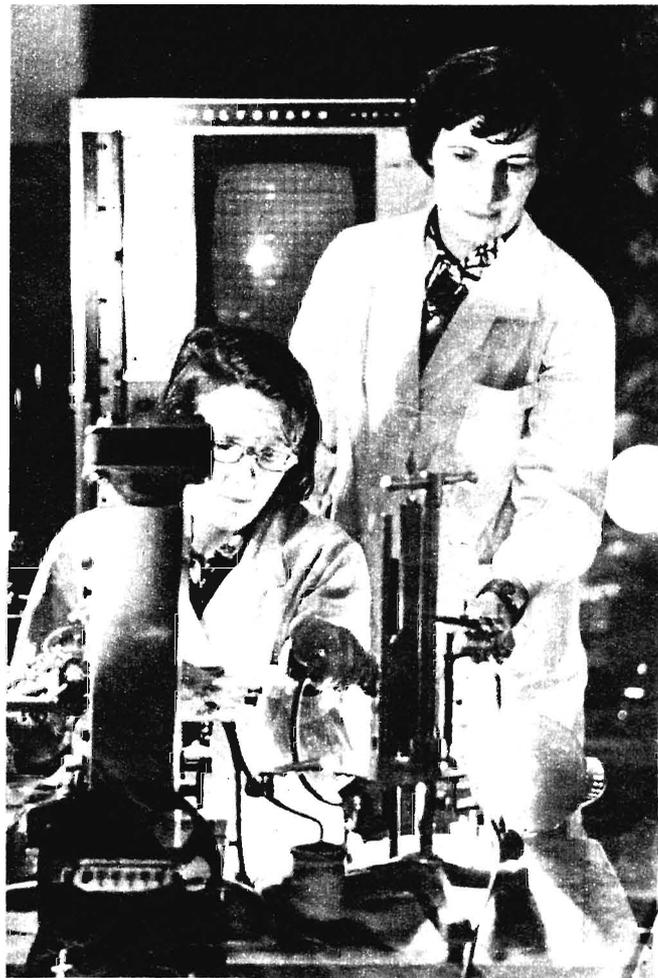
Эти структуры действуют в пределах клеток и во внеклеточных пространствах — на «этаже» тканевых систем, например, в крови, в жировой или мышечной ткани. Следуя по пути дальнейшей интеграции, мы выделим уровни тканевых функциональных элементов, органов и специализированных функциональных систем, например, эндокринной или дыхательной. Все это калейдоскопическое многообразие объединяется целостным организмом.

В некотором роде организм можно представить в виде айсберга, большая часть которого скрыта под водой. Все тончайшие биохимические реакции протекают «под водой» — в миллиардах молекул, клеток и их системах. Именно там, в глубине, начинается любая болезнь, возникают первые нарушения, характеризующие состояние предболезни. Механизмы удержания гомеостаза самостоятельно подавляют большинство «возмущений», возникающих на низших уровнях организма, не доводя это до нашего сознания. И лишь после того, как цепная реакция отклонений от нормы захватывает обширные регионы организма, превращаясь в генерализован-

ный (разлитой) патологический процесс, мы начинаем чувствовать себя плохо и идем к врачу.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ И КОМПЕНСАЦИЯ

Механизмы, препятствующие переходу предболезни в болезнь, а затем обеспечивающие выздоровление, условно можно разделить на восстановительные и компенсаторные. Первые



«работают» в основном на низших уровнях интеграции, в пределах тканевых систем (например, в случае кровопотери, вызванной травмой, необходимо восстановить нормальный объем крови и ее форменных элементов). Вторые включаются в защиту, когда в заболевание вовлекаются целые органы и специализированные системы.

Достижимая с помощью этих систем стабилизация относительна: компенсация жизненно важных функций нередко сопровождается ослаблением других, менее важных, но, разумеется, небеспольных. В организме образуются «слабые места». До поры до времени они не дают нам знать о себе. Но ослабленная, с истощенными ресурсами приспособления функциональ-

В Институте общей патологии и патологической физиологии АМН СССР изучаются противоборствующие механизмы развития предболезни, болезни и выздоровления.

Фото Вл. КУЗЬМИНА

ная система работает уже на пределе возможностей. И стоит человеку теперь попасть в неблагоприятную ситуацию, как происходит прорыв именно в этом слабом месте, и наступает декомпенсация—первое проявление болезни или рецидив хронического заболевания.

Демонстративный пример—развитие сосудистых коллатералей, возмещающих недостаток кровообращения при облитерирующем эндартериите. Вначале человек ничего не замечает: включающиеся в кровоток дополнительные сосудистые русла обеспечивают прежний уровень кровоснабжения и дыхания тканей. Но причина болезни не ликвидирована, болезнь все более преобладает над средствами защиты и выздоровления. В какой-то момент, чаще всего в ответ на чрезмерную физическую нагрузку наступают истощение и срыв компенсаторного кровоснабжения, резкое ухудшение питания тканей. Возникает сильная боль, и только в этот момент человек понимает, что болен.

ОБОРОНИТЕЛЬНЫЕ ПРИБОРЫ ТЕЛА

И восстановительные и компенсаторные реакции осуществляются, как уже говорилось, благодаря наличию в организме множества обратных связей, обеспечивающих интеграцию всех его уровней. Последовательность включения все более мощных «оборонительных приборов тела» и дополнительных ресурсов выздоровления можно проследить на примере возникновения и развития гастрита, а затем и язвенной болезни желудка. На этот счет существует много гипотез, некоторые связывают развитие болезни с нарушением проходимости двенадцатиперстной кишки, забросом из нее желчи и щелочного содержимого в желудок с предварительными или последующими биохимическими сдвигами в его слизистой оболочке, в частности дефицитом простагландинов.

Пищеварение в здоровом желудке протекает в кислой среде. Следовательно, его первая задача—нейтрализовать щелочной заброс. Клетки слизистой оболочки желудка начинают усиленное производство соляной кислоты.

На первых этапах развития патологического процесса этого оказывается вполне достаточно. И если диагностические исследования выявили заболевание на начальном уровне, врач может вмешаться, помочь выздоровлению и предупредить даль-

нейшее прогрессирование болезни. Если же время упущено, организм вынужден самостоятельно компенсировать нарастающие расстройства. Клетки слизистой оболочки желудка, эволюционно «незнакомые» со щелочной средой, перестраиваются в клетки типа кишечных.

Подобная компенсация может удовлетворять и пищеварительную систему и организм в целом на протяжении многих лет. Но хотя важная пищеварительная функция осуществляется и организм, вспомним еще раз выражение И. П. Павлова, уравновешен со средой, дальнейшее нарушение регуляции деятельности органов желудочно-кишечного тракта, в том числе нарастающая непроходимость ниже желудка, усиление щелочного заброса и желчи, а также ряд других неблагоприятных воздействий и расстройств, в первую очередь дисбаланс физиологически активных веществ, могут привести к срыву компенсации и обострению заболевания.

Современный уровень развития всех медико-биологических дисциплин раскрывает перед нами не только сложнейшую интеграцию организма, но и в который раз обнажает его поразительную пластичность—взаимозаменяемость и функциональную перестройку клеток, тканей, органов и систем. Уже сегодня изучение механизмов такой надежности помогает врачам находить более совершенные средства физиологической профилактики и лечения, поддержки гомеостатических механизмов саморегуляции, механизмов восстановления и компенсации. Причем лечение не обязательно должно выражаться в фармакологическом или оперативном вмешательстве. Иной раз достаточно обеспечить больному относительный физический и полноценный психический покой, упорядочить ритм жизни и пищевой рацион, избавиться от факторов риска, как организм самостоятельно справится со своими «внутренними» затруднениями.

Разобраться в этих сложнейших сплетениях патологии, восстановительных и компенсаторных реакций может только врач, вооруженный современными методами диагностики. Задача больного—проявляя максимум уважения к «мудрости» организма и знаниям врача, безоговорочно следовать советам специалиста, выполняя его лечебные рекомендации во время болезни, а профилактические—не только после выздоровления, но и всю жизнь.

Статистика утверждает: у каждого десятого человека повышена чувствительность организма к тому или иному веществу. Аллергические заболевания, распространенные столь широко, протекают длительно и по-разному проявляются. Естественно, многих интересует, как вести себя, чтобы снизить реактивность организма к аллергену, избавиться от проявлений аллергии. В этой статье я постараюсь ответить на вопросы, с которыми пациенты наиболее часто обращаются к аллергологу.

ВРАЧ
РАЗЪЯСНЯЕТ.
ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ.
РЕКОМЕНДУЕТ



Еще

Передаются ли аллергические заболевания по наследству?

В настоящее время с достаточным основанием можно утверждать, что сами по себе аллергические заболевания от родителей детям не передаются. Однако предрасположенность к ним по наследству передается.

По данным американского аллерголога Кука, от отцов предрасположенность к аллергическим заболеваниям передается в 30 процентах случаев. Если больна мать, вероятность заболевания возрастает до 50 процентов, а когда оба родителя—до 75 процентов.

Но всегда ли проявляется предрасположенность? Нет, она отнюдь не фатальна и реализуется только в определенных—отягощающих условиях. Назовем главные из них: очаги хронической инфекции в организме, такие, как нелеченные зубы, хронический тонзиллит, частые простудные заболевания. И более всего предрасполагают к развитию аллергии заболевания желудка, кишечника, печени, желчных путей. Сказывается повышенная проницаемость измененной воспалительным процессом слизистой оболочки кишечника, недостаточность ферментов, способных расщеплять белки пищи. Попадая в кровь, такие белки становятся чужеродными для организма и способны вызвать аллергические реакции.

Вот почему страдающим холециститом, гастритом, колитом, энтеритом надо упорно и тща-

тельно лечиться, выполнять все назначения врача. Это во многих случаях помогает снизить чувствительность организма к различным аллергиям:

Что вызывает аллергические заболевания у детей?

Аллергический профиль, как говорят специалисты, формируется чаще у тех, кто находится на искусственном вскармливании. Аллергеном может стать для ребенка коровье молоко; точнее, его белок, значительно

его в минимальной дозе: несколько капель молока, разведенного водой, а затем постепенно увеличивают его количество. И человек начинает лучше переносить молоко.

У меня аллергия к холоду: в морозную погоду на лице появляются красные пятна, кожа шелушится. Что мне делать?

Преодолеть аллергию к холоду помогает закаливание, постепенное, систематическое. Начните с водных процедур: обли-

елит, и дифтерия, и туберкулез представляют для него большую опасность, нежели возможные осложнения после введения вакцины.

Отчего бывает аллергия к лекарствам?

В большинстве случаев она возникает как следствие самолечения, бесконтрольного приема лекарств, в особенности антибиотиков. Поэтому очень своевременно введение Министерством здравоохранения СССР нового порядка получения

раз об аллергии Л. М. ИШИМОВА, профессор

отличающийся от белка материнского молока. На втором месте — белок яйца. У маленьких детей аллергия проявляется в виде поражения кожи и пищеварительного тракта, реже — дыхательных путей. Аллергический насморк и бронхиальная астма бывают обычно у детей старше трех лет.

Когда ребенок достигает 10—14-летнего возраста, нередко он перестает страдать от аллергии.

У меня повышена чувствительность к пищевым продуктам. Как быть?

Сначала с помощью аллерголога необходимо выяснить, действительно ли у вас пищевая аллергия. И если да, то какой именно продукт ее вызывает. Взрослые наиболее часто реагируют на клубнику, помидоры, цитрусовые, шоколад, рыбу, пшеничную муку, молоко, яйца. Если обнаружена непереносимость того или иного продукта, надежнее всего исключить его из рациона.

Можно попробовать изменить кулинарную обработку продуктов: есть яйца не всмятку, а вкрутую, из свежей клубники или лимона варить варенье.

Специалисты разработали метод лечения пищевой аллергии, основанный на принципе специфической гипосенсибилизации — постепенном снижении чувствительности организма к непереносимому продукту. Если, к примеру, человек плохо переносит молоко, сначала ему дают

равания, обливания, душа. Кожу растирайте до покраснения махровым полотенцем. Детали, касающиеся длительности той или иной процедуры, температуры воды, уточните с лечащим врачом.

Мне кажется, что аллергию у меня вызывает шерстяное одеяло. Может быть, его продезинфицировать?

Это бесполезно. Шерсть после кипячения и чистки все равно остается шерстью. И если врач подтвердит ваши предположения относительно того, что шерсть стала для вас аллергеном, замените шерстяное одеяло ватным.

От аллергии я несколько месяцев подряд принимаю димедрол. Не вредно ли это?

Напрасно вы так делаете. К димедролу со временем может развиваться привыкание. Поэтому мы рекомендуем пациентам принимать димедрол только в период обострения, и то в течение одной-двух недель.

Не является ли аллергическое заболевание матери противопоказанием для профилактических прививок детям?

Заболевание матери не является противопоказанием для вакцинации ребенка. В том случае, если болен ребенок, вопрос о прививках решается строго индивидуально. Ибо и полиоми-

лекарств в аптеках. Это, в частности, один из путей борьбы с самолечением и возможным возникновением аллергических заболеваний.

Должна, кстати, сказать, что не каждая болезненная реакция организма на лекарственные вещества обязательно аллергическая. Клиницистам известны токсические реакции на лекарства при их передозировке, индивидуальная непереносимость обычных доз препарата и, наконец, аллергическая реакция.

В истории болезни тех, у кого отмечается лекарственная аллергия, делается соответствующая отметка. И сам человек должен знать, какие препараты ему принимать нельзя. Об этом же надо обязательно сообщить медицинским работникам, если случится обратиться за помощью не к своему лечащему врачу, не в свою поликлинику.

Можно страдающему аллергией лечиться травами?

В принципе можно, но только прежде посоветовавшись с аллергологом, чтобы узнать, нет ли в травах, которые вы собираетесь принимать, опасного для вас аллергена. В пояснение приведу такой пример. Полынь — хорошее желчегонное средство, повышающее к тому же секрецию желудочного сока, аппетит. Но страдающему холециститом в сочетании с бронхиальной астмой, вызываемой пылью полыни или сходной с ней амброзии, полынь принимать нельзя.

1 «Как лучше хранить и заваривать сухой шиповник?»

ШИПОВНИК



Хранить плоды лучше всего в стеклянной посуде в темном месте, так как от действия солнечного света витамин С разрушается.

Не рекомендуется держать плоды шиповника в полиэтиленовом пакете — они могут «задохнуться», заплесневеть. По этой же причине стеклянную банку нужно сверху завязывать марлей, а не закрывать плотно крышкой.

Настой шиповника можно готовить так: столовую ложку измельченных плодов заливают стаканом кипятка и кипятят 10 минут на слабом огне в эмалированной посуде, плотно закрытой крышкой. Затем отвар настаивают в течение 10—12 часов.

Но лучше приготовить настой шиповника в термосе. Плоды надо промыть, затем в ступке или ножом измельчить, засыпать в термос, залить крутым кипятком (из расчета одна столовая ложка плодов на стакан кипятка), плотно закрыть пробкой. Лучше всего это делать с вечера и настаивать плоды в течение 6—8 часов. Измельченные плоды настаивают немного дольше—10—12 часов. Утром настоем процеживают через сложенную вчетверо марлю, плоды отжимают. Пьют за завтраком вместо чая. В таком напитке содержание витаминов С и Р в несколько раз превышает содержание этих витаминов в настоях, приготовленных в обычной посуде.

2 «Сейчас в продаже имеется большой ассортимент туалетного мыла. Чем руководствоваться при его выборе?»

ТУАЛЕТНОЕ МЫЛО

Выбирая для себя туалетное мыло, учитывайте прежде всего индивидуальные особенности кожи.

Те, у кого нормальная или жирная кожа, могут применять практически любое мыло: «Лада», «Руслан», «Бархатистое», «Аленушка», «Березка», «Красная Москва», «Прима», «Свобода», «Юбилей», «Подарочное», «Табак», «Хвойное», «Семейное», «Цветочное», «Земляничное», «Банное», «Хозяйка». Покупайте то, что вам больше нравится по аромату, цвету, форме и подходит по цене.

Если кожа лица и рук сухая, лучше пользоваться таким мылом, которое содержит специальные косметические добавки: «Косметическое», «Оникс», «Арбат», «Русский лес», «Лесная сказка». В состав мыла перечисленных названий входят либо отдельные косметические компоненты (ланолин, спермацет, оливковое масло), либо смесь жировых компонентов в виде косметического крема. Эти добавки предохраняют кожу от обезжиривания.

Мыло для детей «Ну, погоди!», «Детское», «Чебурашка», «Малышам» содержит ланолин и борную кислоту. Такое мыло более мягкое, конечно, не по консистенции, а по действию, которое оказывает на кожу. Многие взрослые, имеющие чувствительную кожу, пользуются мылом «Детское». Однако им следует знать, что такими же свойствами обладает мыло высшего сорта («Арбат», «Свобода», «Юбилей», «Подарочное», «Лада», «Руслан», «Лесная

сказка»), которое изготавливается из жиров высшего качества, хорошо образует пену и имеет более приятный запах, чем «Детское». Необходимо заметить, что многие неоправданно пользуются мылом «Детское» для мытья головы: содержащийся в нем ланолин делает волосы липкими, тусклыми и не способствует удалению с волос механических загрязнений. Для мытья головы лучше всего пользоваться шампунями и обычными сортами мыла.

Любое туалетное мыло обладает слабым антисептическим действием. Чтобы его усилить, мыло некоторых сортов готовят со специальными дезинфицирующими добавками. Например, «Карболовое» содержит карболовую кислоту, «Дегтярное» — деготь, «Борно-тимоловое» — тимол. Мыло «Карболовое», «Дегтярное» и «Борно-тимоловое» рекомендуется тем, кто с особой тщательностью должен следить за чистотой рук: работникам пищевой промышленности, детских и медицинских учреждений.

Против перхоти, зуда, сухой и жирной себореи кожи головы в качестве лечебного средства, назначаемого врачом, может быть использовано туалетное мыло «Сульсеновое», содержащее селенистую серу, или туалетное мыло «Дегтярное».

3 «Посоветуйте, чем уничтожать тараканов».

ТАРАКАНЫ

Для уничтожения тараканов можно использовать препараты, созданные на основе хлорофоса: «Хлорак», «Хлороль», «Фосфолан», «Хлоропин», а также препараты «Неопин», «Боракс», порошок пиретрума, аэрозольные баллоны «Прима-71».

Препарат наносят на путях передвижения тараканов полосами шириной от 3 до 20 сантиметров. Обрабатывают в первую очередь пороги, плинтусы и прилегающие к ним участки стен и пола, трубы водопроводной и канализационной систем, места прохождения этих труб через стены, потолок и пол, щели в стенах, поверхность мебели, обращенную к стенам и полу.

Перед обработкой помещения уберите посуду в закрытый шкаф, в буфет, вынесите продукты. Их можно оставить только в



непроницаемой для паров инсектицидов упаковке — в герметически закрытой стеклянной или жестяной таре, в холодильнике. Перед обработкой помещения откройте форточки или окна и не закрывайте до полного исчезновения запаха препарата. В помещении не следует находиться никому, кроме того, кто проводит обработку. Кошку или собаку на это время выведите. Если наденьте ватно-марлевую повязку (между слоями марли следует проложить вату), а после обработки и уборки помещения тщательно вымойте руки и лицо. Наибольшего успеха можно добиться, если обработка проводится одновременно в квартирах всего дома или хотя бы подъезда.

ПОЧТА
ОДНОГО
ДНЯ

СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.
Научный сотрудник
Института питания
АМН СССР
П. П. ЛЕВЯНТ —
К. М. Реус,
Хабаровск

2.
Главный специалист
московского
производственного
объединения
косметической
промышленности
«Свобода»
Л. В. СИМОНОВА —
И. Е. Лещенкову,
Витебск

3.
Старший инспектор
Главного
санэпидуправления
МЗ СССР
Л. А. МАНЕВИЧ
и кандидат
биологических наук
Л. И. БРИКМАН —
Т. Семеновой,
Тульская область

4.
Стоматолог
Г. П. МАКАРОВА —
Д. Е. Ленковой,
Иваново

5.
Главный
дерматовенеролог
Главного
лечпрофуправления
МЗ СССР
М. В. ЯЦУХА —
читателю Н.,
Москва

6.
Доктор
медицинских наук
А. И. ЛЕНЮШКИН —
Шувиковым,
Петропавловск-
Камчатский

4 «Можно ли после удаления зуба полоскать рот марганцовкой?»

ПОЛОСКАНИЕ МАРГАНЦОВКОЙ

Если вам врач не назначил после удаления зуба полоскать рот раствором марганцовокислого калия, то не надо этого делать. Такая процедура может повлечь за собой вымывание кровяного сгустка из лунки, оставшейся на месте удаленного зуба, замедлить ее заживление и даже вызвать кровотечение. Полоскание 0,1—0,2-процентным раствором (розового цвета) марганцовокислого калия обычно рекомендуется при различных гнойных воспалительных процессах в полости рта, в том числе при гингивите (воспалении десен), а также в случае перелома челюсти (после наложения шины). Эту процедуру врач назначает также, если пациент ощущает неприятный запах изо рта.

Во всех этих случаях полоскать рот раствором марганцовокислого калия следует 3—4 раза в день, чередуя его с растворами других антисептических средств: перекиси водорода, фурацилина, и только в течение времени, рекомендованного врачом. Длительное воздействие раствора марганцовки может обусловить сухость во рту. Хочу предупредить также, что использование раствора более высокой, чем следует, концентрации (темно-фиолетового цвета) влечет за собой ожог слизистой оболочки полости рта.

5 «Расскажите о пунктах профилактики венерических болезней».

ПУНКТ ПРОФИЛАКТИКИ

Такие пункты (их называют также пунктами личной профилактики) созданы в кожно-венерологических диспансерах и некоторых других лечебно-профилактических учрежде-



ниях, расположенных вблизи портов, вокзалов, крупных автопарков и гостиниц, рынков, мотелей, зон отдыха.

На здании учреждения, в котором находится пункт, имеется световая реклама. Объявления о местонахождении пунктов помещаются в аптеках, общественных туалетах и т. д. Кроме того, исчерпывающую информацию о пунктах можно получить по телефону, позвонив в городской, районный кожно-венерологический диспансер.

Обратиться в пункт индивидуальной профилактики венерических болезней можно в любое время—они работают круглосуточно. Обратившийся не обязан называть свою фамилию.

Действие профилактических средств тем надежнее, чем раньше их применяют. Когда в пункты индивидуальной профилактики обращаются в первые два часа после половой близости, заболевание сифилисом, гонореей, как правило, удается предупредить. Однако следует твердо помнить: самой надежной профилактикой венерических заболеваний служит воздержание от внебрачных, случайных половых связей.

6 «Отчего у детей бывает выпадение прямой кишки? Как ее вправлять?»

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Этим страдают обычно дети преимущественно в возрасте от 1 до 4 лет.

К выпадению прямой кишки предрасполагает заболевание, сопровождающееся сильным похудением ребенка, что вызывает слабость мышц тазового дна.

Непосредственной причиной выпадения прямой кишки могут стать понос и тенезмы при дизентерии и диспепсии, частые бесплодные натуживания при разного рода привычных запорах. Выпадает прямая кишка и у детей, родители которых не обращают внимания на то, что их дети подолгу сидят на горшке, а также на короточках во время игры.

Лечение выпадения прямой кишки проводят в домашних условиях под контролем врача. Оно заключается прежде всего в создании условий для максимального уменьшения напряжения мышц брюшного пресса при опорожнении кишечника. Для этого ребенка приучают испражняться не на горшке, а на судне или на клеенке, лежа на спине со свисающими с кровати ногами или лежа на боку.

По совету врача следует предпринять необходимые меры для ликвидации поноса или запора. При склонности к запорам, в частности, рекомендуется давать ребенку вазелино-

вое или растительное масло по 1 десертной ложке 3 раза в день. Можно ставить очистительные клизмы, в ежедневный рацион включать чернослив, свеклу и другие продукты, обладающие послабляющим действием.

Как вправить выпавшую кишку? Положите ребенка на спину. Выпавший участок кишки обильно полейте вазелиновым маслом и, осторожно захватывая через марлевую салфетку пальцами обеих рук, постепенно и осторожно вправляйте. После вправления кишки положите ребенка на живот и на 3—5 минут сведите ему ягодицы.

В комплекс лечения входит лечебная физкультура, которая помогает укрепить мышцы тазового дна. О том, какие нужно выполнять упражнения, расскажет врач. Когда родители следуют тщательно советам врача, в 90 процентах случаев лечение дает хорошие результаты. Но не раньше, чем через 2—4 месяца.

Если все эти меры окажутся безуспешными, врачи направляют ребенка на лечение в больницу. В исключительно редких случаях прибегают к оперативному вмешательству. Его производят детям в возрасте не младше 5—7 лет в специализированных детских хирургических стационарах.



КОРОТКО О РАЗНОМ

«Когда носить парик?»

Во всяком случае, не летом, не в жару. Но даже в холодное время года не надевайте его более чем на 2—3 часа в день. Поскольку парик делается на синтетической основе, кожа под ним «не дышит», потеет, и если носить его постоянно, волосы потускнеют и станут выпадать.

«Вредно пить от двух до шести бутылок пива ежедневно?»

Вредно ежедневно выпивать даже и одну бутылку пива! Большое количество пива перегружает сердечно-сосудистую систему, а длительное систематическое его употребление способствует образованию так называемого пивного сердца, функции которого резко снижены. Кроме того, в пиве в небольшом количестве содержится алкоголь, а, как известно, систематическое употребление даже небольших доз алкоголя со временем поражает печень, желудок и другие органы.

«Можно отмороженный участок кожи растирать снегом?»

Нет, нельзя. Содержащиеся в снеге мельчайшие льдинки могут поранить кожу, в ранку попадет грязь. К тому же вода, которая образуется при таянии снега, испаряясь, усиливает охлаждение кожи. Лучше растереть ее чистым носовым платком, рукой, а затем протереть спиртом или водкой и прикрыть шерстяным шарфом или платком это место. Чтобы предупредить отморожение кожи, перед выходом на улицу в сильный мороз смажьте ее любым животным жиром, но ни в коем случае не косметическим кремом!

«Почему у женщин в период климакса развивается ожирение?»

Имеются научные данные о том, что половые гормоны оказывают нормализующее действие на жировой обмен. С угасанием половой функции снижается активность этих гормонов, что и приводит к ожирению.

«Может ребенок заболеть корью второй раз?»

Повторное заболевание корью очень редко, но бывает. Обычно это случается, если ребенок первый раз перенес корь в легкой форме.

НЕ СТОИТ ПРЕУВЕЛИЧИВАТЬ, НО НЕЛЬЗЯ И НЕДООЦЕНИВАТЬ

«Недавно я прочитал книгу писателя Б. Агапова «Шесть заграниц». На странице 102 меня поразила фраза: «Чувство невозможности войти в минувший мир похоже на стенокардию, болезненное стеснение в груди, предвестник смерти. Остановись, мысль,—ты ужасна!» Не могу выразить, какое воздействие оказало это «сообщение» на меня, человека больного. А таких, как я, ох, как много! Разве не гуманнее было избежать страшного определения. Что скажут об этом клиницисты, помогут ли они мне, прочитавшему эти строки, освободиться от ужасного сознания, что я обречен?»

Справедливый и человечески выстраданный упрек автора этого письма инженера Б—ва.

Всем известно, как больно ранит неосторожно сказанное слово. А слово печатное действует еще сильнее. Ведь читатели уверены, что берущийся за перо—человек знающий, много видел, перечувствовал, осмыслил. И вдруг такое сравнение... Что же за ним стоит?

Как читатель должен сказать, что сравнение это не показалось мне ярким, убедительным, оно неудачно уже потому, что неточно. Почему невозможность вернуться в прошлое должна восприниматься как болезнь, как предвестник смерти?

Видимо, писатель исходил из своих личных ассоциаций, а с позиций современной медицины такое сравнение совершенно неоправданно.

За последние годы кардиология сделала гигантский шаг вперед. Велики наши успехи в борьбе с ишемической болезнью сердца—со стенокардией, с инфарктом миокарда. Еще 15 лет назад больной инфарктом должен был не менее месяца лежать без движения, нередко он терял трудоспособность, становился инвалидом. При современных методах лечения появилась возможность разрешить ему уже в первые дни заболевания дви-

гаться в постели; через три-четыре недели при благоприятном течении заболевания пациента выписывают, как правило, домой.

Но представления людей более консервативны, чем жизнь. Недавно в метро я слышал разговор двух женщин. «У моего мужа был инфаркт,—говорила одна.—Как я боялась, думала, что он погибнет. Но все кончилось благополучно, представляете, он даже вернулся на работу!» «Если бы не вы рассказали, я не поверила бы, что так бывает»,—поддержала ее знакомая. И это в наше время, когда 85 процентов перенесших инфаркт миокарда возвращаются к работе!

Как видите, даже инфаркт миокарда не является сейчас чем-то фатальным. Тем более безнадежно устарело представление автора книги о стенокардии.

«У кого что болит, тот о том и говорит»,—гласит народная поговорка. Надо сказать, что страдающие ишемической болезнью сердца, и в частности стенокардией, отличаются избирательным восприятием того, что имеет хоть какое-либо отношение к их болезни и ее социальным последствиям. Каждый врач неоднократно наблюдал эту особенность многих своих пациентов. Но есть и объективные свидетельства—результаты специальных исследований. Внешне это выглядит так: врач произносит ряд нейтральных, индифферентных слов и фраз и одновременно следит за ответной реакцией больного по показаниям регистратора кожно-гальванического рефлекса и электрокардиограммы. И когда наряду с безразличными для пациента словами произносятся такие,

как: «плохо с сердцем», «инвалидность»,—они, судя по показаниям прибора, дают сильную ответную реакцию. Эти слова повышено значимы для больных стенокардией, как и вообще все, имеющее хотя бы косвенное отношение к их болезни.

Совсем простой пример. После долгого отсутствия приезжает брат в гости к сестре. А она встречает его словами: «Я уже думала, что ты умер: все тебя нет и нет». Здоровый человек не обратил бы на это внимания, а ее брат, страдающий стенокардией, отреагировал бурно: выбежал из дома, хлопнув дверью так, что вылетело стекло.

Вот почему в семье, в рабочем коллективе очень важен такт в общении с такими людьми. К ним надо относиться благожелательно, с пониманием. Но это не значит, что с ними надо нянчиться, создавая тепличную атмосферу, лотакая капризам. Выбрать золотую середину, конечно же, непросто, но при желании возможно.

Нередки случаи, когда страдающий стенокардией не только болен, но и все больше входит в роль больного, невольно или вольно старается ее играть. И тем самым отрезает себе путь к выздоровлению. Главная ошибка обычно заключается в отказе от физических усилий, от общения со знакомыми, друзьями, в боязни волнений, любых эмоций.

Преодолеть эту пагубную пассивность очень важно! Справится ли с этой задачей больной, во многом зависит от того, какую позицию займут близкие люди. Почему я, психолог, так настойчиво говорю о физической активности? Потому что она способствует устранению невротических наслоений, которые обостряют у человека ощущение

В. П. ЗАЙЦЕВ,
доктор
медицинских наук

своей болезни, как бы увеличивают ее масштаб. Самое общедоступное средство физической тренировки — ходьба. Ее объем и темп надо согласовать с лечащим врачом. Главное правило — начинать с малого и очень постепенно, но последовательно увеличивать нагрузку.

Наши пациенты, которые с опаской прежде выходили на улицу, окрепнув, делают это с радостью, так как реально чувствуют улучшение. Поднимается их эмоциональный настрой, повышается, если можно так сказать, качество жизни.

Однако я не хочу, чтобы меня поняли так, будто с ишемической болезнью сердца можно не считаться. Она требует жизненно необходимых мер: безусловного отказа от курения, строгого следования режиму, и, конечно же, соблюдения всех назначений врача.

И не надо стесняться, если есть необходимость, обращаться за помощью к невропатологу или психиатру.

Нельзя не упомянуть и еще об одной категории больных: мы их называем отрицателями болезни. Их не пугают никакие метафоры, они не прислушиваются к предостережениям врачей, не верят в то, что больны, а значит, и не лечатся, не меняют образа жизни. Переоценивая свое физическое благополучие, они расплачиваются за это здоровьем и даже жизнью.

Как видите, в лечении страдающих ишемической болезнью сердца возникает немало психологических проблем. Не случайно кардиологи все теснее объединяют свои усилия с психологами. Ибо психическая устойчивость, активность больного, его уверенность в своих силах, оптимизм поистине целительны!

Опросите себя

В. А. КЛИМАНСКИЙ,
профессор,

М. М. ЗАКИН,
кандидат медицинских наук

В последнее время пульмонологи обеспокоены ростом хронических заболеваний легких и бронхов, главным образом пневмонии и бронхита. Чаще всего они возникают после повторных респираторных заболеваний, особенно в тех случаях, когда больные, почувствовав себя лучше, самовольно прекращают лечение.

Выделение небольшого количества мокроты, легкий кашель обычно мало беспокоят. Многие довольно быстро к ним привыкают, считают их ничего не значащими. А на эти признаки надо обращать внимание. Насколько это важно, убедительно, как нам кажется, свидетельствует опыт противотуберкулезного диспансера № 11 Дзержинского района Москвы. Группой пульмонологов, включая авторов этой статьи, была разработана специальная анкета. Она была роздана людям, пришедшим на прием к различным специалистам поликлиники района.

Прежде всего анкета предлагала ответить на следующие вопросы: есть ли у человека кашель, постоянный ли он; выделяется ли мокрота, какая именно, как часто.

И кашель и выделение мокроты — признаки, позволяющие заподозрить неблагополучие. Но можно ли считать их абсолютно достоверным свидетельством заболевания легких или бронхов? Нет. Они бывают и при катаре верхних дыхательных путей, воспалении придаточных пазух носа (гайморит, фронтит), сопровождают некоторые сердечно-сосудистые заболевания. Известен и так называемый кашель курильщика, иногда лишь предвестник бронхита.

Поэтому наряду с вопросами о кашле и мокроте анкета содержала и такие: часто ли бывают острые заболевания органов дыхания или обострения хронических? Связана ли работа с профессиональными вредностями, которые могут воздействовать на органы дыхания? Курит ли человек, как долго, сколько выкуривает сигарет, папирос?

Ответы на вопросы, поставленные в анкете, были внимательно изучены. Тех, у кого было заподозрено заболевание лег-

ких и бронхов, тщательно обследовали в пульмонологическом отделении, созданном на базе противотуберкулезного диспансера № 11.

Из 6 тысяч опрошенных на обследование было приглашено 556 человек. Хронические заболевания легких обнаружены у 140 из них. Ста десяти пациентам проведено лечение, а тридцати оказалась необходима операция. 40 процентов из тех, кто был взят на учет, выздоровели или почувствовали существенное улучшение. Остальные продолжают активно лечиться, и мы надеемся им помочь.

Как видите, немало людей не догадывались, что должны лечиться, и узнали об этом благодаря анкетному опросу. Но обязательно ли ждать, когда его проведут в вашей районной поликлинике? Можно и самому себя опросить. На что обратить внимание? Прежде всего проследите, кашляете ли вы, выделяется ли мокрота, какая, в каких количествах? Если кашель и мокрота есть, обязательно обратитесь к врачу! Это поможет предупредить развитие тяжелой формы бронхита, пневмонии — изнурительных заболеваний, тянущихся годами.

Поскольку разговор у нас идет о заболеваниях органов дыхания, особо хочется выделить на первый взгляд обычный, но очень действенный совет, который мы давали тем, кто указывал в анкете, что курит, — бросьте курить!

О вреде курения много говорят и пишут. Напомним об этом еще раз. Вот некоторые данные, которые подтверждают то, что всем в общем-то хорошо известно. Среди курящих хронические заболевания органов дыхания встречаются в 5—7 раз чаще, чем среди некурящих. Курящие женщины, кстати сказать, страдают этими заболеваниями не реже, чем курящие мужчины, и в семь раз чаще некурящих женщин. Это — о риске заболеть. А больному отказ от курения помогает подчас лучше всяких самых эффективных лекарств. Попробуйте!

ВРАЧ
РАЗЪЯСНЯЕТ.
ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ.
РЕКОМЕНДУЕТ



ЛЕТАРГИЧЕСКИЙ МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Н. Н. ЯХНО,
кандидат
медицинских наук

«После тяжких страданий наступила смерть или состояние, которое сочли смертью... Обнаружились все обычные признаки смерти. Лицо осунулось, черты его заострились. Губы стали белее мрамора. Глаза помутнели. Наступило окоченение. Сердце не билось. Так она пролежала три дня, и за это время тело сделалось твердым, как камень».

Вы, конечно, узнали известный рассказ Эдгара По «Заживо погребенные». В литературе прошлого этот сюжет — погребение живых людей, впавших в летаргический сон, — был достаточно популярен. К нему не раз обращались мастера слова, с большим драматизмом описывая ужас пробуждения мнимо умерших в холодном, мрачном склепе или в гробу.

Состояние летаргии на протяжении столетий было окутано ореолом мистики, таинственности и ужаса. Страх заснуть летаргическим сном и быть заживо погребенным был настолько распространенным явлением, что в прошлом веке в Германии, например, при всех больших кладбищах устраивались «предварительные» усыпальницы. Однако в старейшей Мюнхенской усыпальнице не было зафиксировано ни одного случая

оживления доставленных туда умерших.

Действительно ли летаргия так искусно имитирует истинную смерть, что одно можно спутать с другим?

Еще в начале XX века среди виднейших ученых не существовало единого мнения по этому вопросу. Современная наука категорично отвечает: нет!

Внешне состояние летаргии скорее напоминает глубокий сон. Но «спящего» практически невозможно разбудить, он не реагирует на оклики, прикосновения, другие внешние раздражители. Однако отчетливо видно дыхание. Если внимательно присмотреться, заметны подрагивания век. Легко прощупывается пульс — ровный, ритмичный, порой немного замедленный. Артериальное давление нормальное или несколько понижено. Цвет кожи обычный, неизменный (сравните с картиной, нарисованной Э. По).

Только в очень редких случаях наблюдается действительно картина мнимой смерти. Резко снижается артериальное давление, пульс едва определяется, дыхание становится поверхностным, кожа холодной и бледной.

Но и при самой глубокой летаргии врач сегодня может обнаружить у больного признаки жизни. Прослушиваются сердечные тоны, в ответ на раздражение электрическим током сокращаются мышцы и нервы; сохранной остается реакция расширения зрачков на боль. Электрокардиограммы и электроэнцефалограммы регистрируют биотоки сердца и мозга.

Итак, в настоящее время вопрос не стоит в плоскости разграничения летаргического сна со смертью. И сам термин «летаргический сон» специалистами практически не употребляется. Сегодня говорят об истерической спячке, истерической летаргии. Ибо данное состояние является проявлением болезненных неротических реакций. Развивается оно, как правило, у людей, страдающих истерией — одной из форм невроза.

По своей сути истерическая летаргия ничего общего не имеет с физиологическим сном. Прежде всего нормальный сон не может непрерывно продолжаться сутки и бо-

лее (за исключением тех случаев, когда человек сильно переутомлен, не спал несколько дней и т. д.). А приступ истерической летаргии длится от нескольких часов до многих суток и даже — в очень редких случаях! — лет. Интересно, что в течение приступа больной какое-то время спит по-настоящему; это явление назвали «сном внутри сна». Выявить его удалось с помощью электроэнцефалограммы.

Если сравнить электроэнцефалограмму, на которой зарегистрированы биотоки мозга спящего человека, с электроэнцефалограммой человека, впавшего в летаргический сон, то даже неспециалист сможет уловить резкое их отличие. Как известно, физиологический сон делится на две фазы. Первая — это так называемый медленный сон, с характерными медленными электрическими биопотенциалами. Вторая фаза — сон быстрый, или парадоксальный; ему присущи быстрые колебания биопотенциалов с малой амплитудой. Во время же истерической летаргии на электроэнцефалограмме регистрируется картина биотоков мозга, соответствующая состоянию бодрствования! При различных раздражениях: шуме, окликах, вспышках света — электроэнцефалограмма показывает, что мозг реагирует на них. Но внешне это никак не проявляется, больной не «просыпается». Как уже говорилось, вывести его из состояния летаргии практически невозможно. Пробуждение бывает таким же внезапным и неожиданным, как и начало приступа.

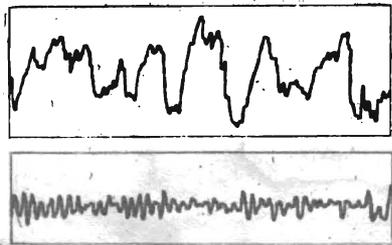
Правда, в некоторых случаях истерической летаргии предшествуют головная боль, вялость, чувство разбитости. И человек, который неоднократно впадал в летаргию (а такое нередко наблюдается в клинической практике), по знакомым симптомам может предсказать приближение очередного приступа.

Вхождение, как говорят специалисты, в состояние летаргии сопровождается также значительной активацией вегетативной нервной системы: поднимается температура тела, учащается пульс, повышается артериальное давление, усиливается потоотделение. Физиологические характеристики таковы, будто человек делает тяжелую физическую

Так регистрируют биотоки мозга во время сна.



На этих электроэнцефалограммах представлены биотоки мозга во время нормального физиологического сна (вверху) и приступа истерической летаргии (внизу).



СОН:

работу. Объясняется это тем, что развитие истерической летаргии всегда связано с сильным эмоциональным напряжением. Как правило, приступу предшествует нервное потрясение. Психическая травма, его вызвавшая, может быть и чрезвычайно тяжелой и вовсе не значительной. Ибо у людей, страдающих истерией, даже мелкие житейские неурядицы вызывают неадекватную, слишком сильную ответную реакцию. Таким образом, то есть через патологический сон, они «отключаются», уходят от неразрешимой для них жизненной ситуации. Вот как одна больная описывает свое состояние во время приступов: «Я забываю все плохое и чувствую себя хорошо. Во время сна ко мне приходит мама, обнимает, целует меня, говорит, что поможет мне». «Уход» от трудной проблемы происходит, конечно же, спонтанно, без активного сознательного участия больного.

Истерическая летаргия—одно из самых выраженных и довольно редких проявлений истерического невроза; страдают ею почти исключительно женщины, чаще молодого возраста.

Во время приступа прежде всего ведется тщательное наблюдение за показателями артериального давления больного, его пульсом и дыханием. Когда «сон» продолжается долго—несколько суток,—больного приходится кормить (если сохраняется способность глотать пищу) или вводить питательные вещества с помощью капельниц. При необходимости принимают меры для освобождения мочевого пузыря и кишечника.

Для того, чтобы избавить больного от этой крайне редкой формы проявления истерического невроза, проводится лечение основного заболевания.

Истерическая летаргия не представляет опасности для жизни. И летаргический сон в тех драматических формах, в которых о нем пишут и рассказывают «очевидцы»,—состояние скорее мифическое, чем реальное. Истинные загадки летаргии гораздо сложнее и интереснее выдуманных. Пока не удалось раскрыть до конца тонкие детали этого патологического механизма.

Поджелудочная железа играет важную роль в пищеварении. В ее соке содержатся ферменты, необходимые для расщепления жиров, белков и углеводов. Этот сок поступает из железы в общий желчный проток и затем вместе с желчью—в двенадцатиперстную кишку.

Известно, что в нормальных условиях пищеварительные ферменты, которые вырабатывает железа, находятся в ней в неактивном состоянии и активизируются, только попав в кишеч-

детей это заболевание бывает редко и в большинстве случаев возникает как следствие травмы или инфекции—при эпидемическом паротите, болезни Боткина.

Обычно острый приступ панкреатита начинается внезапно, среди, казалось бы, полного здоровья. Иногда удается проследить связь заболевания с обильным приемом мясной, жирной пищи, алкоголя.

Легкая форма панкреатита характеризуется слабой болью в

ВРАЧ
РАЗЪЯСНЯЕТ.
ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ.
РЕКОМЕНДУЕТ



Панкреатит

Н. Т. ЛАРЧЕНКО,
профессор

ник. Под воздействием различных патологических процессов эти ферменты (в первую очередь трипсин) активизируются в протоках—узких канальцах поджелудочной железы, начинается переваривание ее тканей—возникает острый панкреатит. При этом гибнут клетки железы, изменяются функции оставшихся клеток, нарушается отток сока, и входящие в его состав ферменты переходят в большом количестве в кровь и мочу, усугубляя тяжелое состояние больного.

Какие причины могут вызвать воспаление поджелудочной железы—панкреатит?

Замечена непосредственная связь острого панкреатита с перееданием, особенно со злоупотреблением жирной и острой пищей, алкоголем. Острый панкреатит чаще всего развивается у людей, страдающих гепатитом, холециститом, желчнокаменной болезнью, заболеваниями желчных путей и двенадцатиперстной кишки, гастритом, энтеритом. Развитию воспалительного процесса в поджелудочной железе способствуют также механические травмы, тяжелые заболевания сердца и сосудов.

Острым панкреатитом женщины болеют чаще мужчин. У

верхней половине живота, тошнотой, иногда рвотой. Тяжелая форма сопровождается сильной, мучительной болью в верхней половине живота или слева от пупка, отдающей в спину.

Нередко боль становится опоясывающей или распространяется на область сердца, напоминая приступ стенокардии. Больной беспокоен, мечется, постоянно меняет положение тела, не находя облегчения. Кроме боли, бывает частая мучительная рвота, вздутие живота, задержка стула, температура тела может значительно повыситься.

Не следует выжидать, надеясь, что все само собой обойдется, заниматься самолечением, а сразу же надо обратиться за врачебной помощью. Это необходимо потому, что при остром панкреатите порой быстро развиваются осложнения, ставящие больного на грань жизни и смерти.

В тех случаях, когда приступ протекает тяжело, обязательна госпитализация, строгий постельный режим. Если не требуется срочная операция, в стационаре проводится консервативная терапия, направленная на снижение активности ферментов, ослабление их переваривающего действия на ткань желе-



зы. Кроме того, принимаются неотложные меры для нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхания, стабилизации электролитного, гормонального баланса. Чтобы обезвредить физиологический покой поджелудочной железе, больному назначают голод на несколько дней.

Острый панкреатит часто переходит в хронический с волнообразно сменяющимися обострениями и ремиссиями.

После каждого очередного обострения на месте воспалительного очага в поджелудочной железе остается соединительнотканый рубец. Размеры функционирующей железистой ткани постепенно уменьшаются, нарушаются процессы пищеварения, так как меньше вырабатывается ферментов и гормонов поджелудочной железы.

Вот почему так важно не допускать обострений, стараться соблюдать рекомендованную врачом диету, режим, чтобы продлить как можно дольше период ремиссии. Хочу подчеркнуть, что в комплексе лечения хронического панкреатита главное — диетическое питание. Если не придерживаться диеты, компенсации болезненного процесса достигнуть не удастся.

Как вести себя, если приступ все же начался? До прихода врача для уменьшения боли на живот надо положить обернутый полотенцем пузырь со льдом. Непрерывно держать его можно не более двух часов.

Чтобы снизить секрецию ферментов поджелудочной железы, как уже говорилось, врач назначает голодание. Самовольно его срок ни удлинять, ни сокращать нельзя!

Подробно о том, что можно есть перенесшему приступ, в каких количествах, расскажет лечащий врач. Ниже приведу лишь некоторые рекомендации общего характера.

На второй-третий день обычно разрешают пить минеральные щелочные воды; бутылку с водой надо заранее открыть, чтобы из нее вышел газ.

Диету после голодания назначают со значительным ограничением суточной калорийности. Главным образом за счет исклю-

чения или резкого снижения в рационе количества жиров, а также углеводов. Ни в коем случае нельзя переедать. Пища не должна быть слишком горячей или холодной. Есть следует 7—8 раз в день.

Разрешаются протертые слизистые супы, кисели, жидкие каши, картофельное и яблочное пюре. Затем диету несколько расширяют, добавляя белые сухари, вываренные и протертые мясные блюда, молоко, рыбу, овощи и крупяные пудинги.

В период ремиссии рекомендуется диета с умеренным ограничением калорийности за счет жиров, с более высоким по сравнению с периодом обострения содержанием белков, углеводов и водорастворимых витаминов. В рацион можно включать протертые вегетарианские супы из овощей, круп, фруктов, молочные; нежирные вареные мясо, курицу, рыбу; крупяные изделия в виде каш, пудингов; домашний творог, свежий кефир. Необходимы овощи и фрукты: компоты, кисели, муссы, желе, протертые морковь и яблоки, зеленый горошек, апельсины и лимоны (с сахаром), отвар шиповника. Хлеб белый вчерашний или слегка подсушенный.

Нельзя есть жирные щи и супы на крепком бульоне, жирное мясо и рыбу, сало, сдобы, торты, пирожные, белокочанную капусту, редис, щавель, редьку, соленья, маринады, острые приправы, грибы, бобовые. Запрещаются любые спиртные напитки, газированная вода, а также консервы, кроме тех, что предназначены для детского и диетического питания. Есть рекомендуется 5—6 раз в день, понемногу.

В дальнейшем рацион расширяется, суточная калорийность его постепенно повышается, количество белков и углеводов доводится до нормы (100 граммов белка и 400—500 граммов углеводов). Жиры (50—60 граммов в день) — сливочное масло и растительное — добавляют только в готовые блюда.

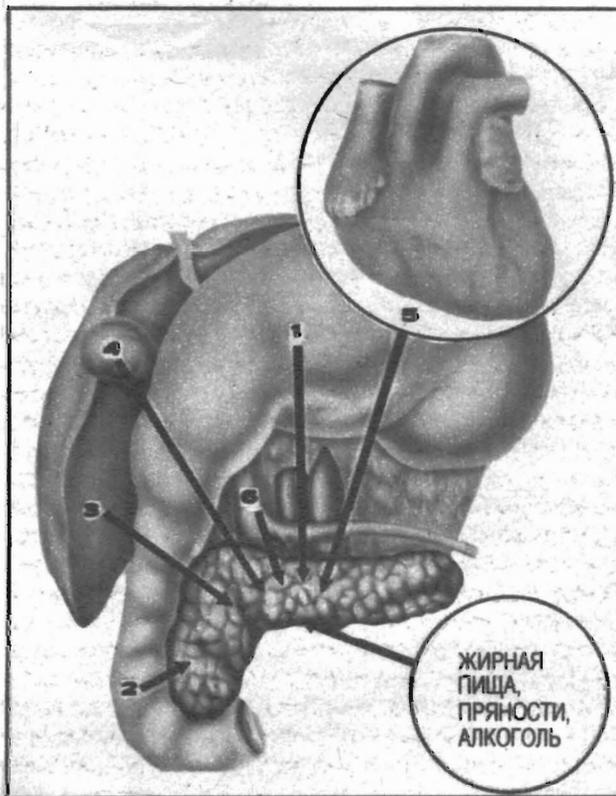
Чтобы несколько разнообразить стол, можно съесть иногда кусочек вымоченной селедки, а отварное мясо или рыбу слегка поджарить на сковороде.

Вот блюда, рекомендуемые в период ремиссии.

На завтрак: творог с молоком, сырники нежирные сладкие, каши из различных круп с молоком и сахаром, пюре морковное, картофельное, нежирное отварное мясо, чай с сахаром, медом.

На обед: овощные, молочные, крупяные, фруктовые супы; отварное протертое нежирное мясо, отварные нежирные рыба, курица; свежие фрукты и ягоды, кисели, компоты, ягодное желе.

На ужин: отварные картофель, морковь, омлет из яичных белков (желтки не разрешаются), отварная рыба, каша без масла, овощное пюре, блюда из творога.



Перед сном: свежая простокваша, свежий кефир, мед с водой, чернослив, изюм, инжир и другие продукты, оказывающие легкое послабляющее действие.

Избежать обострения болезни помогают не только диета, но и соблюдение режима труда, отдыха, лечебная физкультура. Большой хроническим панкреатитом даже при хорошем самочувствии обязан в интересах своего здоровья показываться врачу не реже раза в год.

Заболевания желудка (1), 12-перстной кишки (2), печени (3), желчного пузыря (4), а также сердца (5) и сосудов (6) часто осложняются острым панкреатитом. Развитию панкреатита способствует и злоупотребление жирной, острой пищей, алкоголем.

Рисунок А. ЕВСЕЕВА



ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА

Многие читатели просят нас снова напечатать публиковавшуюся в 1971 году серию статей «Хотите иметь здорового ребенка?», в которых подробно рассказывалось об уходе за детьми первых 12 месяцев жизни. Со времени ее опубликования прошло семь лет. Младенцы, которых тогда растили, пользуясь советами журнала, сели за школьные парты. У многих из них появились младшие братишки и сестренки, и родителям хочется восстановить в памяти уже забытые азы ухода за малышами. За это время повзрослело еще одно поколение, и молодым матерям и отцам надо осваивать эти азы. Но стоит ли перепечатывать уже публиковавшийся материал? Хотя основы ухода за детьми остаются, видимо, в числе вечных истин, появляются и новые воззрения на физическое и психическое развитие

ребенка, на его питание, закаливание. В последние годы, в частности, ученые стали придавать гораздо больше значения психологии раннего возраста. Поэтому вместе с научным сотрудником Института педиатрии АМН СССР, кандидатом медицинских наук О. А. Лицевой примет участие в разговоре о малышах до года кандидат психологических наук, научный сотрудник Института дошкольного воспитания Академии педагогических наук СССР Л. И. Каплан. Их собеседницами станут, безусловно, и многие матери—ведь разговор о том, как создать ребенку оптимальные условия для его развития, ведется с учетом вопросов, которые они нам задают. Итак, слово специалистам. Сегодня обсуждается организация питания и режима дня малыша первых трех месяцев жизни.

ВРАЧ. Прежде всего поздравляем вас! Новорожденный в доме—это такая радость! Но и множество забот. Постарайтесь распределить эти заботы на всех членов семьи, чтобы они не падали только на материнские плечи.

Если мать будет переутомляться, нервничать, у нее станет меньше молока, а сохранить грудное вскармливание—значит на три четверти решить все проблемы.

В первые месяцы жизни у ребенка происходит интенсивное образование новых клеток, и надо обеспечить рост бесперебойной доставкой «строительного материала».

Без полноценного питания невозможно не только нормальная прибавка веса, невозможно и правильное развитие. Некоторые исследователи отмечают, что у детей, недоедавших в первые месяцы жизни, в последующем бывает снижена память, происходит задержка роста. Конечно, и перекорм вреден—недаром малыш пытается защититься от него срыгиванием.

Лучшая пища для ребенка—молоко матери. Об этом педиатры говорили тогда, когда взамен его можно было предложить только коровье молоко, об этом они говорят и сейчас, когда появилось много хороших и даже отличных сухих смесей.

Отечественная промышленность выпускает специально для детей первого месяца жизни смесь «Малютка», а для более старших—«Малыш»: в магази-

нах продаются смеси венгерского производства «Линолак» и «Роболак». Создатели «Линолака» назвали его «гуманизированным» препаратом, так как по своему составу он максимально приближен к женскому молоку. «Роболак» содержит повышенное количество белков, он предназначен для детей недоношенных или родившихся с низким весом.

Но при всех достоинствах этих продуктов они не равноценны материнскому молоку. И главным образом потому, что не обеспечивают противомикробной защиты ребенка. Ведь можно воспроизвести довольно точно состав женского молока, можно обогатить сухую смесь минеральными веществами, витаминами, можно приготовить ее по такой технологии, которая гарантирует хорошую усвояемость. Но защитные антитела, содержащиеся в материнском молоке, ни из какого другого источника получить невозможно,—только из теплой и нежной материнской груди!

Так что настойчиво советуем бороться за сохранение грудного молока. С техникой кормления вас, конечно, познакомил в родильном доме. Напомним, что первые капли молока надо сцеживать, что ребенку надо вложить в ротик сосок и околососковый кружок, иначе он наглотается воздуха и может срыгнуть, даже если не съел лишнего.

В первое время после выписки из родильного дома лучше всего сохранить режим кормле-

ний, который соблюдался там; прикладывать ребенка к груди семь раз в день с интервалами в 3 часа: в 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 часа. Через две-три недели интервалы можно несколько увеличить и кормить 6 раз: в 6, 9.30, 13, 16.30, 20, 23.30.

Время кормления—это как бы ось, вокруг которой строится весь режим дня.

ПСИХОЛОГ. О режиме надо поговорить особо, это очень важный момент. Будет режим—будет покой в доме! Размеренный распорядок благотворно влияет на нервную систему малыша, создает у него ощущение комфорта. И он меньше плачет, лучше спит.

ВРАЧ. Несомненно, ритм необходим малышу. Но в последнее время мы, педиатры, стали больше склоняться к гибкости режима: иными словами—мы советуем строить его с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Есть, например, дети, у которых еще мало силенок, чтобы активно сосать. Они быстро устают и засыпают прежде, чем насытятся. А потом не выдерживают положенного интервала и уже через два-два с половиной часа настойчивым криком заявляют о том, что проголодались. В таких случаях лучше пойти на временную уступку, а затем, когда малыш окрепнет, постепенно удлинять интервалы между кормлениями, вернуться к общепринятому расписанию.

Шестичасовой ночной перерыв в принципе необходим. И

слабым детям иногда приходится вводить ненадолго дополнительное ночное кормление. Поэтому, постепенно увеличивая перерыв, следует сместить кормление ближе к рассвету и затем вовсе от него отказаться.

ПСИХОЛОГ. Учитывать индивидуальные особенности, разумеется, необходимо. Но при возможных вариантах соблюдение режима все же остается неизменным правилом. И потому полностью, что если в первые недели жизни в распорядке дня чередуются только кормления и сон, то примерно со второго месяца уже появляются промежутки бодрствования, и надо их правильно организовать. Ведь бодрствование—это как раз то время, когда ребенок познает мир, насыщается впечатлениями, необходимыми для психического развития.

Задача родителей—в первые 2—3 месяца научить малыша слышать и видеть. Это не значит, что новорожденный слеп и глух: он реагирует на свет и звуки. Но надо развивать у него зрительное и слуховое сосредоточение, то есть умение прислушиваться к звукам и рассматривать предмет.

Покормив малыша, разверните его, наклонитесь к нему и ласково поговорите с ним. Кстати, лицо взрослого становится первым объектом, который ребенок зрительно выделяет из окружающего и узнает.

С конца первого месяца у ребенка надо развивать умение следить за перемещающимися предметами: медленно двигая игрушку в горизонтальном направлении, старайтесь «вести» за ней взор ребенка. Сначала игрушка будет ускользать из его поля зрения, но вскоре он начнет провожать ее взглядом.

С начала второго месяца полезно на время бодрствования подвесить над кроватью ребенка яркий шарик или крупную погремушку. Она должна висеть на уровне груди, на высоте 70—80 сантиметров.

Научившись следить за движущимся предметом, младенец начинает останавливать взор и на неподвижном—формируется так называемое зрительное сосредоточение: ребенок как бы замирает, задерживаются все его движения, взор сосредоточен на предмете или на лице взрослого.

Появляется способность к слуховому сосредоточению: ребенок подолгу всматривается в лицо матери и прислушивается к ее голосу, а это очень полезно для развития слухового и зрительного восприятия.

ВРАЧ. И для общего развития ребенка. Ведь в раннем возрасте

«духовное» и «телесное», психическое и физическое очень тесно связаны. Так что хотя ваш младенец—существо пока бессловесное, вам надо с ним разговаривать. А возможностей для такого контакта у вас будет много.

Раз 10—15 в день, а то и больше придется малыша переодевать—мокрым его оставлять нельзя. Каждое утро обязательно туалет—личико умывайте кипяченой водой, носовые ходы удобно очистить смоченным в такой же воде марлевым жгутиком.

Между кормлениями надо давать ребенку с ложечки или из бутылочки по несколько глотков кипяченой воды. Врач, вероятно, назначит малышу витамин D или рыбий жир. Так что уход за ним, как видите, включает множество «операций», которые вы, конечно, не будете проделывать молча...

ПСИХОЛОГ. Да, даже такому крохотному ребенку необходимы тепло и ласка. А потому не только мать, но и все, кто ухаживает за ребенком, должны быть мягкими, спокойными. И выполнять все процедуры надо осторожно, внимательно. Ведь буквально с первых дней у ребенка начинает складываться определенное отношение к процедурам ухода. Если, например, малыша одевали, причиняя ему неприятные ощущения резкими движениями, или купали в слишком горячей воде, вскоре вы обнаружите, что он «не любит» одеваться, «не хочет» купаться. Он плачет всякий раз, когда его опускают в ванночку или начинают заворачивать в одеяло, хотя теперь одевают его осторожно и вода не слишком горячая.

ВРАЧ. Самая подходящая температура для купания—36—37 градусов. А обливать ребенка надо водой на градус ниже. Сразу же после обливания заверните его в простынку и, не раскрывая, прежде всего вытрите головку, потом насухо «промокните» все тело. Осмотрите шейные, подмышечные, паховые складки и, во избежание опрелостей, смажьте их детским кремом или присыпьте детской присыпкой. Плотно заворачивать ребенка не надо—предоставьте ему свободу движений. Это способствует лучшему физическому развитию.

ПСИХОЛОГ. И психическому тоже. Очень важное значение имеет, например, развитие у младенца ощущений прикосновения, так называемых тактильных ощущений. В первые месяцы жизни, если малыша правильно одевают, он делает много произвольных, хаотических движений ручками, ножками, прикаса-

ясь к одежде, кровати, собственному телу, и это способствует развитию тактильной чувствительности. Поэтому важно на время бодрствования оставлять руки ребенка открытыми.

ВРАЧ. Но, конечно, время от времени проверяйте, теплые ли они? Все-таки у маленького ребенка терморегуляция еще несовершенна. И тренировать его приспособительные механизмы надо постепенно.

О закаливании, как о таком, пока говорить рано. Но ведь и перепеленывая ребенка, купая его, вы уже в какой-то мере приучаете его к сменам температуры. Со второго месяца надо начать делать ему массаж, и опять-таки ребенок какое-то время остается легко одетым. Примерно с этого же срока надо ненадолго выкладывать его на животик—в таком положении, кстати, хорошо отходят газы и этим простым приемом можно успокоить плачущего малыша.

ПСИХОЛОГ. Лежа на животе, ребенок лучше видит то, что его окружает, а это важно для его умственного развития. К трем месяцам малыш должен научиться хорошо лежать на животике, опираясь на предплечья.

Трехмесячный младенец уже может некоторое время занимать себя. Он подолгу рассматривает подвешенную над кроваткой игрушку и, случайно подтолкнув ее ручками, прислушивается к ее звучанию, а лежа на животе, с интересом следит за происходящим вокруг. Его взор переходит с предмета на предмет, и малыш спокойно провожает вас взглядом, чтобы потом радостной улыбкой и общим оживлением приветствовать ваше возвращение.

ВРАЧ. Может быть, некоторые родители скажут: а у нас нет такой идиллии. Наш ребенок много плачет, беспокойно спит, ему как будто чего-то не хватает. Что ж, и так бывает! Есть дети спокойные, способные примириться и с мокрыми пеленками, и с жестким швом на распашонке, и с небольшой болью в животе. А есть возбудимые, бурно протестующие против малейшего неудобства или дискомфорта. В такой повышенной реактивности, возможно, сказываются последствия не вполне благополучных родов.

Ребенок может плакать потому, что мать недокармливает или перекармливает его; наконец, он может быть нездоров. Во всем этом поможет разобраться участковый педиатр. И мы очень советуем почаще обращаться к нему: ведь это друг и помощник на многие годы!

ПРИБАВКА В ВЕСЕ

за первый месяц
600 граммов

за второй месяц
800 граммов

за третий месяц
800 граммов



УВЕЛИЧЕНИЕ РОСТА

за три месяца
примерно
на десять сантиметров



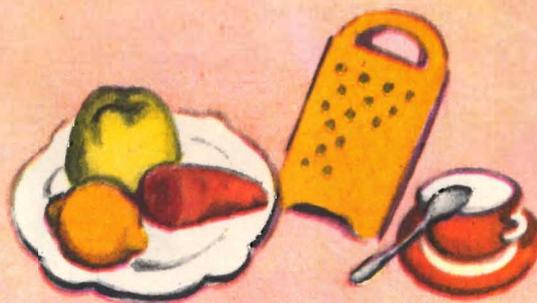
КОЛИЧЕСТВО ПИЩИ

(в граммах
на одно кормление)

двухнедельный ребенок	80—85
месячный	90—100
двухмесячный	110—135
трехмесячный	140—150

СОКИ (в день)

месячный	2—3 чайные ложки
двухмесячный	4—5 чайных ложек
трехмесячный	1/4 стакана
и 2 столовые ложки	фруктового пюре



ПРОГУЛКА

с трехнедельного возраста
при температуре воздуха
не ниже минус 7—10 градусов

1-й день	5—10 минут
2-й день	10—15 минут
3-й день	15—20 минут
4-й день	20—30 минут
с 5-го—7-го дня	30—40 минут
позднее —	50—60 минут
	2—3 раза в день





В 100 граммах клубники содержится 120 миллиграммов аскорбиновой кислоты, в крыжовнике — 30, в черной смородине — до 400, в сладком перце — 300, в лимонах — 40.

ДЕТИ

Суточная норма
витамина С
в миллиграммах

до одного года	30
от года до трех лет	40
от четырех до шести лет	50
от шести до двенадцати лет	60
подростки (13—15 лет)	70
юноши и девушки	70

НЕ БОЛЬШЕ,



ВЗРОСЛЫЙ ЧЕЛОВЕК

Суточная норма
витамина С
в миллиграммах

при труде средней тяжести	70
при тяжелом физическом труде и большом нервно-психическом напряжении	100
при очень тяжелом физическом труде и очень большом нервно-психическом напряжении	120
беременные женщины	100
кормящие матери	120

В условиях Крайнего Севера суточные нормы витамина С повышаются на 30—50 процентов.

Понятно, что в медицине, как в любой другой области научно-практической деятельности, не обойтись без дискуссий на спорные темы. Но как поступать нам, людям, далеким от медицины, когда противоречивые практические рекомендации печатаются в газетах и научно-популярных журналах?

Вот один из последних примеров. В своей книге «Активное долголетие» академик А. А. Микулин призывает не забывать о пользе витаминов, в частности витамина С. Он пишет: «Принимайте аскорбиновую кислоту по одному грамму в день». Б. Яновская советовала при простуде принимать витамин С по одному грамму в сутки, но не более трех дней подряд. Профессор В. Арутюнов в комплексном лечении кератом находит место для 5 граммов аскорбиновой кислоты в сутки в течение нескольких месяцев, хотя и с перерывами. Наконец, известный американский ученый Лайнус Полинг доводит ударную дозу до 10 граммов аскорбинки в сутки!

Каким же рекомендациям верить? Сколько витамина С следует принимать заболевшим и сколько — здоровым людям?»

**Я. СМЕРНОВ,
Ленинград**

ПИСЬМО ЧИТАТЕЛЯ КОММЕНТИРУЮТ ТЕРАПЕВТ И ФАРМАКОЛОГ:

В. Г. КУКЕС,
профессор

В. М. АВАКУМОВ,
кандидат
медицинских наук

В последние годы в медицинской литературе оживленно обсуждаются лечебные свойства различных витаминов. Особенно бурную дискуссию вызывают терапевтические дозы витамина С. Напомним, что витамины представляют собой вещества, необходимые для роста и жизнедеятельности организма. Они предупреждают развитие специфических заболеваний, связанных с недостаточным поступлением витаминов с пищей. Такова их основная лечебно-профилактическая роль.

Однако, учитывая широкий спектр воздействия витаминов на различные биохимические реакции, врачи используют их и как неспецифические лекарственные препараты для лечения различных заболеваний. Особенно часто с такими целями применяется аскорбиновая кислота. Ее способность активизировать окислительно-восстановительные процессы лежит в основе регулирующего влияния на обмен углеводов, белков и жиров, который нередко бывает нарушен при различных заболеваниях. Аскорбиновая кислота

способствует укреплению защитных сил организма и, напротив, ее дефицит ведет к их ослаблению.

Нормальная жизнедеятельность организма человека обеспечивается, как правило, за счет поступления витамина С с продуктами питания. Суточная потребность в аскорбиновой кислоте с учетом возрастных, профессиональных и других факторов отражена в рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения СССР (см. цветную вкладку).

Летом и осенью, когда созревают фрукты и овощи, наш организм получает аскорбиновую

кислоту в организме разрушаются столь быстро, что поступление их с пищей в обычных дозах уже неспособно восполнить потери. В подобных ситуациях врачи рекомендуют повышенные дозы аскорбиновой кислоты.

Академик АМН СССР А. Л. Мясников считал полезным в комплекс лечения атеросклероза включать витамин С в дозе до 1 грамма в сутки на протяжении нескольких лет. При некоторых видах анемий суточную дозу аскорбиновой кислоты доводят до 1,5 грамма; курс лечения — 1—2 месяца. Еще более высокие дозы (грамм и более в сутки для профилактики респираторных

НЕ МЕНЬШЕ

кислоту в количествах, нередко значительно превышающих указанную суточную потребность: свыше 1 грамма в сутки. И если бы такие дозы витамина С отрицательно сказывались на здоровье, то в летне-осенний период мы становились бы свидетелями вспышек заболевания, связанного с избыточным потреблением аскорбиновой кислоты. Этого не бывает.

В конце зимы и весной в суточном рационе обычно недостает витамина С. Одна из причин — постепенное разрушение аскорбиновой кислоты в овощах и фруктах в процессе хранения и кулинарной обработки пищи. Поэтому-то врачи рекомендуют в зимне-весенний период обогащать дневной рацион препаратами аскорбиновой кислоты. Практически здоровый человек в это время года может ограничиться дозой витамина в пределах 70—120 миллиграммов в сутки; это количество суммируется из «пищевых» витаминов и препаратов, которые следует принимать согласно указанной на товарной этикетке схеме, скажем, 2—3 таблетки или драже в сутки. Почему не более? Дело в том, что с овощами и фруктами мы получаем сбалансированное количество основной группы витаминов, тогда как прием больших доз препаратов аскорбиновой кислоты этот естественный баланс нарушает.

Иной подход к использованию витамина С в качестве лечебного средства. Во-первых, как мы уже говорили, он стимулирует активность защитных сил организма. Во-вторых, аскорбиновая кислота усиливает фармакологическое действие многих лекарственных веществ и снижает их побочное действие. Наконец, при некоторых заболеваниях ви-

заболеваний в межсезонье и до 10 граммов с лечебными целями) рекомендует лауреат Нобелевской премии биолог Лайнус Полинг.

Однако, хотя ни сторонники, ни противники использования ударных доз витамина С не обнаруживали побочных токсических последствий, к приему высоких доз аскорбиновой кислоты пока следует относиться с осторожностью. И прежде всего потому, что, как показали лабораторные исследования, большие дозы витамина, принимаемого длительно, угнетающе действуют на инсулярный аппарат поджелудочной железы, способствуют повышенному (и потому нежелательному) биосинтезу кортикостероидных гормонов. До сих пор остается без ответа вопрос: как поведет себя организм после того, как будет лишен искусственной аскорбиновой защиты. Нельзя забывать и об индивидуальных особенностях организма разных людей. Очевидно, различным будет влияние высоких доз витамина С на молодых и пожилых людей, на жителей юга и севера, на людей физического и умственного труда и т. д.

Ученые продолжают изучать влияние больших доз аскорбиновой кислоты на организм здорового и больного человека. А пока принимать витамин С здоровым людям, в том числе в целях профилактики, следует в пределах общепринятой суточной дозы. Еще более недопустима самостоятельность, когда речь идет о лечении. Согласно инструкции, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, витамин С как лекарственный препарат может назначаться в суточной дозе до 500 миллиграммов взрослым и до 100 миллиграммов детям.

ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ СУПРУГОВ

Прошло пять месяцев со времени опубликования в нашем журнале письма читательницы Н. Н. «Проблемы пожилых супругов» (№ 8 за 1978 год), а редакционная почта каждый день приносит отклики на это выступление. Отклики заинтересованные, горячие, сердечные. Некоторые из этих писем мы сегодня печатаем.

НЕ РЕШАЙТЕ ЗА НИХ!

На мой взгляд, Н. Н. слишком категорично хочет решить все за своих родителей. Она пишет: «Я очень надеюсь на ваш совет», — и тут же сама настаивает (не дожидаясь совета): «Нельзя им дать разойтись, это не выход!»

Но почему? Почему дочь заранее уверена, что после развода ее пожилым родителям будет хуже, чем теперь? А сейчас разве им хорошо, если мать хочет поскорее умереть? Ведь родители страдают, пусть даже не по собственной вине, но они же страдают! А раз страдают, не надо насильно удерживать их в таком положении. Ведь, как сказано в письме Н. Н., обнаружилось, что это два несовместимых человека, которые потеряли всякое уважение друг к другу.

Мне кажется, что Н. Н. в своем воображении создала стереотип пожилых родите-

лей — милых, мудрых, добрых, терпеливых, и вот, когда ее собственные родители не подошли под эту мерку, ее это стало раздражать.

А почему бы не подойти к вопросу с другой стороны?

«Мои родители хорошие люди. Они отдали нам (детям) всю свою жизнь. Они давно поняли, что друг другу не подходят, но жили вместе ради нас и теперь, когда они вырастили нас и их ничто не связывает, пусть поживут отдельно. Они старые, у них больные нервы, они раздражают друг друга. Конечно, нам, детям, будет тяжелее, если они не станут жить вместе. Ведь за ними скоро нужен будет уход, а помогать удобнее, когда родители живут на одной квартире, но зато, может быть, они будут спокойнее».

Г. Ф. КРАСНОВА, Куйбышев

НИЧЕГО НЕТ ХУЖЕ ОДИНОЧЕСТВА

Уважаемая редакция! Только что прочла в № 8 письмо Н. Н., и захотелось поговорить с ее матерью.

Мне тоже 64 года, и я завидую тем, кто в этом возрасте разводится. Завидую чему? Тому, что люди долго прожили вместе, так долго, что даже успели надоесть друг другу...

А ведь из тех женщин, кто сейчас стоит на пороге старости, многим выпало на долю прожить со своими мужьями совсем немного, — проводили их на войну и не дождалась обратно. Радоваться надо матери Н. Н., что детей она все-таки растила не одна и что сейчас, когда они выросли и уехали, не сидит одна в четырех стенах! Хуже нет наказания, чем быть одиноким...

Иногда собираемся мы, старые солдатские вдовы, и говорим: наша молодость была горькой, так пусть хоть дети живут хорошо, пусть будут тишина и мир на земле. И не надо пустыми ссорами отравлять жизнь себе и взрослым детям.

ВДОВА СОЛДАТА, Гомель.

ПУСТЬ ПОЖИВУТ ВРОЗЬ

В письме Н. Н. есть такие слова:

«Нельзя дать им разойтись, это не выход! Это только лишний виток, а там снова у обоих будут страдания, обоим будет плохо — хуже, чем теперь».

Я против такой категоричности. Наоборот, может быть, это и есть один из путей решения

проблемы несовместимости двух людей, проживших 43 года вместе «ради детей» и потерявших постепенно всякое уважение друг к другу. Долг, обязанность — вот что связывало их. Но чего такая жизнь им стоила, сколько сил потрачено, «недополучено» радости и покоя? Трудно сказать.

И вот дети стали взрослыми, самостоятельными. Причина, которая связывала родителей, перестала существовать. К тому же и здоровье их не то, что было раньше, они уже неспособны выдерживать прежние нервные перегрузки.

Можно надеяться, что, изменив условия жизни, они и сами изменятся к лучшему. Пусть это не будет даже официальный разрыв. Пусть поживут временно отдельно. Может быть, сработает принцип: «Вместе — тесно, врозь — скучно».

А родные, родственники должны на время раздельного существования пожилых супругов каждому создать благоприятный психологический климат. Это задача очень трудная, но выполнимая.

Н. А. ЛЕВЧЕНКО, Тула

У НАС ВСЕ ИНАЧЕ

Уважаемая Н. Н., если я берусь вступить в беседу с вами, то не для того, чтобы поучать ваших родителей, как наладить семейную жизнь. Но хочу включиться в разговор потому, что «исходные данные» у нас во многом совпадают. Я и жена примерно того же возраста. Как военнослужащий, я тоже часто менял местожительство, и супруга моя, учительница по профессии, разумеется, переезжала вместе со мной. Помню, мы вошли в освобожденный Новороссийск. И пока я занимался служебными делами, моя Мария Власовна собрала группу детишек в каком-то полуразрушенном доме и начала учить их грамоте. Никто ей за эти уроки не платил, и не ради того она старалась.

В Батуми, в Севастополе и в других городах Черноморья, где мне приходилось воевать и служить, моя жена находила себе дело — занималась с детьми. Сейчас она вместе со мною на пенсии. И хотя звания заслуженной учительницы не получила, ей и в голову не пришло обвинять меня в этом. Зато как тепло и приятно вспоминать о пережитом вместе, рассказывать об этом дочерям и внукам!

Конечно, жизнь большая, всякое бывало, иногда и недовольство друг другом, и непонимание,



Сорок пять лет вместе

Фото Вл. КУЗЬМИНА

размолвки, но о разводе никто из нас никогда не помышлял.

Наши взрослые дочери, чувствуется, тоже следят за тем, чтобы в семье родителей было благополучно. И, между прочим, очень хорошо используют для этого наши дни рождения. Готовятся к ним заранее: внуки сочиняют стихи, посвященные дедушке и бабушке, дочки, зятя составляют список наших любимых песен, подыскивают интересные подарки. И когда садимся все за общий стол, то поверьте: мы с женой молодеем! И разве после таких вечеров повернется у нас язык сказать друг другу грубое слово? Да и всех остальных это спланирует.

Я бы все же напомнил родителям Н. Н.—своим разводом вы можете разрушить мосты не только между собой, но и между всеми родными и близкими. Подумайте об этом!

И. Е. КОТОВ, Керчь

ЧЕМ ПОМОЧЬ? ДОБРОТОЙ!

Уважаемая Н. Н., прочитав ваше письмо, я очень пожалела ваших родителей, живущих без любви и тепла. Хотя особенно страдающим лицом выглядит мать, я, представьте себе, больше сочувствую отцу.

В письме сквозит ваша личная неприязнь к нему. Вы его, видно, не любите, называете сухо «отец», а для матери сохраняете ласковое «мама»; жена его тоже не любит, брак сохраняла ради детей. Естественно, человек сурового склада, не чувствующий нежности,

доброты со стороны самых близких людей, станет еще суровее. Ему все время будет чего-то не хватать, он все время будет ощущать себя обиденным и ответит на эту ущемленность резкостью.

Мне кажется, если бы ваша мама стала к нему ласковее, и он бы смягчился. Я почти всегда первая иду на примирение, и живем мы в ладу вот уже 32 года...

Н. Ф. ВЕЛТЫШЕВА, Пермь

НРАВЯТСЯ МНЕ ТЕСТЬ И ТЕЩА!

Хотя мне 58 лет, у меня есть тесть и теща. Вот их можно было бы привести в пример родителям Н. Н.!

Тесть всю жизнь проработал в железнодорожном депо, теща вела домашнее хозяйство. Сейчас не работают оба, если не считать, конечно, домашних дел и ухода за пчелами. Бюджет у них скромный, но жалоб и разговоров на эти темы не слышно. Все построено на полном доверии, друг от друга ничего не прячут, как это в иных семьях бывает.

Мой тесть человек гордый, иногда своенравный, любит порядок, в семье он главный. И, думается мне, что за семья, если нет «командира»?

Я не сказал бы, что теща униженная, забытая женщина, нет: просто нравом мягкая и с мужем соглашается. Она молчаливая, но не пассивная. Всем интересуется, вместе с тестем смотрит телевизор, всегда в курсе мировых событий. Они выпивают газеты, журналы, празд-

ную все праздники. Одеваются аккуратно. Не скупые.

Тесть и теща воспитали семейных детей. Один сын погиб на фронте, защищая Родину, остальные уже все сами отцы и матери, приезжают со своими детьми гостить к родителям. И до сих пор «боятся» отца, хотя в детстве ни разу не слышали от него бранного слова и никого он ни разу не шлепнул даже... Просто не потерял он у них авторитета. И мне, немолодому зятю, тоже очень нравятся эти старики!

Ф. П. ХЛЫБОВ, Курск

Как видим, читатели предлагают разные варианты решения проблемы, возникшей в семье Н. Н. Но отклики оказались шире ответа на вопрос, стоит ли разводиться пожилым людям, если между ними возник разлад. Оттолкнувшись от этой проблемы, читатели размышляют о нравственных ценностях, о том, что считать в жизни главным, а что—случайным, о взаимоотношениях поколений, об ожиданиях, которые возлагают дети на родителей и родители—на детей.

В нашей почте много писем, подобных тому, что подписано: «Вдова солдата». Люди, пережившие Великую Отечественную войну, особенно остро чувствуют, какое это счастье—жизнь и как надо дорожить ею.

Склонность увязать в мелочах губительна. Противостояние ей многие видят в труде, в широком диапазоне интересов, в увлеченности полезным делом. «Найти себя», обнаружить в себе неведомые таланты и способности, оказывается, никогда не поздно. Нам рассказывают о людях, которые и в 60, и в 70, и даже в 80 лет впервые в жизни начали писать картины, осваивать музыкальные инструменты, пристрастились к туризму, стали изобретательными руководителями детской самодеятельности. Общественно полезный труд возвышает человека в собственных глазах, в глазах окружающих. В том числе и в своей семье. Сколько писем получили мы от взрослых детей, с гордостью рассказывающих о своих деятельных, всеми почитаемых и уважаемых родителях!

Но сыновья и дочери рисуют и картины безрадостной, сварливой старости отцов и матерей, упрекают их в неумении сохранить покой в семье. Такие письма читать горько. И не только потому, что таким печальным может стать закат супружеской жизни, но и потому, что в них улавливается подчас и толика эгоизма молодых, отстраненности от беды самых близких людей.

Пока ребенок мал, он самим фактом своего существования скрепляет союз мужчины и женщины. А когда становится взрослым? Многие читатели утверждают: взрослые дети не только могут, но и должны вносить радость и мир в дом своих родителей! И напоминают, что моральная обязанность детей заботиться о родителях узаконена Конституцией СССР.

Настойчивая работа ума и сердца, цементирующая супружество, необходима не только смолоду. Она необходима всю жизнь. Прочным и счастливым становится тот брак, в котором обе стороны умеют проявить уступчивость, мягкость, трезвое понимание собственных недостатков и стремление преодолеть их. Это один из главных выводов нашего обсуждения, главный совет родителям Н. Н., продиктованный коллективным жизненным опытом.



Серьги и близорукость

«Уважаемая редакция!

В последнее время к нам, косметологам, все чаще и чаще стали обращаться девочки-школьницы с просьбой проколоть им уши. Делают они это с разрешения, а часто по настоянию родителей, так как распространилось мнение, будто ношение сережек способствует профилактике и лечению близорукости. Особенно увеличился поток желающих после опубликования в журнале «Силуэт» статьи о целебности сережек.

Хотелось бы, чтобы на страницах вашего журнала специалисты рассказали, может ли ношение серег иметь лечебный эффект».

Врач Л. Я. БУКИНА,
Красноярск

Письмо врача Л. Я. Букиной — одно из многих, полученных редакцией за последнее время. Педагоги, девочки-школьницы и их родители спрашивают, действительно ли ношение серег способствует излечению от близорукости.

Этот их вопрос наш корреспондент И. Рассовская адресовала двум специалистам — директору Центрального научно-исследовательского института рефлексотерапии Рубену Ашотовичу ДУРИНЯНУ и заведующему кафедрой глазных болезней педиатрического факультета 2-го Московского ордена Ленина медицинского института имени Н. И. Пирогова Евгению Игнатьевичу КОВАЛЕВСКОМУ.

— Известно, — сказал Р. А. Дуринян, — что биологически активные точки ушной раковины

отличаются высокой чувствительностью, и, воздействуя на них, можно рефлекторным путем повлиять на функции ряда внутренних органов. Воздействие на эти точки, или аурикулотерапия, — один из вариантов иглоукалывания, который не без успеха применяется при лечении некоторых заболеваний. Нам известны и отдельные случаи, когда этим методом удавалось задержать развитие близорукости.

Однако подчеркиваю: иглоукалывание как лечебный метод и прокалывание ушей для серег — это не одно и то же. Даже если прокол делается в определенной точке, как это рекомендует журнал «Силуэт».

Лечение иглоукалыванием обычно проводят курсом, включающим ряд сеансов. Подбираются различные комбинации точек, варьируется степень и продолжительность раздражения; при всех вариантах оно, естественно, бывает кратковременным. А ношение серег ведь сводится к длительному механическому воздействию. Вот вам простой житейский факт: сотни тысяч близоруких женщин носили и носят серьги, а зрение у них не улучшается.

Мне могут возразить, что в этих случаях прокол был сделан не в чувствительной точке. Допустим. Но значение «попадания в точку» тоже надо доказать достаточно солидным опытом. А рекомендации, приведенные в журнале Таллинского Дома моделей, бездоказательны, а потому для специалиста неубедительны.

— Ну, а все-таки, Рубен Ашотович, целебность сережек будет изучаться в вашем институте?

— Пока что мы начинаем изучать возможности лечения близорукости иглоукалыванием. И попутно, коль скоро молодежь проявляет к этому интерес, постараемся проверить, может ли повлиять на близорукость ношение серег. Но для этого, разумеется, нужны серьезные исследования, всесторонняя клиническая проверка. Так что потребуются немало времени, чтобы дать обоснованный ответ.

Точку зрения Р. А. Дуриняна разделил и профессор Е. И. Ковалевский.

— Вполне возможно, — считает он, — что иглоукалывание со временем войдет в арсенал борьбы с близорукостью. Некоторые офтальмологи заинтересовались этим методом и уже начали исследования. Такая работа ведется, в частности, в Казанском институте усовершенствования врачей. Предстоит выяснить немало вопросов. Ну, а что касается сережек, то пока они остаются только украшением.

Для профилактики и лечения близорукости есть много средств, и приходится лишь сожалеть, что юные пациенты и их родители не всегда прислушиваются к рекомендациям офтальмологов.

Врачи не устают повторять, как важны для школьника хорошее освещение, правильная осанка при чтении и письме. Нас тревожит и гиподинамия, представляющая серьезную опасность для здоровья современного ребенка, подростка, юноши. Повышенная зрительная нагрузка при недостаточной физической активности — самый серьезный фактор, способствующий развитию близорукости.

Наши сегодняшние «акселераты» рослые, но зачастую физически слабые, потому что мало двигаются, мало занимаются физическим трудом. Зато много сидят: в школе и дома, в кино и у телевизора.

Реальный путь предупреждения расстройства зрения — соблюдение режима труда и отдыха, рациональное питание, физическая активность, спорт. Не случайно среди сельских детей близоруких меньше, чем среди городских: сельские школьники больше бывают на свежем воздухе, больше двигаются.

— Евгений Игнатьевич, многие девочки, приславшие письма в редакцию, спрашивают, не помогут ли им серьги хотя бы приостановить прогрессирование близорукости.

— Должен их огорчить — нет! Прежде всего пусть постараются ограничить зрительную нагрузку, усилив физическую актив-

ность — прогулки на воздухе, подвижные игры. Полезны теннис, гребля, плавание. Нежелательны для близоруких детей — я имею в виду, конечно, и девочек и мальчиков — дополнительные занятия в музыкальной школе, в изостудии.

Пользуясь случаем, обращаюсь к педагогам: во время уроков в школе обязательно проводите трехминутные физкультпаузы. Это отдых не только для мышечной системы, но и для глаз! А на переменах пусть ребята побольше двигаются — лучше, конечно, на свежем воздухе. Уроки труда, которые требуют напряженной зрительной работы, например, шитье, вышивание, лепка, необходимо индивидуализировать для детей с близорукостью, и проходить они должны в очень светлых и хорошо проветренных классах.

Думается, что школьники и школьницы старших классов и сами в силах сделать многое для того, чтобы не переутомлялись глаза, — ну, хотя бы не смотреть телепередачи более одного-двух раз в неделю. И пусть не забывают, что минимум два раза в год надо побывать у офтальмолога. Он проверит, не прогрессирует ли близорукость, назначит лечение.

Выполнять советы офтальмолога надо очень аккуратно. Если прописаны, допустим, очки для дали — надевать их только тогда, когда приходится смотреть вдаль. А если очки предназначены для чтения, то уж читать нужно в них.

Я хотел бы напомнить об особой важности лечения таких заболеваний, как тонзиллит, кариес зубов, которые очень часто сопутствуют близорукости, а возможно, и усугубляют ее течение. Так что, как видите, нужны и некоторые собственные усилия. Это, конечно, сложнее, чем надеть сережки, но зато надежнее!

Итак, наши интервью позволяют заключить, что на целебную силу серег при близорукости уповать пока не приходится. Для улучшения зрения надо использовать все те возможности, которые предлагает сегодня медицина!

КНИЖНАЯ ПОЛКА



Ю. П. ЛИСИЦЫН,
Н. Я. КОПЫТ.
Алкоголизм.
Москва,
издательство
«Медицина»,
1978 г.

Эта книга посвящена социально-гигиеническим аспектам алкоголизма, его распространенности, причинам, медико-социальным последствиям.

Член - корреспондент АМН СССР Ю. П. Лисицын и доктор медицинских наук Н. Я. Копыт представили вниманию читателей не только данные, почерпнутые из большого числа литературных источников и документов, но и опыт многолетнего исследования, проводимого авторами и их сотрудниками на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова.

Большой научный и практический интерес представляют сведения о влиянии алкоголя на здоровье человека. Авторы подробно рассказывают, к чему приводит длительное воздействие алкоголя на нервную систему, умственную деятельность, работу сердца, органов дыхания, пищеварения. Установлено, например, что среди мужчин, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах по поводу алкоголизма, уровень общей заболеваемости в 1,5 раза выше в сравнении с этим показателем у непьющих взрослых мужчин. Оказалось, в частности, что несчастные случаи и травмы у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, происхо-

дят в 2,7 раза чаще, чем в соответствующей возрастно-половой группе населения. Анализ причин смерти мужчин-алкоголиков свидетельствует: первое место занимают несчастные случаи.

Авторы убедительно показывают, как под влиянием спиртных напитков снижается производительность труда у работников самых различных профессий, как алкоголь становится причиной нарушения производственного процесса, брака, прогулов.

В книге приводятся многочисленные факты о взаимосвязи пьянства и преступности. Как говорит судебная статистика, в состоянии опьянения совершается большинство краж, грабежей. Более половины транспортных происшествий происходит по вине нетрезвых водителей.

Особое внимание уделено в книге вопросам организации борьбы с алкоголизмом за рубежом и в СССР, раскрыты основные направления и характер государственно-административных и общественных мер борьбы с пьянством в нашей стране, показаны методы выявления и лечения больных алкоголизмом, обобщен опыт противоалкогольной работы на промышленных предприятиях.

Б. М. ПОТУЛОВ,
профессор



Радужная оболочка глаз, в центре которой находится зрачок, выполняет роль своеобразной диафрагмы, пропуская то меньшее, то большее количество лучей видимого света. Но если интенсивность солнечного излуче-

вызвать так называемую снежную слепоту. Ее признаки—ослепление, светобоязнь, слезотечение и покраснение слизистой оболочки глаз. Человек не в состоянии смотреть, жалуются на сильную и резкую боль в глазах; в тяже-

темные. Специальные исследования показали, что наиболее благоприятны зеленые стекла. Уменьшая яркость света, они не снижают остроты зрения. Если темных очков нет, могут помочь и простые очки, поскольку любое стекло задерживает ультрафиолетовую часть солнечного спектра.

Людям, страдающим близорукостью, корректирующие светозащитные очки особенно необходимы. При близорукости, как известно, лучи света не могут точно фокусироваться на сетчатой оболочке глаза и образуют на ней широкое световое пятно—пятно светорассеивания. Корректирующие светозащитные

очки уменьшают это пятно светорассеивания до минимума, что улучшает остроту зрения.

Однако темными очками надо пользоваться лишь при ярком солнечном свете. Не следует носить их постоянно, особенно в малосолнечные и пасмурные дни: это мешает, а иногда и вредит зрению.

Имеет значение и оправа очков. Желательно, чтобы она была темного цвета и не блестящей. Полированная поверхность оправы дает блики, которые раздражают и утомляют глаза.

Н. В. ШУБИНА,
кандидат
медицинских наук

Чтобы не наступила снежная слепота



ния намного увеличивается, этой защиты становится недостаточно.

Зимой, в яркий солнечный день на равнинах, в горах, чистый снег сильно отражает ультрафиолетовые лучи, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на зрение,

в некоторых случаях боль ощущается и в надбровных областях.

Чтобы уберечься от снежной слепоты, полярникам, альпинистам, лыжникам в солнечные дни надо обязательно носить очки. Причем лучше, конечно, светозащитные,

Клюкву собирают поздней осенью, после первых заморозков, и ранней весной, после таяния снега. Собранная весной, она обладает лучшими вкусовыми качествами, менее кислая, но уже почти не содержит витамина С, а в клюкве осеннего сбора его примерно 12—15 милли-

граммов в 100 граммах ягод.

Богата клюква минеральными солями—калия, кальция, магния, фосфора, а железа в ней столько же, сколько в яблоках, лимонах, винограде. Благодаря высокому содержанию органических кислот—лимонной, хинной, бензойной—ягоды хорошо сохраняются как в свежем, так и в замороженном виде. Есть в клюкве и так называемые пектиновые вещества, способствующие выведению из организма холестерина.

Блюда из клюквы—кисели, муссы, желе, сала-

ты, экстракты, морсы, варенье—не только вкусны, но и полезны. Их рекомендуют при высокой температуре, инфекционных заболеваниях, малокровии, гастритах с пониженной кислотностью желудочного сока, при некоторых болезнях почек. Клюквой можно улучшить вкус блюд, приготовленных без соли. Но страдающим гиперацидным гастритом, язвенной болезнью есть клюкву нельзя.

Вот что можно приготовить из этой ягоды.

МУСС КЛЮКВЕННЫЙ С МАННОЙ КРУПОЙ

Полстакана ягод перебрать, промыть, размять деревянным пестиком и отжать сок. Мезгу залить 1,5 стакана воды, довести до кипения, процедить, добавить две столовые ложки сахарного песка и поставить на огонь. Затем в кипящий отвар засыпать (помешивая, чтобы не образовалось комочков) одну столовую ложку манной крупы, варить 10 минут и

охлаждать примерно до 40 градусов. После этого влить сырой клюквенный сок, взбить до получения пенообразной массы, разлить в формочки, смоченные водой, и охладить.

ЖЕЛЕ ИЗ КЛЮКВЫ С СЫРОЙ ПЕЧЕНЫЮ

Полстакана ягод перебрать, промыть, размять деревянным пестиком и отжать сок. Мезгу залить 1,5 стакана воды, довести до кипения и процедить. В процеженный отвар добавить желатин (0,5 столовой ложки, предварительно замоченный в холодной кипяченой воде), сырой клюквенный сок, сырую печень (50—75 граммов, 3—4 раза пропустив через мясорубку). Смесь выложить в формочки, смоченные водой, и охладить.

КАРТОФЕЛЬНЫЙ НАПИТОК С КЛЮКВОЙ

Три-четыре средних клубня картофеля вымыть, очистить, натереть на терке и отжать сок.

Затем поставить его на 1—2 часа для отстоя крахмала в посуде с закрытой крышкой. Сок осторожно слить. Клюкву (две столовые ложки) перебрать, промыть, размять деревянным пестиком и отжать сок. Мезгу залить водой (1 стакан), варить 5—7 минут, процедить, в отвар добавить одну ложку сахарного песка, довести до кипения, после чего охладить и соединить в одной посуде картофельный сок, сок сырой клюквы и охлажденный отвар. Полученный напиток хранить нельзя, поэтому смешивают его непосредственно перед употреблением.

КЛЮКВА В САХАРЕ

Промыть 500 граммов ягод, хорошо просушить (около огня), смешать с одним яичным белком и высыпать на решето, дать постоять, а затем обвалить ягоды в сахарной пудре (500 граммов).

В. В. ЧУМАКОВА,
технолог

Клюква и блюда из нее





Известно, что многим заболеваниям свойственно хроническое течение с ремиссиями и обострениями. Что предпринять, если вдруг возник приступ — резкое обострение болезни? Что сделать, чтобы уменьшить боль, облегчить состояние, предотвратить тяжелые осложнения? Мы предлагаем воспользоваться советами специалистов. Их вы найдете под рубрикой «Если начался приступ...». Сотрудники различных

научно-исследовательских институтов и клиник расскажут, что предпринять до прихода врача, когда резко повысилось артериальное давление у страдающего гипертонической болезнью, возникла острая боль в сердце у больного стенокардией, развилось состояние гипогликемии у больного сахарным диабетом, возник приступ почечной или печеночной колики.

А. А. ПЕРЕЛЫГИНА,
кандидат
медицинских наук

ЭТО НАДО ЗНАТЬ БОЛЬНОМУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Необходимо соблюдать рекомендованную лечащим врачом диету, нельзя самовольно увеличивать или уменьшать назначенную дозу инсулина, иначе вследствие резкого снижения или повышения уровня сахара в крови может развиваться гипо- или гипергликемическое состояние.

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Первые признаки — слабость, чувство голода, учащение сердцебиений, дрожат руки и ноги, бледнеет лицо, усиливается потоотделение, иногда двоится в глазах, немеют губы и язык.

Все эти ощущения легко устранить, если выпить стакан сладкого чая, съесть кусок белого хлеба. Делать это надо сразу, не дожидаясь, что состояние слабости пройдет само. После

устранения наступившей гипогликемии надо обязательно показаться врачу.

Если не принять необходимых мер, может наступить гипогликемическая кома — тяжелое бессознательное состояние с возбуждением и судорогами, обусловленное резким снижением уровня сахара в крови. В таких случаях нужно срочно вызвать «Скорую помощь»!

ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Проявляется оно ухудшением самочувствия, сильной жаждой, человек пьет много жидкости — воду, чай, молоко, но, несмотря на это, ощущает сухость во рту; появляется обильное и частое мочеиспускание.

Чтобы снизить уровень сахара в крови, следует ввести дополнительно 4 единицы простого инсулина, а если жажда очень сильная — 6—8 единиц и обратиться к врачу.

Если же сразу не ввести инсулин,

самочувствие может резко ухудшиться, и тогда нередко развивается диабетическая кома — очень серьезное осложнение.

Признаки прекоматозного состояния: слабость, сонливость, сильное мочеотделение. Сознание затуманено, бывают тошнота, рвота; жажда еще больше усиливается. Появляется характерный запах ацетона (запах моченых яблок) в выдыхаемом воздухе. В таких случаях надо немедленно вызвать «Скорую»



Мучные Блюда русской кухни

Русская кухня издавна славится изделиями из теста—сдобного, пресного, слоеного, песочного.

Чтобы приготовить кулебяку или расстегаи, требуется много времени, и вряд ли кто из хозяек часто отваживается на столь хлопотное дело. К тому же изделия из теста очень калорийны и в наш век гиподинамии—не для повседневного меню. Но по праздничным дням можно себе позволить съесть кусок аппетитного пирога.

С рецептами некоторых блюд из теста вас познакомит заведующая кондитерским цехом столичного ресторана «Славянский базар» Клавдия Васильевна КУЗОВА.

КУРНИК

Из муки, воды, соли замесить пресное тесто, по консистенции менее крутое, чем на лапшу. Маргарин размять, соединить со столовой ложкой муки, добавить столового уксуса и подержать в холодильнике 15—20 минут. Затем положить охлажденный маргарин на середину выложенного на разделочную доску теста, завернуть его в виде конверта и прокатать скалкой. Опять завернуть конвертом и еще раз прокатать. Убрать в холодильник на 20—30 минут, вынув, снова дважды прокатать. Убрать в холодильник еще на 30 минут. За это время приготовить фарш.

Мякоть отваренной курицы мелко порубить, посолить, поперчить. Рис отварить в подсоленной воде, откинуть на дуршлаг, заправить сливочным маслом. Порубить два крутых яйца и смешать с рисом. Грибы, свежие или сушеные, почищенные, промытые, отваренные, нашинковать, посолить, смешать с мелко нарубленной зеленью петрушки.

Тесто вынуть из холодильника, раскатать в виде круглой лепешки, на середину положить фарш из курицы, на него фарш из грибов, сверху—фарш из риса с яйцами. Поднять края лепешки, защипать, затем перевернуть швом вниз и придать форму конуса, острием вверх. Смазать курник яйцом, из кусочков теста вылепить звездочки, ромбики или веточки, украсить ими курник сверху и выпекать в духовке на противне.

На курник весом 1 килограмм: мука—270, сливочный маргарин—150, 1 яйцо для смазки, вода—120, уксус—10, соль—3; для фарша:

мякоть курицы—350, перец на кончике ножа, рис—60, 2 яйца, масло сливочное—50, грибы свежие—150 (сушеные—30), зелень—10.

РАССТЕГАИ С РЫБОЙ ИЛИ С ГРИБАМИ

Для рыбного фарша: отварную тушку рыбы отделить от костей, разобрать на мелкие кусочки, посолить, поперчить, смешать с обжаренным репчатым луком.

Для грибного фарша: свежие грибы почистить, промыть, отварить, мелко нашинковать, посолить, смешать с обжаренным луком.

Тесто для расстегаев готовится так же, как для курника. Приготовленное тесто раскатать в виде прямоугольника, толщиной в 3—4 миллиметра. Специальной выемкой или стаканом вырезать лепешки. На середину каждой положить фарш из рыбы или грибов.

Лепешку защипать сверху «косичкой», придать расстегаю форму лодочки, смазать яйцом и выпекать в духовке.

На 10 расстегаев: мука—185, вода—80, маргарин сливочный—90, соль—1, уксус—2, яйцо для смазки—1/2; для рыбного фарша: тушка очищенная—220, лук—20, масло сливочное или расти-

тельное—15, соль—3, перец на кончике ножа; для грибного фарша: грибы свежие—120, лук—12, масло сливочное или растительное—12, соль—3.

КУЛЕБЯКА С МЯСОМ

Мясо промыть, зачистить, пропустить через мясорубку, обжарить, все время помешивая. Лук репчатый обжарить, смешать с

жареным фаршем, посолить, поперчить, добавить рубленую зелень.

Тесто готовится так же, как для сдобных пирожков. Когда тесто подойдет, выложить его на разделочную доску, отделить небольшой кусок для украшения, остальное скатать в один большой шар, обмять его, на середину положить фарш, края поднять кверху, соединить, защипать, придав пирогу форму прямоугольника. Положить на противень швом вниз, дать постоять 10—15 минут. Из оставшегося кусочка теста слепить листочки, веточки или ромбики, украсить ими кулебяку, смазать яйцом и выпекать.

На кулебяку весом 1 килограмм: мука—400, вода—280, сахарный песок—20, маргарин—40, дрожжи—12, соль—5, одно яйцо для смазки; для

фарша: мясо—600, лук репчатый—60, масло сливочное—30, соль—10, зелень петрушки—10, перец—на кончике ножа.

СДОБНЫЕ ПИРОЖКИ С ЗЕЛЕНЫМ ЛУКОМ И ЯЙЦОМ ИЛИ С ЯБЛОКАМИ

Для яблочного фарша: яблоки очистить, вынуть сердцевинки, нарезать на мелкие кусочки, засыпать сахарным песком. Для фарша из зеленого лука с яйцом: лук зачистить, промыть, порубить, слегка пассеровать (обжарить), крутое яйцо порубить, соединить с луком, посолить по вкусу.

Подогреть воду примерно до 30 градусов, положить в нее маргарин, соль, сахар, дрожжи, все размешать, всыпать муку, оставив около 30 граммов для обработки теста, и поставить подойти на полтора часа в теплое место. Когда тесто подойдет, выложить его на разделочную доску, разделить на кусочки, каждый скатать шариком. Дать им постоять 15—20 минут. Затем каждый шарик обмять и на середину положить фарш из яблок или зеленого лука с яйцом, защипать, придав форму лодочки, положить на противень швом вниз. Дать постоять 15—20 минут, смазать яйцом и выпекать.

На 10 пирожков: мука—280, вода—200, дрожжи—10, маргарин—30, сахарный песок—20, соль—4, одно яйцо для смазки; для яблочного фар-

ша: яблоки неочищенные—270, сахарный песок—75; для фарша из лука и яйца: зеленый лук—240, сливочное масло—15, 2 яйца.

БЛИНЫ

Молоко подогреть до 35—40 градусов, положить в него сахар, соль, дрожжи, яичные желтки, муку. Все перемешать до образования однородной массы. Замешанное тесто оставить в теплом месте на 1,5—2 часа. Затем осадить его и дать еще раз подняться. Для пышности добавить в готовое тесто растопленный маргарин и взбитые белки.

После этого сразу печь блины на раскаленных чугунных сковородах, смазывая их жиром. Каждый блин пекут с двух сторон. Готовые блины смазать маслом и сложить стопкой. Подают блины с маслом, сметаной, сливками, молоком, селедкой, рыбой, медом, вареньем.

На порцию (3 штуки): мука—65, яйцо—1/2, молоко—110, сахарный песок—4, мар-

гарин—5, дрожжи—4, соль—1,5, масло для жарения—5.



Рисунки С. ТРОФИМОВА

Активный досуг семьи

Отдыхаете ли вы всей семьей на даче или на турбазе, осваиваете ли в часы отдыха снежную горку в своем дворе или режете коньками лед— старайтесь подружиться с игрой— отличным средством борьбы с гиподинамией. С правилами подвижных игр вас познакомит кандидат педагогических наук, доцент курса подвижных игр Центрального института физкультуры И. М. КОРОТКОВ.

ИГРЫ НА КАТКЕ

Мороз до 10 градусов без ветра— наиболее благоприятная погода для игр на льду. Но больше 30—40 минут играть нецелесообразно, тем более новичкам. Чтобы все активно двигались, чаще меняйте водящих, надолго не исключайте проигравших.

Одевайте на каток теплую, но легкую и удобную одежду, которая не стесняет движений. Ботинки не зашнуровывайте туго, особенно на подъеме.

Игр на льду множество. Соревноваться в скольжении, бегать наперегонки, осаливая друг друга, можно одной семьей. Когда же игра требует 8—10 человек, лучше объединяться двумя-тремя семьями.



СОРЕВНОВАНИЯ «ПОЕЗДОВ»

Соревнуются две-три семьи: каждая из них составляет «поезд». Впереди встает самый надежный конькобежец, за него цепляются остальные— «вагоны».

Сигнал— и «поезда» отправляются в путь. Их задача— преодолеть 15 метров и вернуться обратно, не расцепив «вагоны». Победителя нетрудно определить по времени, которое затратил на «поездку» каждый «поезд».



ХОККЕЙНЫЙ ТИП

Смастерите из фанеры или плотного картона щит размером 2×1 метр. Расчертите его и проставьте цифры, как показано на рисунке. Прислонив щит к снежному валу, забору катка или бортику хоккейной коробки, начинайте «стрельбу» шайбой по цели. Бьют клюшкой с 5—7 метров три шайбы подряд.

Тот, кто наберет наибольшее количество очков после нескольких серий бросков,— лучший снайпер в семье.



ШАЙБА-САЛКА

Бросьте на лед детскую резиновую (облегченную) шайбу. Задача водящего— продвигаясь по катку, подбить шайбу коньком, чтобы она задела конек кого-либо из игроков. Осаленный сменяет водящего. Игра помогает узнать, кто лучший конькобежец в семье.

Вариант: шайбу разрешается водить по льду клюшкой, передавая ее затем осаленному.

Петр 7

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:

ВТОРОЕ СЕРДЦЕ МУЖЧИНЫ

●
ПОРТРЕТЫ КЛЕТОК КРОВИ

●
ЖИЗНЬ В ПРОБИРКЕ

Индекс 70328. Цена 25 коп.

