

Здоровье

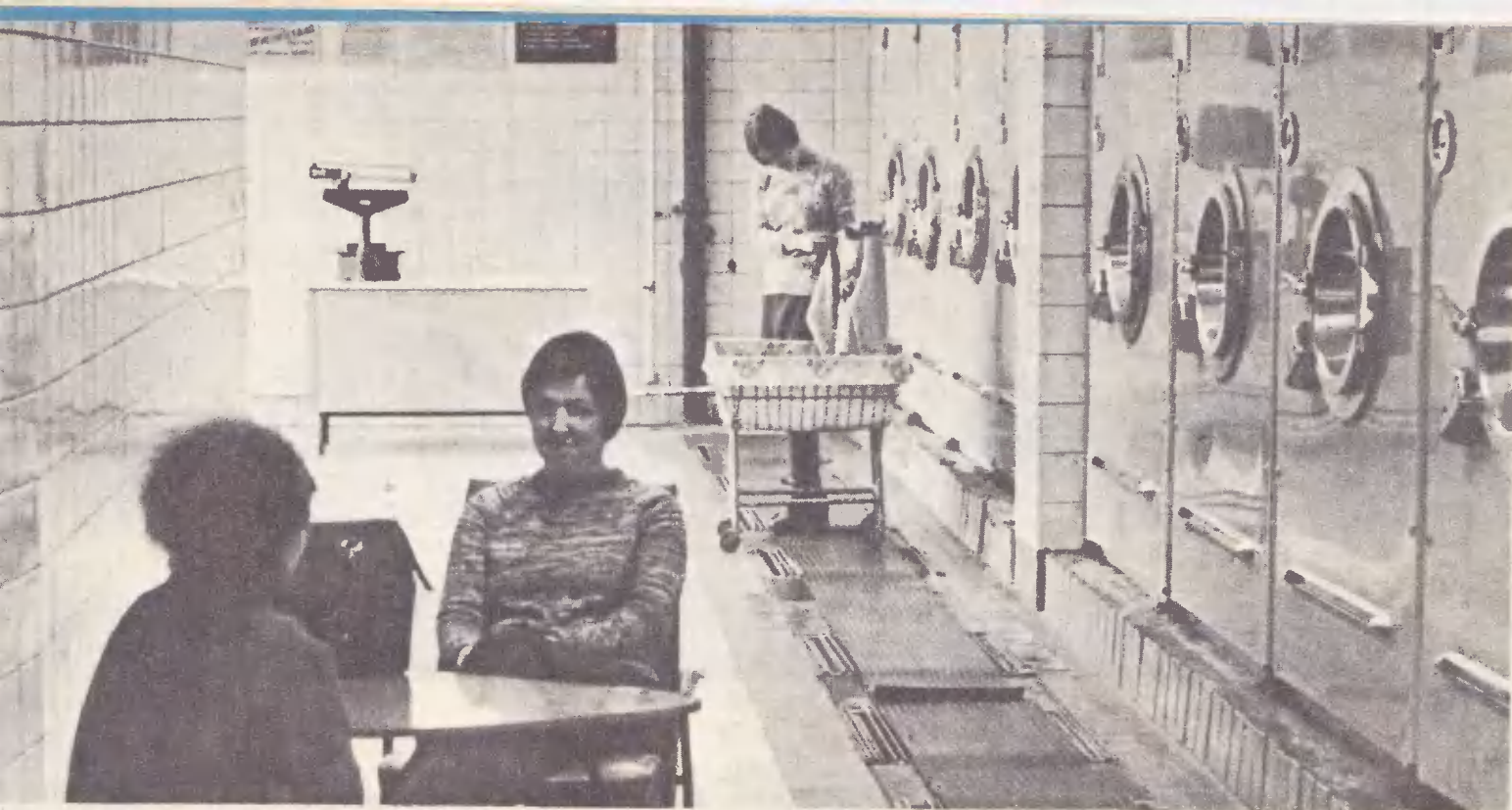
ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРАВДА» МОСКВА

3 • 1976

**8 МАРТА —
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ЖЕНСКИЙ ДЕНЬ**



**С ПРАЗДНИКОМ,
ДОРОГИЕ
ЧИТАТЕЛИ!**



МОСКВА

БУДЕТ ОБРАЗЦОВЫМ

КОММУНИСТИЧЕСКИМ

ГОРОДОМ!

Все больше становится в столице предприятий бытового и коммунального обслуживания, значительно сокращающих затраты времени на ведение домашнего хозяйства. У москвичей завоевали популярность предприятия фирмы «Чайка». Эти снимки сделаны на московской фабрике срочной химчистки № 67: залы чистки и стирки самообслуживания.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СССР И РСФСР

Здоровье

Основан 1 января 1955

№ 3 (255) 1976

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

В ЭТОМ НОМЕРЕ

Редакционная коллегия:

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

Главный художник
Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

- | | | |
|--|----|--|
| И. Б. УСМАНХОДЖАЕВ,
З. А. ЧИКУНОВА,
М. В. ДАНИЛЕНКО
Н. В. ПУТОВ | 2 | ГОВОРЯТ ДЕЛЕГАТЫ
XXV СЪЕЗДА КПСС |
| Д. ОРЛОВА
Н. ЯКОВЧУК | 4 | НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ |
| Ю. И. ЛИТИНСКИЙ
Г. Я. ДОЛГОПЯТОВ | 6 | Е. В. ШМИДТ |
| А. А. ПОКРОВСКИЙ
В. В. ИВАНОВА | 7 | ПО ОБЕ СТОРОНЫ ПРОХОДНОЙ |
| М. И. БУЯНОВ
А. А. НЕКРАСОВА | 9 | МИКРОБЫ—ВРАГИ |
| Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО,
Ю. А. РЕШЕТНЯК | 10 | ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ |
| Людмила КАФАНОВА
С. ЛАПТЕВА | 11 | ЕЩЕ РАЗ О САХАРЕ |
| А. ГРИГОРЬЕВ
В. Н. ТКАЧУК | 14 | ОРЗ |
| Н. Н. КАНШИН
Р. И. ЧАНЫШЕВА,
Е. Н. БОРИНСКАЯ | 16 | ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ |
| | 18 | МУТИЗМ |
| | 20 | СТРАДАЮЩИМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ |
| | 22 | ПСИХОЛОГИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ЖИЗНИ |
| | 24 | ДОМ, ГДЕ НАДЕЛЯЮТ КРАСОТОЙ |
| | 25 | И СНОВА БОЙ... |
| | 27 | ГОД СПУСТЯ |
| | 28 | ОТЧЕГО ВОЗНИКАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ |
| | 30 | «ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ |
| | 31 | ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ |
| | 32 | СЛИЗИСТЫЕ СУПЫ |

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва, А-15,
Бумажный проезд, 14
Телефоны: 253-32-95; 251-44-34;
253-70-50; 253-34-67; 250-24-56; 251-94-49.

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

Сдано в набор 20/1 1976 г. А 00856.
Подписано к печати 2/II 1976 г. Формат 60×90^{1/8}.
Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58. Тираж 11700000 экз.
(1-й завод: 1—10697450 экз.).
Изд. № 511. Заказ № 1725.

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

© Издательство «Правда». «Здоровье». 1976.



НА ОБЛОЖКАХ

- I. Рисунок В. Сухомлинова
- II. Фото Вл. Кузьмина
- III. Рисунки А. Казанина

ГОВОРЯТ ДЕЛЕГАТЫ



И. Б. УСМАНХОДЖАЕВ,
первый секретарь
Андижанского обкома
Коммунистической партии
Узбекистана,
депутат Верховного Совета УзССР



Что конкретно будет сделано в Андижанской области для осуществления программы дальнейшего улучшения охраны здоровья населения, выдвинутой XXV съездом КПСС?

— «Мы сделали хороший шаг вперед» — так охарактеризовал итоги девятой пятилетки Генеральный секретарь ЦК КПСС товарищ Л. И. Брежнев на декабрьском (1975) Пленуме Центрального Комитета партии.

Андижанская область завершила девятую пятилетку также с неплохими результатами. План пятилетия область выполнила по всем показателям, а по хлопку — основной нашей сельскохозяйственной культуре — перевыполнила: сверх плана мы сдали государству 360 тысяч тонн хлопка.

Благодаря росту экономики и повышению эффективности общественного производства намного возросло благосостояние народа, обеспечение его медицинской помощью.

За последнее пятилетие значительно укрепилась материальная база лечебно-профилактических учреждений. На эти цели израсходовано за счет государственных капитальных вложений 8037 тысяч рублей.

Построено несколько типовых медицинских учреждений: клиническая больница на 800 коек на базе Андижанского медицинского института, две детские больницы по 120 коек каждая, два противотуберкулезных диспансера и другие лечебно-профилактические учреждения.

Количество больничных коек возросло в области с 10 тысяч в 1971 году до 12200 в 1975-м. Обеспеченность ими увеличилась с 89 до 96 на 10 тысяч населения.

Постоянно совершенствуется медицинская помощь на селе; сейчас амбулаторные приемы во многих учреждениях ведут врачи по 17—20 специальностям.

В десятой пятилетке намечаем наращивать темпы развития здравоохранения в области.

Только за счет местного бюджета предусматривается на строительство медицинских учреждений и объектов социально-бытового и культурного назначения израсходовать 90 миллионов рублей. Это на 15 миллионов рублей больше, чем в девятой пятилетке.

Намечается в первую очередь строительство крупных типовых больниц по 300 коек

каждая с поликлиниками на 600 посещений в смену — в Ленинском, Ходжабадском и Московском районах. Уже в этом году начнется строительство областной больницы на 1000 коек, кожно-венерологического диспансера на 200 коек. Будет завершён ввод в строй действующих психоневрологического диспансера со стационаром на 500 коек; 2 корпуса по 100 коек уже функционируют. Планируется строительство и инфекционной больницы на 200 коек.

На средства колхозов начато строительство межколхозной больницы на 135 коек в Московском районе.

В наших планах и проведение ряда мероприятий по охране внешней среды. Это прежде всего дальнейшее озеленение городов и поселков — в Пахтабадском, Комсомолабадском, Джалалкудукском районах. Будут построены зоны отдыха в селе Ширмайбулак Ходжабадского района, в селе Багышамал Андижанского района, а также в городе Советабате. Предполагаем соорудить водохранилище на реке Карадарья на 1 миллиард 700 миллионов кубометров воды. Будет построена здравница, будет свой курорт!

Трудящиеся нашей области в текущем пятилетии получают около 600 тысяч квадратных метров жилой площади, новые школы и детские учреждения. Если сейчас постоянные детские сады посещают 46 тысяч детей, то к концу десятой пятилетки их будет 60 тысяч.

Строители области готовятся к возведению крупных современных типовых школ на 80 тысяч ученических мест. Надеемся, что к 1980 году сможем решить большую программу по переводу школ на односменные занятия. Предусмотрена организация учебных кабинетов, мастерских, спортзалов, столовых, что позволит повысить уровень обучения и воспитания подрастающего поколения.

Почти во всех районах области (их 12) намечается строительство домов бытового обслуживания на 50—100 рабочих мест. Благодаря этому объем бытовых услуг населению в десятой пятилетке возрастет в 1,5 раза.

Будут построены Дом для инвалидов в Андижанском районе и протезно-ортопедическое предприятие в Андижане.

Планы у нас большие, и мы сделаем все для их успешного выполнения.

В «Основных направлениях развития народного хозяйства СССР на 1976—1980 годы» подчеркнута необходимость «обеспечить дальнейшее улучшение охраны здоровья населения... Усилить профилактику заболеваний». Естественно, это имеет прямое отношение к охране здоровья подрастающего поколения, начиная с первых дней жизни. Что предполагается сделать в Мордовии? Какие резервы будут приведены в действие?

— Прежде чем говорить о наших планах и задачах, мне хотелось бы коротко рассказать о том, что уже сделано. А сделано немало. За последние годы и особенно за годы девятой пятилетки педиатрическая служба республики шагнула далеко вперед. Сегодня во всех районах (а у нас их 21) при центральных районных больницах созданы самостоятельные детские отделения, где есть все, чтобы оказать ребенку квалифицированную помощь. В Саранске за последние пять лет открыты четыре новые детские поликлиники, расширилась республиканская детская больница, где, помимо педиатров, работают 60 специалистов одиннадцати профилей.

Забота о развитии здравоохранения в республике стала поистине общенародным делом: в финансирование строительства лечебных учреждений внесли свою немалую лепту предприятия, совхозы, колхозы. При Совете Министров Мордовской АССР был создан межведомственный совет по охране здоровья детей. В него вошли представители министерств здравоохранения, просвещения, строительства, коммунального хозяйства, сельского хозяйства и других ведомств. На совместных заседаниях обкома партии и Совета Министров республики не раз обсуждалась вопросы охраны здоровья матери и ребенка, принимались постановления, очень помогавшие нам в практической работе.

В десятой пятилетке предстоит дальше развивать и совершенствовать сеть лечебно-профилактических учреждений. Вскоре в Саранске откроется городская детская больница на 100—150 мест для детей, больных пневмонией. В ближайшие годы будет построен новый родильный дом на 250 мест.

Строить предстоит много! Сейчас в республике три детских санатория, но они размещены в старых зданиях. Один из

XXV СЪЕЗДА КПСС

З. А. ЧИКУНОВА,
главный педиатр Минздрава
Мордовской АССР,
заслуженный врач
Мордовской АССР,
депутат Верховного Совета СССР



М. В. ДАНИЛЕНКО,
ректор Львовского
государственного
медицинского института,
член-корреспондент АМН СССР,
заслуженный деятель
науки УССР,
депутат Львовского областного
Совета депутатов трудящихся

них — «Сосновый бор», расположенный на живописнейшем берегу Мокши, — в первом году десятой пятилетки получит новый двухэтажный благоустроенный корпус на 150 мест. Рядом уже возведены столовая, прачечная и общеобразовательная школа. Без отрыва от учебы в «Сосновом бору» будут поправлять свое здоровье дети, страдающие хронической пневмонией и ревматизмом. На ближайшие годы намечена и реконструкция санатория «Смольный» для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Наряду с укреплением базы здравоохранения десятой пятилетка ставит перед нами и другую сложную задачу: с максимальной эффективностью использовать все то, что уже создано, построено, открыто, улучшить качество медицинской помощи детям. Предстоит приблизить специализированную медицинскую службу к детям села, добиваться, чтобы в каждой центральной районной больнице были свои детские хирурги, отоларингологи, офтальмологи и другие специалисты. Чтобы подготовить такие кадры, мы посылаем и будем посылать выпускников медицинского факультета Мордовского государственного университета и уже работающих врачей в институты усовершенствования Москвы, Ленинграда, Казани, Горького.

Охрана здоровья детей включает в себя не только медицинские мероприятия, но и правильное воспитание, и летний отдых, и условия занятий в школе, и питание, и многое, многое другое.

В десятой пятилетке планируется построить по современным типовым проектам 70 детских комбинатов почти на 9 тысяч мест и 108 школ, в которых будут учиться свыше 48 тысяч школьников.

Особая наша забота — организация питания здоровых и больных детей. Сейчас в Саранске заканчивается строительство нового молокозавода. А прежний предполагается реконструировать, организовав производство продуктов детского питания. Мы стараемся также, чтобы каждый школьник во время перемены мог получить вкусный горячий обед.

Для десятой пятилетки подготовлен хороший старт. Мы приложим все силы, чтобы и финиш был успешным!

Коммунистическая партия ставит в десятой пятилетке перед высшей медицинской школой задачу дальнейшего улучшения подготовки врачей. На что в первую очередь будут направлены усилия профессорско-преподавательского коллектива руководимого вами Львовского государственного медицинского института?

— Подготовка знающего специалиста — основная наша задача. И чтобы понять, насколько она сложна, скажу прежде всего о том, как представляем мы себе облик современного врача.

Это исследователь, потому что каждый день ему приходится вступать в контакт с человеком, по данным опроса, осмотра, инструментальных и лабораторных исследований строить гипотезу нарушений сложной биологической системы. Кроме того, он обязан учитывать и индивидуальные психические особенности личности больного. В руках врача — судьба человека. И он должен быть готов к самостоятельным решениям, уметь владеть собой и в то же время быть добрым, чутким к чужим страданиям.

Чтобы подготовить такого врача, в самое короткое время нам предстоит еще более повысить качество лекций, насытить их современным материалом, отражающим последние достижения науки, исследовательской мысли. Предполагаем также сделать учебный процесс более предметным, зримым с помощью кино, телевидения, использования слайдов и других возможностей современной техники. И, конечно, будем стараться на лекциях, практических занятиях полнее раскрывать богатство марксистско-ленинского учения, активнее формировать врачебное мышление.

Немалые перспективы в деле улучшения подготовки будущих врачей открывает использование оптимальных схем программного обучения. У нас они сейчас успешно разрабатываются.

Для улучшения качества учебного процесса у нас в институте введена текущая аттестация студентов — более частая проверка их знаний. Это помогает выявить, какие разделы они хуже усвоили, внести необходимые коррективы в учебный процесс.

Врач должен не только многое знать, но и многое уметь. Вот почему мы вводим в расписание практическую подготовку сту-

дентов по клинической биохимии и клинической фармакологии, подробно знакомим их с медицинской аппаратурой, с функциональными методами исследования. В настоящее время студентов посылаем для прохождения производственной практики в наиболее технически оснащенные больницы.

Несомненно, на повышении качества подготовки врача скажется и такое нововведение — преподавание курса лечебной физкультуры применительно ко всем клиническим специальностям.

Нельзя не оценить положительно и тот факт, что на базе нашего института работает факультет усовершенствования врачей. По прошествии некоторого времени мы вновь встречаемся здесь со своими воспитанниками и ясно видим как положительные стороны, так и дефекты своей работы.

Мы стремимся, чтобы выпускники нашего вуза были знающими, думающими специалистами, врачами-исследователями, общественными деятелями. В немалой степени все эти качества воспитывает у молодежи и участие в работе научных кружков. Их у нас 65. Сегодня мы уже думаем о создании конструкторских бюро, где наши студенты совместно со студентами политехнических вузов, представителями заводов смогут на современном уровне знаний вести актуальные комплексные исследования.

В нашем институте сложилось немало традиций, способствующих воспитанию не только хороших специалистов, но и здоровых, гармонически развитых людей. И прежде всего это любовь к спорту, физической культуре. Не случайно наш институт шесть лет подряд удерживает спортивное первенство среди медицинских вузов страны. Убеждены, что именно врач в силу своей профессиональной принадлежности должен быть пропагандистом активного образа жизни, пропагандистом пользы физических упражнений.

**Интервью взяли
наши корреспонденты
Е. ЛАГУТИНА,
И. БЫКОВА,
С. ХАРЛАМОВА**

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Н. В. ПУТОВ,
профессор

БОЛЕЗНИ системы дыхания имеют свою историю. Заболевания, казавшиеся когда-то страшными, неодолимыми, становятся редкими или исчезают совсем. Так было, например, с легочной формой чумы. В средние века пандемии чумы, как смерчи, неоднократно проносились над континентами, сея смерть. В XIV веке от чумы только в Европе погибло около 15 миллионов человек. А сегодня даже специалистам это заболевание известно лишь по описаниям.

Редким стал легочный туберкулез — истинный бич наших отнюдь не далеких предков. Значительное улучшение материальных условий жизни населения, организация в нашей стране четкой противотуберкулезной службы и, наконец, внедрение в широкую практику эффективных средств, подавляющих возбудителя заболевания, привели к снижению заболеваемости туберкулезом и смертности от него.

Меняются времена, меняются и болезни. В пятидесятых годах нашего века возросло значение особого вида легочной патологии — так называемых неспецифических заболеваний легких: пневмонии, бронхита, бронхиальной астмы. Они были известны и в прошлом, но как бы держались в тени своих более распространенных «собратей».

Одним из толчков, вызвавших обостренный интерес к проблеме неспецифических заболеваний легких, стал печально знаменитый лондонский «смог», в течение нескольких дней декабря 1952 года унесший жизни более четырех тысяч жителей города, страдавших хроническим бронхитом.

Статистические данные последующих лет подтвердили угрожающе быстрый рост заболеваемости неспецифическими заболеваниями легких. В США, например, в период с 1949 по 1967 год смертность от туберкулеза сократилась в 7 раз и в 10 раз возросла от хронических неспецифических заболеваний легких. Эти недуги стали причиной инвалидности более полутора миллионов американцев трудоспособного возраста.

В нашей стране, к сожалению, также наблюдается тенденция к росту числа больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких: по данным Всесоюзного научно-исследовательского института пульмонологии, ежегодно оно увеличивается на 5—7 процентов.

Приведенные цифры четко обрисовывают масштабы проблемы. В чем же причина столь быстрого роста неспецифических заболеваний легких?

Без сомнения, виновник № 1 — курение. В резолюции XXIII сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения отмечено, что одна из главных причин заболеваний дыхательных путей и легких — табак. Думается, излишне напоминать о том, сколь пагубно воздействуют на организм никотин, смолобразные продукты, окись углерода и другие вещества, содержащиеся в табачном дыме.

Не меньший вред наносит бронхолегочной ткани загрязнение воздушного океана. Далеко не во всех промышленно развитых странах, особенно капиталистических, удается примирить технический прогресс с требованиями охраны природы. В результате негативные последствия индустриального развития отрицательно сказываются на состоянии окружающей среды. По подсчетам специалистов, в 1970 году в атмосферу нашей планеты выбрасывалось 600 миллионов тонн пыли и вредных газов. А ведь воздух, которым мы дышим, находится в интимнейшем контакте со слизистой оболочкой бронхов и легочными альвеолами. Значительная часть вредных примесей оседает в тканях дыхательных путей и легких, разрушая их, вызывая патологические изменения.

Несомненную роль в учащении хронических заболеваний легких играет и постепенное повышение устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам. В последнее время все больше фактов свидетельствует о том, что предрасполагают к неспецифическим заболеваниям органов дыхания и все возрастающие контакты населения с препаратами бытовой химии, ассортимент которых с каждым годом увеличивается.

Теперь уже нет сомнений в том, что проблема борьбы с неспецифическими заболеваниями легких, в особенности с хроническими, переросла рамки чисто

медицинской проблемы и стала задачей медико-социальной.

Не случайно в последние годы выделилась и упрочилась специальная отрасль клинической медицины — пульмонология (от латинского *pulmo* — легкое). Настоятельная потребность в такой специализации диктуется в первую очередь необходимостью усовершенствовать методы исследования больных, детально изучить причины и механизмы развития болезней бронхов и легких, разработать эффективные методы их профилактики и лечения.

В круг первоочередных проблем, которые на данном этапе призвана решать пульмонология, входят острые и хронические неспецифические заболевания легких.

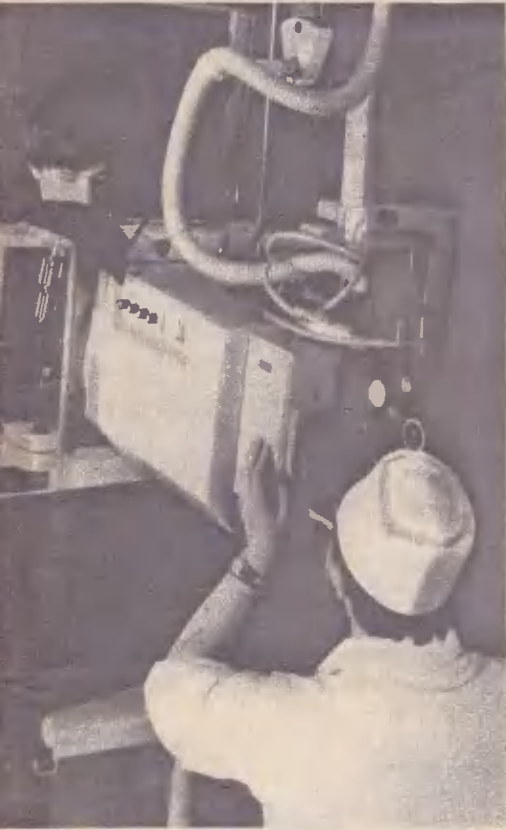
Из острых наиболее опасна пневмония — инфекционный процесс в легочной ткани бактериальной, вирусной или микоплазменной природы. Конечно, в наши дни острая пневмония не такой трагический диагноз, как скажем, 30 лет назад. Благодаря современным методам лечения за последние годы удалось значительно снизить смертность от этого заболевания. Но возникла опасность другого рода: все чаще специалисты констатируют затяжное течение острой пневмонии, а в ряде случаев — переход ее в хроническую форму. Причин тому немало, и одна из главных — несвоевременно начатое или не доведенное до конца лечение острой пневмонии.

Едва ли не важнейшая проблема пульмонологии — хронический бронхит. Вопреки бытующим представлениям, это заболевание чрезвычайно серьезно. Оно трудно поддается лечению и может стать причиной тяжелой инвалидности и даже смерти больного. Проявляясь в молодом и среднем возрасте безобидным на первый взгляд кашлем, бронхит может постепенно привести к нарушению проходимости мелких бронхов, разрушению легочной ткани, повышению сопротивления легочных сосудов. Следствием этих изменений становятся тяжелые нарушения функции легких, а также недостаточность сердечной деятельности.

Незаметность начальных проявлений болезни требует активного выявления больных путем профилактических осмотров людей, работающих на вредных производствах, а также курьеров. Исключение контакта с

вредно действующими факторами наряду с лечебными мерами (санация бронхиального дерева путем ингаляции лекарственных веществ, санаторно-курортное лечение) позволяет если не полностью избавиться от заболевания, то, во всяком случае, добиться стойкого улучшения состояния больного.

Бронхиальная астма — третья актуальная проблема неспецифической патологии легких. В основе характерных для этого заболевания мучительных приступов удушья лежат пери-



Один из новейших методов исследования — кинобронхография — используется для уточнения функционального состояния бронхиального дерева.

одически возникающие нарушения проводимости бронхов, обусловленные спазмом их мускулатуры, отеком слизистой оболочки и скоплением вязкой слизи.

В последнее время число больных бронхиальной астмой увеличивается, причем заболевание протекает более тяжело, чем в предыдущие годы. И связано это, как уже говорилось выше, с возрастающим контактом населения с аллергизирующими факторами, такими, как новые препараты бытовой химии, производственные вредности, лекарственные средства. И хотя все, что выпускается отечественной промышленностью, проходит строжайший контроль, все-таки невозможно предусмотреть индивидуальную реакцию организма на тот или иной про-

дукт. Поэтому пульмонологи и аллергологи настойчиво изучают механизмы развития бронхиальной астмы, ищут пути ее предупреждения, разрабатывают методы терапии этого тяжелого заболевания.

Исследования, проводимые как в нашем Всесоюзном научно-исследовательском институте пульмонологии, так и в других учреждениях страны, показали, что причины развития бронхиальной астмы могут быть различными. В одних случаях на первое место выступает аллергия к так называемым внешним антигенам, в других в развитии патологической реактивности организма главную роль играет хронический воспалительный процесс в легких; у некоторых больных весьма существенное значение имеет нервно-психический фактор.

Расшифровать механизм заболевания, захватить бронхиальную астму в стадии предболезни, наметить тактику лечения в каждом конкретном случае клиницистам помогают методики, разработанные во Всесоюзном научно-исследовательском институте пульмонологии.

Итак, проблемы борьбы с неспецифическими заболеваниями легких сложны, и решить их можно лишь объединенными усилиями представителей самых разных отраслей медицинской науки, народного хозяйства. В нашей стране очень многое делается для охраны внешней среды, и воздушного бассейна в частности. Дают свои плоды и целенаправленные усилия специалистов, работающих в области предупреждения и лечения заболеваний органов дыхания.

С конца сороковых — начала пятидесятых годов во многих хирургических клиниках и крупных больницах страны стали создаваться специализированные легочные (грудные) отделения, разрабатывались методики радикальных операций на легких. Значительный прогресс в хирургии легких связан с именами таких ученых, как Н. М. Амосов, Л. К. Богуш, И. С. Колесников, П. А. Куприянов, В. И. Стручков, Ф. Г. Углов и другие.

Опыт выдающихся хирургов вскоре вышел за рамки крупных хирургических клиник и стал широко внедряться в практику областных и районных больниц в самых отдаленных уголках нашей страны. Сегодня мы можем с удовлетворением отметить, что советская легочная хирургия находится на уровне высших мировых достижений в этой области.

Но нельзя забывать, что операция может помочь лишь сравнительно небольшому числу больных. Более 90 процентов страдающих неспецифическими заболеваниями легких нуждаются в терапевтическом лечении. Характерно, что частота заболеваний, подлежащих компетенции хирурга, обнаруживает тенденцию к стабилизации, даже к некоторому сокращению. А вот заболевания, требующие консервативного лечения, неуклонно учащаются. При этом если лечение острых

пневмоний (во всяком случае большинства из них) можно считать вопросом, в какой-то мере решенным в научном плане, то лечение хронических заболеваний легких, и в первую очередь хронического бронхита, бронхиальной астмы, во всем мире считается проблемой, пока что недостаточно изученной. Разработанные в настоящее время методы лечения далеко не всегда эффективны; особенно это касается поздних, запущенных форм болезни.

Каковы же перспективы наступления на неспецифические заболевания легких?

Прежде всего не могут не вселять оптимизма осуществляемые в нашей стране в государственном масштабе мероприятия по улучшению условий труда и охраны внешней среды. Многого мы ждем от широкого внедрения в практику здравоохранения уже существующих методов раннего выявления и лечения легочных заболеваний. Предстоит дальнейшее совершенствование специализированной помощи легочным больным, поскольку их исследование и лечение на современном уровне требует особых знаний, сложной диагностической и лечебной аппаратуры, не всегда доступных врачам медицинских учреждений общего профиля.

Как известно, разработка новых методов исследования и лечения может осуществляться только на основе глубокого понимания причин и сущности заболеваний. Несомненно, принесет свои плоды творческое содружество пульмонологии и таких теоретических дисциплин, как морфология, микробиология, патофизиология, и в особенности биохимия и иммунология.

В последнее время, в частности, удалось установить, что легкие являются не только органом газообмена; здесь осуществляются и другие обменные процессы. Выявлены также тончайшие биохимические и иммунологические механизмы ряда легочных заболеваний, разработаны основные биохимические критерии активности воспалительного процесса в бронхолегочной ткани, критерии нарушения функции дыхания, уточнена этиологическая (причинная) роль ряда микробов и вирусов в происхождении легочных заболеваний и т. д.

Результаты этих исследований, внедренные в клиническую практику, позволят более глубоко понять особенности патологического процесса у каждого больного, построить наиболее рациональный план лечения.

Ленинград

ВОПЛОЩЕНИЕМ активности медицины всегда была хирургия. Воплощением выжидательной тактики — неврология.

И вот представьте себе: международный конгресс, в зале которого собрались выдающиеся хирурги мира. И с трибуны такого конгресса об опыте операций — смелых, срочных, решительных — докладывает невропатолог.

Этим невропатологом был директор Института неврологии АМН СССР, академик АМН СССР Евгений Владимирович Шмидт.

Именно представители осторожной (сам Шмидт называет ее иначе — точной, логичной, строгой) неврологии высказали мысль, что поражения магистральных артерий головного мозга, ведущие к инсультам, можно устранять хирургическим путем.

Е. В. Шмидт был в числе первых невропатологов, кто призвал на помощь скальпель. Его монография «Стеноз и тромбоз сонных артерий и нарушения мозгового кровообращения», изданная 12 лет назад, являлась уникальной, ибо, как утверждают специалисты, ни в отечественной, ни в мировой литературе не было труда, равного ей по глубине и всесторонности освещения этой важной проблемы. За цикл исследований, посвященных патологии магистральных артерий головного мозга, Е. В. Шмидт вместе с группой сотрудников удостоен Государственной премии СССР 1971 года.

У Евгения Владимировича — широкий диапазон клинических интересов. Но главное дело его жизни — борьба с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

И вот что характерно: хирургический путь борьбы с такими поражениями не рассматривается им как основной сегодня и не задуман как основной на завтра. Это своего рода экстренная профилактика, мера спасения, когда над человеком уже занесен дамоклов меч инсульта.

Евгений Владимирович мечтает о профилактике заблаговременной, плановой, способной предотвратить не последний, драматический акт болезни, а самое ее начало, по крайней мере — развитие.

Для этого надо очень четко знать первые симптомы, даже предсимптомы сосудистых расстройств, знать, в силу каких причин, под влиянием каких обстоятельств расстройства эти прогрессируют, какие факторы повышают риск кровоизлияний и инфарктов мозга.

Под руководством Е. В. Шмидта научные сотрудники института ведут сейчас наблюдение за 12 тысячами здоровых людей одного из районов Москвы. Среди них уже определилась группа «подозрительных» по своему сосудистому статусу, ставшая объектом еще более пристального обследования. Ведется регистрация всех случаев мозгового инсульта в данном районе, изучение его отдаленных последствий и сопоставление состояния больных с проводившимся на разных этапах лечением. Это позволит определить слабые и сильные звенья всей системы борьбы с нарушениями мозгового кровообращения, даст дополнительные сведения о «факторах риска».

Наблюдения еще не закончены, и Евгений Владимирович избегает категорических выводов. Но о некоторых житейских явлениях, создающих излиш-

нюю нервную нагрузку, разговор все же заходит. Например, о том, что выполнение простейшей формулы «будьте взаимно вежливы» могло бы дать большой терапевтический эффект и что волноваться по малейшему поводу нерационально...

— А вы сами умеете не волноваться по мелочам?

— Сотрудники говорят, что умею.

Но сотрудники Евгения Владимировича рассказывают не только о его необыкновенной сдержанности. Неповторима его манера общения — деликатная, спокойная, при всех вариантах предполагающая абсолютное равенство собеседника.

И особая неповторимость в манере общения с больными. Никакой фамильярности, никакой дешевой любезности. И в то же время никаких барьеров. Больной чувствует себя с ним спокойно, раскованно, хотя знает, что к его постели подошел один из крупнейших невропатологов страны.

В истории болезни, поданной лечащим врачом, каких только нет данных! И энцефало-, и ангио-, и кардио-, и многие другие «граммы», исследования с помощью изотопов, бездна анализов — смотри, как в раскрытую книгу!

Для Евгения Владимировича все это лишь подсобный мате-



Герой
Социалистического
Труда

Е. В. ШМИДТ

ПО ОБЕ СТОРОНЫ ПРОХОДНОЙ

риал. Используя новейшую технику и даже будучи ее энтузиастом, он сохранил ту первозданную свежесть собственного восприятия, ту остроту взгляда, ту способность к напряжению душевных сил, которую называют шестым чувством, интуицией, божьей милостью, врачевным талантом...

Или талант этот — сплав труда и опыта? В научных исследованиях Евгений Владимирович до педантичности взыскателен и к самому себе и к сотрудникам: не приемлет малодоказательных фактов, недостаточно обоснованных диагнозов, поспешных выводов...

Его феноменальная трудоспособность вошла уже в легенды. Есть, например, такая.

В Первом московском медицинском институте Е. В. Шмидт работал двадцать лет, с 1929 по 1949 год, ординатором, ассистентом, доцентом клиники нервных болезней, деканом факультета. И вот вроде бы недавно старый-престарый вахтер клиники сказал ординаторам:

— Зачем вам здесь лампа? Вы все равно по вечерам не работаете. Вот был Шмидт, тому нужно было, тот до ночи сидел.

И еще есть легенды о его бесконечной доброжелательности. Вспоминают, что в бытность свою деканом уговаривал студентку, каждую сессию получившую пятерки по всем предметам, кроме одного, напрячься и пересдать злополучный экзамен. Евгений Владимирович уговаривал, студентка упорно отказывалась. Тогда он на чистом листе бумаги написал «Согласен» и протянул ей на случай, если расхрабрится, а экзаменатор вдруг потребует заявление с визой декана.

Осталось неизвестным, передавала она экзамен или нет, но зато известно, что, побуждая ее к работе, Евгений Владимирович не ошибся: студентка эта ныне профессор и, кстати, тоже невропатолог.

Для характеристики ученого как личности, пожалуй, особенно важны два параметра: отношение к своим учителям и к своим ученикам.

Об учителях кое-что стало ясно уже с порога: в кабинете Евгения Владимировича, над его рабочим столом, портрет

Н. В. Коновалова — старшего коллеги, руководителя, некогда директора этого института. А на первый традиционный вопрос, почему вы избрали неврологию, Евгений Владимирович ответил:

— Потому, что у меня были очень талантливые учителя — Г. И. Россолимо, Е. К. Сепп, Н. В. Коновалов.

Сам невропатолог с мировым именем, которому была оказана честь читать лекции в Париже, в той самой аудитории, в которой читал знаменитый Шарко, почетный член многих иностранных научных обществ, ученый, удостоенный высоких правительственных наград Родины и совсем недавно — звания Героя Социалистического Труда, — он по-прежнему с трепетным уважением говорит о тех, у кого учился.

Но главная суть не в портретах, не в словах, не в том, что лучшую свою книгу Е. В. Шмидт посвятил своим учителям Е. К. Сеппу и Н. В. Коновалову. Главное в том, что благородные традиции отечественной школы невропатологов, традиции подвижнического отношения к науке и глубокой, непоказной доброты к больному — эти традиции он берегает, множит, передает новому поколению врачей.

Те, кто учится у Е. В. Шмидта, не могут представить себе учителя более требовательного, но и более мягкого, более щедрого на помощь, на совет, на отдачу всего, что он знает сам, что умеет, что задумал и создал. Отдачу для дальнейшего развития любимой неврологии, которая и его усилиями становится не только осторожной, но и смелой. Не только исцеляющей тяжелые недуги, но и предупреждающей их.

Д. ОРЛОВА

Н. ЯКОВЧУК

МОСКОВСКИЙ ордена Трудового Красного Знамени завод автоматических линий имени 50-летия СССР, прямо скажем, не гигант в ряду своих собратьев — столичных машиностроительных предприятий. Однако слава об этом коллективе далеко перешагнула границы Москвы. И не только потому, что его продукция — высокоточные станки и автоматические линии прекрасно зарекомендовали себя на многих отечественных и зарубежных заводах автомобильной и тракторной промышленности, отмечены дипломами и золотыми медалями на выставке в Париже и на ярмарке в Лейпциге. Настоящая известность пришла к коллективу после того, как удалось, не расширяя заводской площади и не останавливая производства, произвести реконструкцию, механизировать склады, значительно улучшить производственные и санитарно-бытовые условия.

Завод недавно в двадцатый раз завоевал переходящее Красное знамя Министерства станкостроительной и инструментальной промышленности и ЦК профсоюза рабочих машиностроения. Три года назад предприятие было удостоено звания предприятия высокой культуры производства, и в том же 1973 году ему присвоили высокое звание коллектива коммунистического труда.

Сегодня завод живет в четком и уверенном ритме первого года десятой пятилетки. XXV съезд КПСС рабочие встречают ударным трудом, подхватив почин молодежи «Ежемесячное задание за двадцать дней». Труженики завода приняли встречный план — завершить программу 1976 года к 28 декабря и дать Родине сверхплановой продукции на 420 тысяч рублей.

Рабочие успешно взяли старт и, откликнувшись на призыв Коммунистической партии превратить десятую пятилетку в пятилетку эффективности и качества, решили более половины всей продукции выпускать со Знаком качества. Это решение стало одним из пунктов социалистического обязательства коллектива станкостроителей.

Хотя завод автоматических линий и не относится по своему профилю к числу сугубо женских производств (более двух третей рабочих здесь — мужчины), в его цехах и отделах трудится свыше тысячи женщин. Облегчение их труда — одна из тех задач, которые постоянно находятся в центре внимания администрации и общественных организаций.

Пять лет назад при завкоме создали специальную комиссию по работе среди женщин. Возглавила ее энергичная, авторитетная Валентина Ивановна Петрова, старший инженер-технолог; всего в комиссии работают 11 человек. «Давайте спросим самих женщин, что нужно сделать в самую первую очередь»,—предложила В. И. Петрова на одном из первых заседаний комиссии.

Через несколько дней по цехам разлетелись белые листки с вопросами: «Что вам мешает работать? Как вы предлагаете улучшить условия труда, быта, отдыха? Какие меры нужны, чтобы повысить производительность труда, качество продукции?»

Пришло свыше семисот ответов. Они-то в немалой степени определили программу деятельности заводских служб и общественных организаций на все пятилетие.

Особенно подробный план улучшения условий труда и быта работающих женщин был составлен на последний год девятой пятилетки, который отмечался как Международный год женщины. И вот этот год позади. В нашей стране он ознаменовался ростом активности советских женщин, расширением их участия во всех сферах общественной жизни, усилением внимания к женщине—труженице, матери, воспитательнице подрастающего поколения. Таким был год женщины и на этом заводе.

Мы сидим с Валентиной Ивановной Петровой, перебираем листки анкеты. В них нет фамилий, только профессии: токарь, фрезеровщица, маляр, крановщица, технолог, сверловщица, электросварщица. «Нужно дневное освещение... Вспомогательные материалы всегда должны быть под рукой... Шум мешает работать...»

Почти все предложения работниц воплощены в жизнь. Механизированы и автоматизированы такие трудоемкие операции, как подача полос в штампы на прессах, дозировка шурупов и навязка ключей на упаковке замков. На многих участках налажена приточно-вытяжная вентиляция, улучшено освещение, вибрационные машины вынесены в тамбур цеха, в гальваническом отделении потолки изолированы шумопоглощающими материалами. В соответствии с пожеланиями работниц и требованиями промышленной гигиены были реконструированы бытовые помещения.

Вот, например, как решили на заводе проблему подачи деталей со склада в цех.

До недавних пор все детали и узлы доставлялись со склада на участки и из цеха в цех кранами. Бесконечно много времени и непроизводительного, подчас тяжелого, по преимуществу женского труда приходилось тратить на поиски, погрузку и выгрузку нужных деталей. Было решено реконструировать склады, оборудовать их подъемниками и штабелёрами—машинами, которые движутся по горизонтали и вертикали вдоль складских стеллажей, где в ячейках хранятся узлы и детали.

На стеллажах одного такого склада 4 тысячи ячеек. Информация о содержимом

каждой ячейки заложена в картотеку. Оператор набирает на клавиатуре индекс нужной детали—штабелёр отправляется в путь. С помощью специального устройства машина сама находит нужные ячейки, выбирает из них детали. Теперь доставить деталь в цех—дело считанных минут. Только один такой склад производственно-диспетчерского отдела позволил высвободить для других участков предприятия 80 рабочих.

Особое место в планах улучшения условий труда работниц завода отведено мероприятиям, связанным с медицинским обслуживанием. В заводском здравпункте открылся ингаляторий, здесь оборудованы зубной и физиотерапевтический кабинеты, принимают пациентов терапевт и гинеколог.

На заводе есть и пионерский лагерь, где ежегодно отдыхают 800 ребят, и новый детский оздоровительный комплекс в пригороде Москвы. Не так давно вошел в строй детский сад-ясли на 280 мест. Теперь полностью решена проблема устройства детей заводских работниц в дошкольные учреждения.

Пожалуй, никакая работа, даже самая трудная, так не изматывает женщин, как хождение по магазинам, по предприятиям бытового обслуживания. Эта сфера забот обычно не касается хозяйственных руководителей: она ведь уже по ту сторону проходной. Но директор Московского завода автоматических линий имени 50-летия СССР В. А. Ермаков, секретарь парткома В. Ф. Спесивых, председатель завкома А. А. Коляскин держатся иного мнения. Забота руководителей о труженицах предприятия не может ограничиваться рамками службы. Освободить рабочих время для полноценного отдыха—значит способствовать росту производительности труда, укреплению трудовой дисциплины, повышению качества продукции.

— Вы только представьте себе,—говорит Виктор Абакумович Ермаков,—тысяча женщин на предприятии! У большинства—семья, дети. Что там ни говорите, от женщины в первую очередь зависит и уют в доме и настроение в семье. А усталость и ее спутник нервозность—ржавчина, которая разъедает даже самую крепкую семью. Вот почему мы считаем, что культура труда и культура быта неразрывно связаны.

Гордость завода—новая столовая на 530 мест с диетическим залом. Идея со смены, работницы могут купить тут же, на заводе, всевозможные полуфабрикаты. Причем приготовлены они в одном из лучших столичных ресторанов—«Арбат».

Уже сейчас продажа на заводе кулинарных изделий и стол заказов в соседнем продовольственном магазине экономят работницам немало времени. Но теперь здесь задумали испробовать новую форму обслуживания: идя утром на смену, работница в проходной делает и оплачивает заказ, а вечером, выходя с завода, получает его. Затраты времени на закупку продуктов при такой организации дела будут наименьшими.

Несколько лет назад впервые перешагнули порог проходной закройщицы, кулинары,

меховщицы. А теперь раз в неделю модельеры первоклассного ателье принимают на заводе заказы на мужские и женские пальто и костюмы. Мастера известной в столице меховой фирмы «Зима» привозят сюда свои изделия. Лучшие ткани, меха, популярное трикотажное полотно в первую очередь предлагаются победительницам соревнования на звание «Лучшая по профессии». Дважды в месяц на заводе разворачиваются книжные прилавки: новинки политической, художественной, детской литературы пользуются у станкостроителей большим спросом.

Рядом с заводом, в домах, где живут работники предприятия, открыты приемные пункты прачечной и химчистки.

Еще больше будет свободного времени у работниц, когда откроется постоянный «цех быта». В нем в дополнение к уже имеющимся услугам будут парикмахерская, стол раскроя тканей, юридическая консультация.

Рабочие завода хорошо знают, какой бодростью, высокой работоспособностью заряжают занятия физкультурой и спортом. На стадионе, в Доме спорта, который вступил в строй в девятой пятилетке, действуют 16 спортивных секций. Около 60 работниц занимаются в группах здоровья.

На заводе созданы прекрасные условия для учебы и повышения квалификации. Заводское производственно-техническое училище наряду с рабочей специальностью дает выпускникам знания в объеме десятилетки. Многие без отрыва от производства учатся в техникумах и вузах. Женщины—передовики производства: сверловщица З. С. Кувшинова, фрезеровщица З. П. Комбарова, токарь А. М. Романцева, электросварщица В. И. Бочкарева—передают товарищам по работе свои новаторские приемы труда.

Главный секрет успехов этого прославленного столичного коллектива, думается, в том, что здесь поняли: подлинная культура производства—в создании условий для развития способностей человека к более сложному и производительному труду. Этой цели на заводе служит буквально все: механизация и автоматизация трудоемких процессов, эстетика промышленных помещений, спорт, медицинское обслуживание, культурные мероприятия, налаженный быт.

Не так давно по Центральному телевидению показывали очередную встречу в телевизионном клубе «Москвичка». Гостями клуба в тот день были работницы завода автоматических линий. Множество писем пришло после телепередачи на завод из разных концов страны. Вот, например, что пишет токарь из Оренбурга: «Какие у вас прекрасные женщины: трудолюбивые, красивые, жизнерадостные!»

Виктор Абакумович читает и улыбается:

— Женщины у нас действительно прекрасные. Хочется сделать все, чтобы они чувствовали, как о них заботятся, чтобы им было одинаково радостно идти на работу из дому и с работы домой...



На Московском ордена Трудового Красного Знамени заводе автоматических линий имени 50-летия СССР созданы хорошие условия для труда, отдыха, быта рабочих.

В прекрасном современном здании, где разместилось общежитие завода, отведены специальные комнаты для занятий рабочих, учащихся в школах, техникумах, институтах (фото вверху слева).

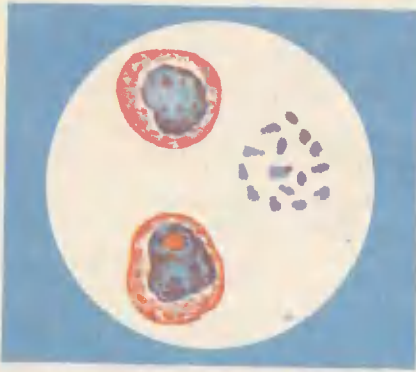
Завод имеет и свой комбинат—ясли-сад; малышам здесь интересно, они присмотрены и ухожены (фото справа).

В заводской столовой работники могут купить различные кулинарные изделия и полуфабрикаты (фото внизу).

Фото Вл. КУЗЬМИНА



ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ



Малярийные плазмодии



Лейшмании

ПРОСТЕЙШИЕ
(от 1 до 100 микрон)



Возбудители сибирской язвы

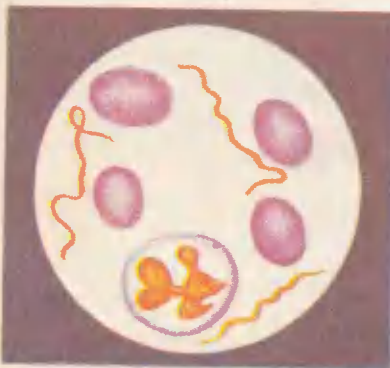


Стрептококки

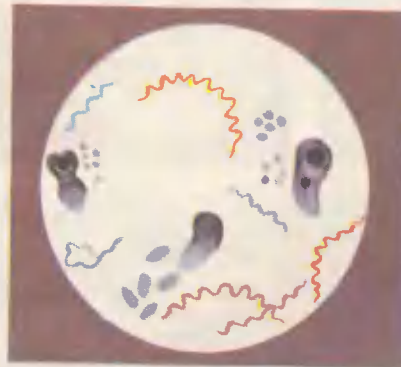


Возбудители дифтерии

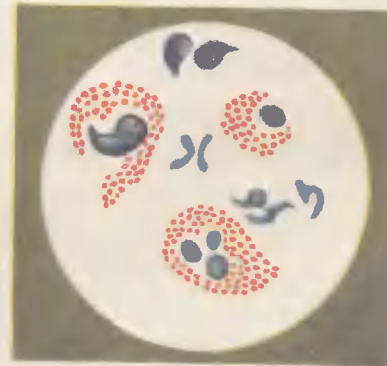
БАКТЕРИИ
(от 0,5 до 5 микрон)



Возбудители возвратного тифа



Возбудители сифилиса



Возбудители сыпного тифа

СПИРОХЕТЫ
(от 2 до 50 микрон)

РИККЕТСИИ
(около 1 микрона)



Возбудители трихофитии

Возбудитель оспы—225 миллимикрон
Возбудитель бешенства—125 миллимикрон
Возбудитель гриппа—80 миллимикрон
Возбудитель желтой лихорадки—
22 миллимикрона
Возбудитель полиомиелита—12 миллимикрон
Возбудитель ящура—10 миллимикрон.

ПАТОГЕННЫЕ ГРИБЫ
(от 2 до 8 микрон)

ВИРУСЫ
(величина их измеряется
миллимикронами)

МИКРОБЫ-ВРАГИ

Ю. И. ЛИТИНСКИЙ,
кандидат медицинских наук

ПОЗНАВ мир микробов, ученые нашли среди них не только невидимых друзей, но и опасных врагов, виновников тяжелых заболеваний.

Болезни, вызываемые микробами, издавна преследуют человека. Вот тому пример: на фреске храма, построенного более 3500 лет тому назад в столице Древнего Египта Мемфисе, изображен жрец с характерным признаком полиомиелита—атрофией мышц на укуренной ноге. В дошедших до нас средневековых рукописях содержатся многочисленные описания эпидемий—«повального мора».

Однако тогда, разумеется, никто не знал, что многие болезни вызываются мельчайшими микробами. Слово «малярия», например, происходит от итальянского *mala aria*, что означает «плохой воздух». В течение многих веков считалось, что причина этого тяжелого недуга—испарения болот. Люди думали, что эпидемии чумы, опустошавшие в средние века целые города, не что иное, как козни дьявола и ведьм. Теми же «причинами» объясняли массовые эпидемии кишечных инфекций. Лишь отдельные ученые, например, итальянский врач Фракастор в XVI веке, высказывали мысль о «живых контагиях», заражающих человека.

Завеса над миром микроскопических существ приоткрылась всего около трехсот лет назад, когда шлифовщик линз из голландского города Дельфта Антони Левенгук изобрел первый микроскоп. По мере того, как совершенствовалась техника, позволявшая все глубже проникать в тайны микромира, одно за другим появлялись сообщения о новых виновниках болезней. Во второй половине XIX века были найдены возбудители сибирской язвы, холеры, туберкулеза, брюшного тифа, столбняка, чумы, малярии.

Нелегко давался ученым каждый шаг по пути познания особенностей микроорганизмов. Найти микроб в тканях или выделениях больного—еще не значит доказать, что именно он вызвал заболевание. Опыты на животных тоже не всегда помогают: к некоторым инфекциям, поражающим человека, не восприимчив ни один вид животных.

История микробиологии сохранила имена многих исследователей, которые для выяснения истины ставили опыты на себе. Среди них русские исследователи И. И. Мечников, Д. К. Заболотный, И. Г. Савченко. Санитарный врач города Мюнхена Макс Петтенкофер, изучавший особенности «холерной запятой», выпил бульонную культуру холерного вибриона. Русский ученый В. А. Хавкин проверял на себе эффективность противочумной вакцины—ее назвали «лимфой Хавкина». В конце прошлого века американские врачи Д. Ласеар и Д. Керролл подвергли себя укусам комаров, которые, по их мнению, передают желтую лихорадку. Таких примеров можно привести очень много.

Благодаря трудам ученых, работавших в разных странах мира, человечество научилось бороться с микробами—возбудителями инфекций.

К числу наиболее распространенных видов микробов относятся бактерии. Это одноклеточные микроорганизмы, размножающиеся путем простого деления. Их величина от 0,5 до 5 микрон (тысячных долей миллиметра). Бактерии имеют оболочку, а иногда защитный «футляр»—капсулу и жгутики—специальные органы передвижения. Именно бактерии являются возбудителями многих инфекций: холеры, дизентерии, брюшного тифа, сальмонеллеза, туберкулеза, коклюша, ангины, некоторых видов бронхита, а также сепсиса, сибирской язвы и различных кожных инфекций.

Столь же велика и другая группа микроорганизмов—вирусов, открытых в 1892 году нашим соотечественником Д. И. Ивановским. Эти существа еще мельче бактерий и потому видимы только под электронным микроскопом, дающим значительно большее увеличение, чем обычной световой.

В отличие от бактерий, которые могут приспособливаться к существованию во внешней среде—воде, воздухе, почве, вирусы живут только в живой ткани. Вот почему так долго ученые не могли их обнаружить—ведь их нельзя вырастить в питательном бульоне, пригодном для размножения бактерий. Вирусы активно размножаются только в

искусственно выращенных культурах тканей человека и животных. Грипп, энцефалиты, корь, оспа, полиомиелит, ветрянка, краснуха, желтая лихорадка и множество других заболеваний—вирусного происхождения.

Еще одна группа—риккетсии, бактериоподобные микробы, названные в честь американского ученого Риккетса, погибшего при изучении возбудителя сыпного тифа.

Особую разновидность микробов представляют спирохеты. Их название происходит от греческих слов *speira* и *chaitē*, что означает «завиток и волосы», поскольку они спирально извитой формы. Спирохеты являются возбудителями сифилиса, возвратного тифа.

К микробам относятся и патогенные грибы. Они вызывают лишай, паршу и ряд других кожных заболеваний, а также одноклеточные животные организмы—так называемые простейшие. Наиболее известные из них—плазмодии малярии. Некоторые простейшие имеют даже примитивные органы, например, ротовое отверстие.

У болезнетворных микробов общее только одно—все они паразиты, питающиеся тканями человека или животного. В остальном они очень разнообразны и отличаются по форме, структуре, химическому составу. Один только вид микробов—бактерии различаются и по подвижности, и по окраске, и по способности образовывать споры, то есть стойкую оболочку, охраняющую их от неблагоприятных воздействий внешней среды.

Датский врач Христиан Грам в 1884 году разработал универсальный метод, благодаря которому огромное множество бактерий можно разделить на две группы. Одни окрашиваются в фиолетовый цвет, их назвали грамположительными, другие—в красный, они являются грамотрицательными.

Попав в организм человека, микробы паразитируют в различных тканях. Возбудители дизентерии, например, поселяются в стенке кишечника; вирусы бешенства—в нервной ткани; одни патогенные грибы поражают поверхностные слои кожи, другие—более глубокие.

Жизненный цикл некоторых микробов весьма сложен. Например, плазмодии малярии имеют двух хозяев: у человека они паразитируют в клетках крови — эритроцитах, а у комара размножаются в слизистой оболочке желудка. Заражение происходит, когда из слюнных желез комара возбудители попадают в капилляры кожи человека. Риккетсии — возбудители сыпного тифа и некоторых сходных заболеваний — размножаются в организме вшей или клещей.

Существует большая группа так называемых зоонозов, возбудители которых могут поражать как человека, так и животных — диких и домашних. Это относится к туляремии, бруцеллезу, сибирской язве, сапу и многим другим болезням.

Внедрение микроба или попадание его яда — токсина — в организм человека не всегда вызывает заболевание, так как в борьбу вступают защитные силы организма. Но их противодействие часто оказывается недостаточным для того, чтобы победить врага. И тогда после скрытого (инкубационного) периода, продолжающегося от нескольких часов, как, например, при отравлении стафилококковым токсином, до нескольких лет, как это бывает при проказе, развивается инфекционное заболевание.

В наши дни, когда врачи располагают различными методами профилактики и разнообразными лечебными средствами, когда разработана эффективная система противоэпидемических мероприятий, пожар распространения инфекций не достигает прежней разрушительной силы. Однако опасность полностью не ликвидирована.

Микробы часто преподносят сюрпризы, приспособившись к изменившимся условиям. Например, у вируса гриппа постоянно происходит частичное обновление структуры, и в каждую эпидемию мы имеем дело с перевооружившимся врагом. Вот почему так трудно создать эффективную вакцину против гриппа. Иногда активизируются микробы, которые считались либо почти полностью исчезнувшими, либо сравнительно безвредными. Так, долгое время существовало мнение, что один из видов возбудителей дизентерии — палочка Шига — уже практически не встречается. Однако несколько лет назад в странах Южной Америки вспыхнула эпидемия дизентерии Шига с тяжелыми исходами. Опустошительные эпидемии холеры в XIX столетии вызывались классическим вибрионом азиатской холеры, а основным виновником заболеваний в последние годы оказался вибрион Эль Тор, считавшийся в прошлом веке относительно безвредным.

Микробиологам и эпидемиологам приходится постоянно быть начеку, пом-

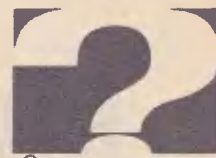
нить о коварстве невидимого врага, искать его уязвимые места. Одно из сравнительно недавних предложений ученых — бить врага его же оружием.

Известно, что между различными видами микробов существуют антагонистические отношения. Более быстро размножающиеся культуры могут подавить своих соперников. Некоторые вирусы — так называемые бактериофаги — природные паразиты бактерий; в последнее время изучается возможность их использования для борьбы с туляремией, холерой и рядом других инфекций.

Значительное число антибиотиков, весьма действенных противомикробных средств, вырабатывается микробами же, в том числе плесневыми грибами.

Однако появилась другая опасность: по мере широкого применения каждого нового антибиотика болезнетворные микробы постепенно приобретают к нему устойчивость. Исследователи обнаружили в микробах особые структуры — факторы резистентности, — которые являются причиной этой устойчивости. Интересно, что эти факторы могут передаваться от одного микроба другому; таким образом микробы могут «заражать» друг друга свойством лекарственной устойчивости. Не подлежит никакому сомнению, что этому процессу способствует самолечение, бесконтрольный прием антибиотиков. Пользуясь случаем еще раз напомнить о необходимости применять антибиотики только по назначению врача.

Короткий рассказ о борьбе человека с микробами-врагами будет неполным, если не упомянуть об одном интереснейшем открытии. В 1957 году английский ученый Айзекс и швейцарский исследователь Линдман выделили из клеток крови особое белковое вещество — интерферон. Его вырабатывают клетки организма, зараженного вирусом. Биологическая активность интерферона очень велика. Попадая в здоровые клетки, он делает их невосприимчивыми к воздействию вирусов. В последнее время интерферон с успехом используется для профилактики гриппа, трахомы и некоторых других вирусных заболеваний.



Отвечает
специалист

**Что такое
рассеянный склероз?**
Об этом спрашивает
читательница
Л. П. Карманова
(Красноярский край).

Отвечает
невропатолог
Г. Я. ДОЛГОПЯТОВ

РАССЕЯННЫЙ склероз — хроническое заболевание, характеризующееся поражением так называемой миелиновой оболочки, покрывающей нервные волокна. Причем очаги ее разрушения располагаются не в каком-то определенном месте, а рассеяны по всем отделам головного и спинного мозга. Отсюда и название болезни — рассеянный склероз.

Нервные волокна — проводники импульсов головного и спинного мозга, а нарушение целостности миелиновой оболочки изменяет проводимость волокон. В результате возникают различные расстройства функций центральной нервной системы.

Начинается заболевание постепенно, исподволь. Сначала человек ощущает быструю утомляемость в ноге или руке, затем — онемение и слабость. Все эти симптомы могут быстро пройти, но потом вновь повторяются. Такое чередование улучшений (ремиссий) и обострений порой продолжается годами и очень характерно для течения рассеянного склероза. Причем чаще всего обострения возникают после какой-

ЕЩЕ РАЗ

О САХАРЕ

либо инфекции, травмы, во время беременности, после родов.

При обострениях сразу же становятся заметны двигательные нарушения: больные при ходьбе спотыкаются, напоминая пьяных, падают. Нередко наблюдаются расстройства зрения — переходящая слепота, двоение в глазах. Могут быть и нарушения функций тазовых органов, затруднения при мочеиспускании и дефекации.

Причина рассеянного склероза до настоящего времени остается недостаточно ясной. Известно, что болезнь поражает, как правило, людей молодых (от 15 до 30 лет), чаще женщин. Замечена и семейная предрасположенность к развитию этого заболевания.

Над проблемой рассеянного склероза работают ученые всего мира. В последнее время появились новые лекарства и методы лечения, с помощью которых удается смягчить болезненные проявления, удлинить периоды ремиссий.

Для больного важно не переутомляться, как можно больше бывать на свежем воздухе и обязательно заниматься лечебной физкультурой. Она способствует выработке компенсаторных навыков, ослаблению двигательных нарушений.

А. А. ПОКРОВСКИЙ,
академик АМН СССР

ЗА ПОСЛЕДНИЕ годы в США, Англии, ФРГ, Японии и ряде других стран вышли книги, авторы которых считают все возрастающее потребление сахара причиной роста некоторых заболеваний.



Так называется книга известного английского ученого Джона Юдкина. Исследователь утверждает, что сахар представляет огромную опасность для здоровья людей, и призывает заменять его синтетическими подслащивающими средствами. Д. Юдкин пришел к этим выводам на основании клинических наблюдений, а также проанализировав связь между увеличением частоты сердечно-сосудистых заболеваний и изменением характера питания в экономически развитых странах на протяжении последних 100 лет. По его мнению, главная особенность питания современного цивилизованного человека заключается в весьма значительном увеличении потребления сахара. В подтверждение высказанного положения ученый указывает на низкую частоту атеросклеротических поражений среди диких племен Африки, которые почти не едят сахара.

К близким выводам приходит и американский врач Роберт Аткинс — автор

произведения, выпущенного под броским названием «Революция доктора Аткинса в диетологии». Он требует до минимума уменьшить в рационе любые углеводные продукты и рекомендует неограниченное потребление мяса и жиров.

В книге «Здоровье, сахар и преступность» американец Джон Родар предъявляет сахару еще более серьезное обвинение. Он видит в высоком потреблении сладостей причину неуклонного повышения в США преступности. Джон Родар полагает, что постоянные колебания сахара в крови, которые вызываются избыточным содержанием в рационе сладостей, ставят питание мозга в невыгодное положение, что и приводит к чрезмерной неустойчивости психики человека. В результате, по его мнению, возникает повышенный риск конфликтных ситуаций и немотивированных преступлений.

Борьбу за ограничение потребления сахара ведут и многочисленные сторонники использования натуральной пищи, в частности пропагандисты сыроедения и многие другие.



Во всех этих суждениях есть один общий и неоспоримый, на наш взгляд, факт: потребление сахара человечеством за последнее столетие действительно возросло во много крат. Например, в нашей стране производство и потребление сахара увеличилось по сравнению с 1900 годом более чем в 10 раз и в 1970 году превысило 10 миллионов тонн.

А теперь попробуем ответить на вопрос, правы ли зарубежные ученые, считающие сахар вредным для здоровья.

Вспомним, какова его пищевая ценность. Свекловичный сахар — несколько необычный продукт, поскольку состоит из одного пищевого вещества — сахарозы. Под влиянием ферментов пищеварительного тракта она распадается на глюкозу и фруктозу, которые хорошо усваиваются клетками организма. Глюкоза является главным энергетическим веществом в питании мозга, важным источником энергии для работы мышц и других органов. При ряде патологических состояний глюкозу в целях улучшения клеточного питания вводят даже непосредственно в кровь. Таким образом, полезность сахара как пищевого продукта не может вызывать сомнений.

Да и вообще можно ли о каком-либо продукте, который человечество потребляет веками, утверждать, что он вредный, как, впрочем, и абсолютно полезный? Большинство продуктов полезно лишь при соблюдении принципов рационального, сбалансированного питания, и любой из них может оказать существенный вред, если эти принципы нарушаются. Очевидно, следует не спорить о полезности или вредности какого-либо продукта и, в частности, сахара, а на основании массового обследования различных групп населения определить то место, которое сахар должен занимать в рационе каждого из нас. Именно с этих позиций надо оценивать роль сахара в питании людей и защитить его от незаслуженных нападков.

Детальная экспериментальная и эпидемиологическая проверка гипотезы Джона Юдкина другими учеными не подтвердила его тезиса об определяющем влиянии повышенного потребления сахара на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Слишком много изменений произошло в жизни человека за последние 100 лет: изменились и характер труда, и условия внешней среды, и темп жизни, и нервно-психические нагрузки, и многие параметры питания. И вряд ли главным среди них можно считать высокое потребление сахара.

Более того: исследования показали, что нарушение холестерина обмена, которое может привести в конечном итоге к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, происходит в меньшей степени под влиянием избытка сахара, чем при потреблении значительных количеств животных жиров.

Вряд ли хоть сколько-нибудь обоснованной можно считать теорию Джона Родара. Очевидно, что за ростом преступности в США кроются более серьезные причины, чем высокое потребление

сахара, и прежде всего — социальные противоречия капиталистического общества. Этому же способствует неконтролируемая продажа оружия, опасная пропаганда телевидением и кино насилия и убийств, растущее пристрастие к наркотикам, алкогольным напиткам и многие другие особенности американского быта.

Однако было бы ошибкой полагать, что предложения ученых несколько уменьшить потребление сахара лишены оснований.

Надо отметить, что увеличение доли сахара в рационе питания населения отражает общую тенденцию роста в XX столетии производства и потребления так называемых рафинированных и концентрированных продуктов. Под этими терминами мы подразумеваем индустриально произведенные продукты, в которых в отличие от природных сконцентрировано какое-то одно или несколько пищевых вещества, увеличена энергетическая ценность и которым приданы привлекательные вкусовые и товарные качества.

К числу таких рафинированных продуктов принадлежат, в частности, сахар и сладости, кондитерские изделия, мороженое, сладкие напитки, хлеб из муки тонкого помола, сдобные изделия и многие другие продукты, получившие огромное распространение за сравнительно короткое время. Их основным отрицательным свойством является недостаточное содержание ряда незаменимых пищевых веществ и прежде всего белков, витаминов, микроэлементов, полиеновых жирных кислот. В то же время калорийность этих продуктов достаточно высокая и не соответствует другим показателям их пищевой ценности.

Мы едим в слишком больших количествах конфеты, кондитерские изделия, варенье. Мы выпиваем много лимонада, фруктовой воды, главными составными частями которых являются сахар, лимонная кислота, синтетические красители и ароматические вещества. Поглощаем в огромных количествах чрезвычайно сладкое мороженое.

Подсчитано, что потребление сахара в экономически развитых странах достигает 40—50 килограммов на душу населения в год, что составляет 110—140 граммов сахара в день. Причем в это число не входят сахара, содержащиеся в природных продуктах. Со сладостями мы получаем большое число калорий и вместе с тем обедняем свой рацион белками, витаминами, минеральными веществами и другими незаменимыми факторами питания.

Нельзя не подчеркнуть, что отрицательное воздействие на здоровье концентрированных продуктов питания усугубляется существенными изменениями

в характере труда и быта современного человека, попавшего в состояние двигательного голодания. Бурное внедрение механизации и автоматизации в промышленность, в сельское хозяйство, благоустройство современных домов, развитие автомобильной промышленности привели к резкому сокращению энерготрат населения. Все это заставляет критически относиться к целесообразности употребления в большом количестве высококалорийных концентрированных продуктов и в особенности сахара и сладостей.



Сахар, как уже говорилось выше, не содержит никаких других ценных пищевых веществ, кроме сахарозы; не случайно его нередко называют носителем «пустых» калорий.

Избыточное потребление сахара достоверно повышает риск развития нарушений жирового обмена, выражающихся как в ожирении, так и гиперлипемии — повышенном содержании жира в крови.

Злоупотребление сахаром вызывает и гипергликемию, то есть повышает концентрацию в крови глюкозы. Чем это объясняется?

Многие продукты содержат глюкозу, которая освобождается в процессе пищеварения. К их числу принадлежат все продукты, в состав которых входит крахмал, — хлеб, крупы, картофель. Однако между ними и сахаром существует принципиальная разница в темпе освобождения и всасывания глюкозы. При переваривании крахмала освобождение глюкозы происходит сравнительно медленно, и ее поступление в кровь осуществляется постепенно, без значительного повышения уровня сахара в крови. Если же съесть сахар или сладости, темп поступления глюкозы в кровь гораздо выше. Вот почему прием всего 25—50 граммов сахара может приводить к повышению концентрации глюкозы в крови — к гипергликемии.

Гипергликемия, в свою очередь, вызывает усиленную секрецию гормона поджелудочной железы — инсулина, ко-

торый способствует ускорению утилизации глюкозы, ее отложению в виде гликогена в печени и мышцах и частичному превращению в жир. В результате концентрация глюкозы в крови падает, возникает чувство голода.

Таким образом, сахар вызывает парадоксальный эффект: потребление его в большом количестве может вызвать не насыщение, а чувство голода. Этот обманчивый эффект сахара нередко ошибочно заставляет считать сладости легкой пищей и малосущественной добавкой к пищевому рациону. Но именно это свойство сахара и других сладостей является наиболее коварным и способствует развитию избыточной полноты.

Следует подчеркнуть и еще одну опасность: частый прием сахара в большом количестве, приводя к систематическому перевозбуждению инсулярного аппарата поджелудочной железы, может служить причиной его расстройств, то есть существенно увеличивает риск развития диабета. Особенно это угрожает людям пожилым, страдающим ожирением. Замечу попутно, что в наши дни заболеваемость диабетом обнаруживает тенденцию к возрастанию.

И ожирение, и диабет, и состояние гиперлипемии, возникновение которых связано с избыточным потреблением сахара, нередко сочетаются у одного и того же больного. Вот почему диабет у тучных встречается в 5—10 раз чаще, чем у людей, имеющих нормальный или пониженный вес.

В противоположность Джону Юдкину мы хотели бы сопоставить резкое увеличение потребления сахара не с повышенной частотой сердечно-сосудистых заболеваний, а с большим распространением нарушений липидного обмена и повышением риска повреждений инсулярного аппарата поджелудочной железы.

ПРИМЕРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ САХАРА В НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Наименование	Единица измерения	Вес в граммах	Количество сахара в граммах
Сахар-песок	чайная ложка	9	9
Сахар рафинад	кусочек	7	7
Конфеты	штука	15	10
Повидло в консервах	чайная ложка	15	10
Варенье	чайная ложка	15	11
Пирожное	штука	75	34
Пирожное слоеное	штука	75	15
Печенье	пачка	185	50
Мороженое	порция	75	12
Компот консервированный	стакан	175	39
Фруктовые соки	стакан	175	26
Фруктовые воды	стакан	175	16

раз жизни, особенно в пожилом возрасте, и у тех, кто склонен к нарушениям обмена веществ. Вот почему даже практически здоровым людям, не связанным с физическим трудом и интенсивными занятиями спортом, целесообразно ограничивать потребление сахара 50—80 граммами в день. Причем в это количество входит не только сахар, который кладут в чай или кофе, но и содержащийся в сладких продуктах и блюдах: конфетах, кондитерских изделиях, варенье, джемах, компотах, фруктовых соках, сладких водах и многих других. Для ориентации читателей мы предлагаем таблицу, в которой приведено примерное содержание сахара в некоторых продуктах.

В то же время потребление относительно больших количеств сахара вполне оправдано для людей, выполняющих значительные физические нагрузки, особенно для спортсменов. Здоровые молодые люди, активно занимающиеся физической культурой и спортом, а также выполняющие большой объем физической работы, могут с пользой для себя включить в рацион 100 и более граммов сахара в день.

Разумеется, в диете страдающих нарушениями обменных процессов сахар строго дозируется. Больные диабетом, например, вынуждены почти полностью воздерживаться от приема сахара и по указанию врача заменять его специальными продуктами сладкого вкуса. Достаточно строгие ограничения и для страдающих ожирением и избыточным весом.

Приходится ограничивать сахар и с возрастом. Пища пожилого человека по

мере его старения должна становиться все менее сладкой.

Рекомендуя уменьшать количество потребляемого сахара, мы становимся перед дилеммой: следует ли заменять сахар на химические подслащивающие средства типа сахарина, систематическое использование которых не может считаться полезным для организма человека, или переходить на менее сладкую, но более естественную пищу. Второй путь мне представляется более физиологичным и целесообразным.

Вот почему перед пищевой промышленностью, по нашему мнению, следует ставить вопрос о снижении количества сахара во многих пищевых продуктах и изделиях. Пора отказаться от слишком приторных конфет, пирожных, тортов, фруктовых вод, мороженого. Кстати, конфеты, в составе которых уменьшено содержание сахара, от этого только выигрывают: вкус их становится более тонким и приятным. Это же относится и к фруктовым сокам и другим сладким продуктам.

СКОЛЬКО ЖЕ
САХАРА
НУЖНО
ЧЕЛОВЕКУ?



Итак, подводя итог сказанному, делаем вывод: к отрицательным последствиям приводит употребление больших количеств сладостей преимущественно у людей, ведущих малоподвижный об-

**ЕЩЕ РАЗ
О САХАРЕ**

ОРЗ—термин, ставший для нас привычным, и звучит он как будто безобидно. Действительно, взрослый человек обычно (но не всегда!) относительно легко переносит острое респираторное заболевание. Но для грудного ребенка оно очень часто становится опасным, а иногда даже угрожающим жизни.

Начинается такая инфекция внезапно: подскок температуры до 39—40 градусов, насморк, кашель. Или постепенно: вялость, плохой сон, отказ от груди, незначительное повышение температуры.

При первом варианте родители обычно не медлят с вызовом врача. При втором, не видя серьезной угрозы, нередко решают подождать. Между тем опасность респираторного заболевания в обоих случаях одинаковая.

Организм малыша не в состоянии самостоятельно справиться с инфекцией. Если с первого дня не применить лечения, направленного на борьбу с инфекцией и повышение сопротивляемости организма, может молниеносно развиться катастрофически тяжелое состояние.

Опыт показывает, что некоторые родители не спешат прибегнуть к медицинской помощи, полагая, что у ребенка не могло возникнуть заболевания, поскольку ему нигде было заразиться.

Не заблуждайтесь! Никогда в своей жизни человек не бывает так сильно подвержен вирусным респираторным заболеваниям, как на первом году. Ведь в этом возрасте ребенок еще не обладает противовирусным иммунитетом, который создается специфическими антителами, содержащимися в крови и в носовом секрете.

Доказано, что секреторный, местный иммунитет играет даже большую роль в невосприимчивости организма к респираторным вирусам, чем общий.

У новорожденного ребенка антител в носовом секрете почти нет. Они начинают появляться только на четвер-

ОРЗ:

ГРИПП,

ПАРАГРИПП,

АДЕНОВИРУСНЫЕ

И ДРУГИЕ

ИНФЕКЦИИ

В. В. ИВАНОВА,
кандидат медицинских наук



См. «Здоровье» № 1, 1976 год.

том—седьмом месяце его жизни.

Правда, в крови новорожденного обычно содержатся антитела к тем вирусам, которые вызывали заболевания у матери. Поэтому самые маленькие дети в какой-то мере защищены от наиболее распространенных вирусных инфекций. Но иммунитет, приобретенный внутриутробно, слаб и недолговечен.

Собственные же антитела в крови приобретаются только ценой заболеваний, вырабатываясь в ответ на каждое из них. Причем эти антитела делают организм временно невосприимчивым лишь к тем возбудителям, которыми эти заболевания были вызваны. А возбудителей респираторных инфекций в природе—не один десяток. Поэтому диапазон общего противовирусного иммунитета расширяется по мере того, как ребенок переносит то одно, то другое заболевание. Пока же не возник собственный—общий и местный—иммунитет, ребенок очень восприимчив к респираторным инфекциям.

Если учесть к тому же, что организм грудного ребенка особенно чувствителен к вирусам, а передача их происходит очень легко—воздушно-капельным путем, то станет понятным, сколь велика вероятность возникновения острых респираторных заболеваний у ребенка первого года жизни.

Какую же опасность они в себе таят?

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ

У ребенка грудного возраста чрезвычайно нежны, гораздо нежнее, чем у взрослых, слизистые оболочки носа, глотки, гортани. Под воздействием внедрившихся и бурно размножающихся вирусов они воспаляются и сильно набухают. Ребенку становится трудно дышать, он испытывает недостаток кислорода, и уже одно это тяжело отражается на его общем состоянии.

Но во время острого респи-

СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

раторного заболевания нередко возникает и гораздо более опасное, угрожающее жизни расстройство дыхания—ложный круп. У ребенка внезапно, чаще всего ночью, появляется сильный лающий кашель, он начинает задыхаться. Причина—отек воспалившейся слизистой оболочки гортани, резкое сужение дыхательной трубки.

ЧТО ЖЕ ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ВОЗНИКЛО ТЯЖЕЛОЕ РАССТРОЙСТВО ДЫХАНИЯ? Прежде всего вызвать скорую медицинскую помощь. А до ее прибытия:

— быстро и хорошо проветрить комнату, обеспечить широкий доступ воздуха;

— взять ребенка на руки и держать его в вертикальном положении;

— дать теплое питье;

— поставить на грудь горчичник;

— сделать ножную ванну: в пяти литрах горячей (38 градусов) воды размешать столовую ложку горчицы и опустить туда ножки ребенка до подколенной впадины.

РВОТА, ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, СУДОРОГИ

Вирусы поражают не только дыхательные пути; они очень быстро проникают в кровь и вызывают интоксикацию (отравление) всего организма. Причем больше всего страдают сердечно-сосудистая и нервная системы. О тяжелом поражении сосудов может свидетельствовать появление крупных и мелких кровоизлияний на лице и слизистых оболочках, кровотечение из носа.

ЕСЛИ ВОЗНИКЛО НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ни в коем случае не кладите ребенка на спину, не запрокидывайте его голову. До прибытия скорой помощи необходимо:

— попытаться остановить кровь—для этого в ноздрю, из которой течет кровь, осторожными ввин-

чивающими движениями ввести разрыхленный (а не скрученный фитильком!) пропитанный подсолнечным или вазелиновым маслом ватный тампон, прижимая его к носовой перегородке;

— положить на переносицу салфетку, смоченную в холодной воде;

— приподняв изголовье, уложить ребенка на бочок, слегка повернув вниз его личико, чтобы кровь, если она не остановится, вытекала, а не попадала в носоглотку, трахею, желудок (при кровотечении из левой ноздри—на левый бок, при кровотечении из правой—на правый бок); если кровь течет из обеих ноздрей, взять ребенка на руки и держать так, чтобы его головка была слегка наклонена вперед.

Интоксикация дает о себе знать очень высокой температурой, нередко сопровождается рвотой, потерей сознания: ребенок перестает реагировать на окружающее, хотя глаза могут быть открыты. Иногда начинают отекать ткани головного мозга, а это ведет к повышению внутричерепного давления и появлению судорог—ритмичных сокращений мышц, вызывающих подергивания рук и ног; кулачки при этом крепко сжаты. Возникновению судорог способствует и повышение возбудимости мозга в ответ на высокую температуру.

Судороги очень опасны! В этот момент общее состояние резко ухудшается, нарастает кислородная недостаточность, падает сердечная деятельность, и, если не оказать ребенку неотложную помощь, он может погибнуть. Неоднократное повторение судорог может не пройти бесследно. Установлено, что судорожные состояния, возникающие у детей первого года жизни во время респираторных заболеваний, способны послужить толчком к развитию в дальнейшем эпилепсии.

ЕСЛИ РЕБЕНОК ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ И У НЕГО

ВОЗНИКЛИ СУДОРОГИ, необходимо немедленно вызвать скорую помощь.

До прибытия врача ни в коем случае не берите ребенка на руки, не трясите, не давайте воду, не укутывайте, не шумите, не включайте яркий свет: все это усугубит тяжелое состояние.

НАДО:

— обеспечить приток свежего воздуха в комнату;

— уложить ребенка в кровать, повернув его голову набок, чтобы слизь из носоглотки не попала в дыхательные пути и он не захлебнулся рвотными массами, если возникнет рвота;

— расстегнуть одежду, чтобы она не мешала движениям грудной клетки;

— протереть рот пальцем, обернутым марлей, чтобы освободить его от слизи; прочистить нос ватным фитильком, пропитанным вазелиновым маслом, чтобы облегчить дыхание;

— положить на лоб смоченную в холодной воде салфетку или подвесить пузырь со снегом, льдом так, чтобы он слегка касался головы,—это понизит температуру и снимет или по крайней мере уменьшит судороги.

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ СУДОРОГ РЕБЕНОК СИНЕЕТ И У НЕГО ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ—необходимо:

— создать движение воздуха над ним;

— приложить грелку к ногам;

— немедленно начать делать искусственное дыхание: быстро открыть ребенку рот и, если там есть слизь, удалить ее марлей; положить ребенка на спину, подложив под лопатки сложенное вдвое байковое одеяло, и максимально запрокинуть его головку назад, чтобы язык не закрыл вход в гортань; вдохнуть, плотно охватить своими губами открытый рот и нос ребенка и вдуть через них воздух, пока грудь малыша начнет подниматься. Повторять вдутье воздуха

20—25 раз в минуту до прибытия скорой медицинской помощи. Чем меньше ребенок, тем меньше ему необходимо воздуха во время вдоха. Поэтому глубина вашего вдоха должна быть небольшой.

Не только в такие критические моменты, но и на протяжении всей болезни ребенку необходим полный покой. В комнате, где он лежит, не следует зажигать яркие светильники, туда не должны доноситься звуки радио, телевизора, громкие голоса, не надо успокаивать ребенка громкой погремушкой. Шум и яркий свет повышают возбуждение. Очень важно, чтобы воздух в комнате был прохладным и не очень сухим—часто и хорошо проветривайте помещение, на батареи повесьте увлажнители или мокрую ткань.

В первые дни болезни дети нередко отказываются от еды. Насильно кормить не надо. А пить давайте часто, но понемногу. Если дать сразу много жидкости, может возникнуть рвота. В каком объеме давать пищу и жидкость и какую, подскажет врач в зависимости от возраста и состояния ребенка.

И последнее требование, казалось бы, само собой разумеющееся, но, как показывает опыт, непонятным причинам не всегда выполняемое родителями: **давать ребенку лекарства строго по часам и только в той дозе, какую указал врач; не прерывать и не прекращать по собственному усмотрению курс лечения.**

Если болезнь с самого начала протекает тяжело, ребенка госпитализируют. Если же состояние малыша не вызывает у врача особых опасений, он лечит его дома. Но те, кто ухаживает за ребенком, должны постоянно помнить, что внезапное ухудшение состояния не исключено, что оно может произойти в любую минуту и надо уметь помочь малышу немедленно, еще до прибытия скорой медицинской помощи.



СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.

Кандидат медицинских наук
Л. В. ДРУЖИНИНА—
А. А. Никушиной,
Лодейное поле,
Ленинградская область

2.

Мастер спорта СССР
А. Н. ЧУМАКОВ—
О. Васильеваой,
Горький,
А. И. Парахиной,
Баку.

3.

Кандидат медицинских наук
Н. И. ГРИНКЕВИЧ—
А. Дмитриеву,
Благовещенск

4.

Кандидат медицинских наук
Г. М. РУДИНСКАЯ—
М. П. Акиншиной,
Тульская область.

5.

Врач
В. М. ШПИЛЬКИН—
читательнице Л.
Таллин.

6.

Врач
Н. Г. СЕЗ—
Л. Г. Стародворской,
Мурманск.

ОФОРМЛЕНИЕ В ДЕТСКИЙ САД

1 «Есть ли какие-либо единые правила оформления детей в ясли, детские сады? Расскажите о них».

Существует инструкция Министерства здравоохранения СССР «О порядке оформления медицинских документов при поступлении детей в детские дошкольные, лечебно-профилактические, учебно-воспитательные и оздоровительные учреждения». Она утверждена приказом министра здравоохранения № 572 от 27 октября 1964 года.

В соответствии с этой инструкцией поликлиника, под наблюдением которой находится ребенок, по просьбе родителей должна оформить выписку из истории развития. В ней говорится о состоянии здоровья и развитии ребенка, сообщаются сведения о перенесенных им заболеваниях, проведенных профилактических прививках, отсутствии инфекционных заболеваний (после уточнения в санэпидстанции).

Если ребенок не посещал детское учреждение по болезни, карантину или другим причинам даже в течение длительного времени, но при этом находился под наблюдением поликлиники, при возвращении его в ясли, детский сад поликлиника выдает справку. В ней указывается, почему ребенок не посещал ясли или детский сад, отмечается отсутствие инфекционных заболеваний в окружении ребенка.

Как для вновь поступающих в дошкольные учреждения детей, так и для временно не посещавших сад или ясли исследование на бактерионосительство дифтерии и дизентерии обязательно лишь при наличии медицинских и эпидемиологических показаний.

Если ребенок, поступающий в детское учреждение или временно не посещавший его, не наблюдался поликлиникой (например, был в отъезде с родителями), врач должен тщательно обследовать его; в этих случаях обязательно исследование на бактерионосительство дифтерии и дизентерии.

РОСТ И СПОРТ

2 «Я очень высокая. Занимаюсь волейболом. Вырасту ли еще, если буду продолжать занятия?»

«Мой сын занимается самбо. Не останется ли он малого роста?»



Существует мнение, что волейболисты, баскетболисты растут, как грибы после дождя. А штангисты, самбисты, гимнасты, наоборот, чуть ли не перестают расти, начав тренироваться. Конечно, это — заблуждение. А возникло оно потому, что в различные секции принимают спортсменов с учетом роста. В гимнастические секции, например, тренеры принимают только детей невысоких. В секции волейбола и баскетбола, наоборот, принимаются дети высокого роста.

Почти все виды спорта способствуют активному физическому развитию, формированию хорошей осанки, ускорению роста. Однако ускорение это столь незначительное, что ребята, начавшие заниматься спортом исключительно из желания подрасти, часто остаются разочарованными.

Ну, а как быть тем, кому и спорт жалко бросить и расти больше не хочется? Как ни покажется странным на первый взгляд, им мы советуем продолжать занятия.

Согласитесь сами: какие-нибудь лишние два сантиметра вряд ли заметно увеличат рост девушки, если ей от природы «суждено» вырасти, скажем, до 190 сантиметров. Зато регулярное общение на тренировках, соревнованиях, сборах с такими же высокими девушками и юношами избавит от неудобств психологического плана, не говоря уж об укреплении здоровья, которое обеспечивает человеку спорт.

ЗОЛОТОЙ КОРЕНЬ

3 «Прошу рассказать о лечебных свойствах родиолы розовой — золотого корня. Правда ли, что это лекарство от многих болезней?»

В нашей стране родиола розовая встречается в горах Западной и Восточной Сибири (Алтай, Саяны, Якутия) и на Дальнем Востоке, включая Сахалин и Камчатку. Растет она на каменистых и щебнистых склонах, а также по каменистым берегам горных ручьев, в зарослях круглолистной березки.

Используется у родиолы мощное бугристое клубневидное корневище. Средний вес его — 50—100 граммов, у старых растений — до 400—900 граммов. Оно в изломе розовато-бурое. При соскабливании наружного слоя обнаруживаются внутренние слои лимонно-желтого цвета. Запах характерный, напоминающий запах розы. Вкус горьковато-вяжущий.

Корневища родиолы розовой содержат гликозид салидорозид, дубильные вещества. Фармакологические испытания настойки родиолы показали, что она обладает стимулирующим действием. Решением Фармакологического комитета Министерства здравоохранения СССР разрешено медицинское применение жидкого экстракта родиолы розовой. Приказом министра здравоохранения СССР разрешено его промышленное производство.

Золотой корень — это вовсе не панацея от всех болезней, а тонизирующее средство, которое может принести пользу только при условии, если применяется по показаниям.

УКУСЫ НАСЕКОМЫХ

4 «Как поступить, если веко ужалела пчела, оса или в глаз попало насекомое?»



Надо сразу же обратиться к врачу: своевременное извлечение жала предупреждает неблагоприятные последствия. Благодаря движениям век жало насекомых может продвинуться вглубь, и тогда в слизистой оболочке глазного яблока, в склере, роговице возникнет воспаление.

Если насекомое попало в глаз, осторожно удалите его влажным ватным тампоном, обильно промойте глаз струей проточной воды из-под крана или из чистого сосуда.

Чаще всего попадают в глаза ядовитые жуки. Если их раздавить, то ядовитая лимфа, соприкасаясь со слизистой оболочкой глазного яблока и век, вызывает сильное жжение, слезотечение и даже воспаление слизистой оболочки глаза и роговицы.

Имейте в виду, что некоторые насекомые (мухи, мошки, москиты, слепни, комары)—переносчики ряда паразитарных и инфекционных заболеваний. Так, заражение человека лейшманиозом происходит через укусы москитов флехотомус, в желудочно-кишечном тракте которых содержатся жгутиковые формы паразита.

При лейшманиозе нередко у наружного угла глазной щели появляется красное пятно, на поверхности которого образуется узелок, на его месте—язва.

Укусы ядовитых насекомых, например, паука-крестовика, могут вызвать тяжелое поражение век—гангрену: омертвление их кожного покрова, мышечной и хрящевой тканей.

При первых же признаках неблагоприятного исхода после укуса, попадания в глаз какого-либо насекомого не медлите: покажитесь специалисту!

СТОПКА ВОДКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА

5 «Мой муж-пенсионер перенес инфаркт миокарда. По совету врача бросил курить, а выпивать понемногу продолжает. Не верит, что рюмка водки может сгубить его».

К сожалению, иногда больные, перенесшие такое грозное заболевание, как инфаркт миокарда, пренебрегают рекомендациями врача и не отказываются от употребления спиртного. При этом под выпивку иные даже подводят «научную базу»: алкоголь, мол, расширяя кровеносные сосуды, способствует улучшению кровообращения.

Но это совершенно неверно. Под влиянием алкоголя действительно вначале сосуды расширяются, а затем суживаются. Спиртные напитки вызывают учащение сердечных сокращений и повышение артериального давления. Все это увеличивает потребность сердечной мышцы в кислороде и отнюдь не улучшает снабжение ее кровью.

Длительное употребление спиртных напитков, в том числе пива и сухого вина, приводит к расширению полостей сердца и развитию дистрофических процессов в миокарде; клетки миокарда гибнут, перерождаются в рубцовые, что также ухудшает питание мышцы сердца.

Под воздействием алкоголя повышается и свертываемость крови. А это, как известно, значительно увеличивает риск образования тромбов (сгустков крови) в атеросклеротически измененных сосудах сердца и развития повторного инфаркта миокарда.

ФЛЮОРОГРАФИЯ

6 «Расскажите, пожалуйста, о флюорографии. Можно ли делать ее беременным?»



Флюорография—метод рентгенологического исследования, позволяющий при малой затрате времени провести массовое обследование населения, выявить страдающих скрыто протекающими заболеваниями.

Широкое ее применение в нашей стране началось три десятилетия назад.

Флюорография дает возможность обнаружить не только скрытые формы туберкулеза легких, но и различные профессиональные заболевания и опухоли легких, неспецифические воспалительные процессы органов дыхания, а также патологические изменения в сердечно-сосудистой системе. С ее помощью распознаются многие заболевания на ранних стадиях развития. А это позволяет врачам своевременно назначить лечение и тем самым предотвратить прогрессирование недуга.

С каждым годом все больше людей проходит флюорографическое обследование. И недалеко то время, когда им будет охвачено все население страны.

В настоящее время выпускается флюорографическая пленка повышенной чувствительности, появились аппараты, ионизирующее излучение которых снижено до минимума. Поэтому флюорография, сделанная беременной женщине, практически не оказывает вредного влияния ни на ее здоровье, ни на развитие плода.

РАЗЪЯСНЕНИЕ ПО ОПУБЛИКОВАННОМУ МАТЕРИАЛУ

«В номере 11 журнала «Здоровье» за 1975 год помещена статья «Погода и сосуды», в которой указывается, что меньше всего кислорода в воздухе в 3 часа дня, больше—в 2—4 часа ночи. Так что же, после 3 часов дня на улицу для прогулки выходить бесполезно?»

П. Г. Токарев,
г. Горький.

В течение суток изменяются многие параметры внешней среды: атмосферное давление, температура и влажность воздуха, содержание в нем кислорода. Установлено, что к таким колебаниям организм человека адаптирован, чаще всего люди не замечают этих изменений.

Ваше сомнение в целесообразности прогулки во второй половине дня лишено оснований. И вот почему. Природный, или, как его еще называют, открытый, атмосферный воздух недаром называют свежим. Исследования показали, что по сравнению с воздухом закрытых помещений он обладает свойствами, которые способствуют лучшему усвоению кислорода организмом человека. В открытом атмосферном воздухе содержится больше отрицательных ионов, больше озона, которые повышают окисляющие свойства кислорода воздуха, делают его значительно активнее.

Отсюда становится ясным, что пребывание на открытом свежем воздухе полезно всем и всегда, в любое время суток и в любое время года: и тогда, когда кислорода больше, и тогда, когда его меньше обычного.

Ю. Е. ДАНИЛОВ,
профессор.



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

В конце прошлого столетия немецкий врач А. Куссмауль описал расстройство речи у детей, которое назвал мутизмом, что в переводе с латинского означает «немой, безгласный». Однако пристальное внимание ученых эта проблема привлекла лишь в тридцатых годах нашего века, когда детский психиатр М. Трамер (Швейцария) попытался разобраться в причинах мутизма. В нашей стране ряд работ, посвященных мутизму, принадлежит детским психиатрам Г. Е. Сухаревой и Т. П. Симсон, которые выделили несколько клинических вариантов этого речевого расстройства. Изучение проблемы продолжается. Ею занимаются детские психиатры, невропатологи, логопеды.



М. И. БУЯНОВ,
кандидат медицинских наук

МУТИЗМ

Рисунок Л. САМОЙЛОВА

КОГДА ХОТЯТ дать представление о том, как сильно испуган или изумлен человек, часто говорят: «Он прямо-таки потерял дар речи»,—хотя на самом деле этого и не происходит. Однако бывают случаи, когда, пережив нервное потрясение, люди действительно лишаются способности говорить.

...На глазах двенадцатилетней Веры столкнулись две автомашины и погибли находившиеся в них пассажиры. Сама она не пострадала только чудом.

В момент катастрофы девочку как бы парализовало: она не могла двинуться с места, вымолвить слова. Спустила какое-то время оцепенения прошло, но способность говорить не возвращалась. Нервная система Веры отреагировала на потрясение не только отключением речи: она стала почти беспрестанно плакать, плохо есть, беспокойно спать (часто вскрикивала, вскакивала с постели: ей снилось пережитое).

Говорить Вера начала лишь через пять-шесть дней, но очень вяло, как бы нехотя, и шепотом, иногда заикаясь. Однако когда кто-либо из родственников пытался расспросить ее о происшедшем, она снова надолго замолкала, а потом опять говорила шепотом. И так случалось всякий раз, как только разговор заходил о катастрофе и даже просто о машинах.

Другой случай. Игорю было 10 лет, когда однажды учитель сделал ему резкий выговор за то, что он не смог

правильно ответить у доски. С тех пор Игорь, очень впечатлительный, все близко принимающий к сердцу и неуверенный в себе, стал бояться отвечать на уроках, а потом и вообще разговаривать в школе. Обычно он отмалчивался, а если вынужден был говорить, то не мог подобрать нужные слова, начинал заикаться. У Игоря возник навязчивый страх речи, или логофобия,—особая форма невроза.

Мальчик пытался преодолеть этот появляющийся помимо его воли страх, но ничего не мог с собой поделать. Через 6—7 месяцев он уже «немел» при одной только мысли о том, что придется идти в школу. А после того, как его оскорбили и высмеяли в магазине, когда он не смог быстро назвать кассирше нужную сумму, страх речи стал возникать уже не только в школе; Игорю вообще стало трудно общаться с посторонними.

И, наконец, еще один пример. Коля ненавидел своего отца, который постоянно был пьян и груб, выгонял мальчика из дома, издевался над матерью. И вот Коля перестал разговаривать в присутствии отца, даже когда тот бывал трезв и не дебоширил.

Поначалу это была сознательная реакция протеста против поведения отца. Но постепенно молчание вошло в привычку и приобрело у мальчика болезненный характер—он уже не просто не хотел, но и не мог говорить при отце. И не только при отце, а и вообще в присутствии пьяных. Со всеми же остальными он разговаривал вполне свободно.

...Три жизненные ситуации—три случая отключения речи. Такую болезненную молчаливость, вызванную сильными психическими потрясениями и тягостными переживаниями, врачи называют психогенным мутизмом. Особенно предрасположены

к его возникновению люди, психически и физически ослабленные, чрезмерно впечатлительные, робкие и нерешительные.

Мутизм совсем не такое редкое явление, как некоторым может показаться. Наименее часто он возникает у детей (преимущественно дошкольников), реже у подростков и как исключение—у взрослых. И эта закономерность вполне объяснима.

Речь неразрывно связана с сознанием, мышлением, всей психикой человека. И, значит, прежде всего зависит от состояния его нервной системы. У ребенка по сравнению со взрослым нервная система более чувствительна и ранима, а впечатления еще не корректируются доводами рассудка. И чем младше дети, тем ярче это выражено. Малыши не могут, например, разграничить реальную и мнимую опасность и одинаково сильно реагируют на звук пролетающего самолета и приближение мчащейся навстречу автомашины. Они боятся одиночества, темноты. Более старшие дети очень болезненно реагируют на оскорбление, особенно публичное, унижение. Этими особенностями психики и объясняется то, что у детей, и прежде всего у маленьких, возникают и долго сохраняются различные нарушения речи. Устранить их не всегда легко.

Мутизм может быть тотальным, когда молчание сохраняется постоянно, в любой обстановке, но эта форма встречается, к счастью, редко. Более распространен элективный, или избирательный, мутизм, для которого характерно отключение речи только в травмирующих психику ситуациях, как у Веры. Иногда же речь сохраняется, но пропадает голос и говорить приходится шепотом.

Временное отключение речи может носить эпизодический характер: испугало что-то ребенка, и он на час-два

замолчал, а потом заговорил как ни в чем не бывало. Но бывает и иначе: раз возникнув, мутизм затем повторяется снова и снова под влиянием одних и тех же или схожих травмирующих психику обстоятельств.

Случается, родители поначалу не придают большого значения подобным нарушениям. Иные считают их даже капризом и потому упрекают, стыдят, наказывают ребенка, требуя, чтобы он говорил как следует. Ведь он, на их взгляд, вполне здоров; если и помолчал немного, а потом заговорил, значит, все в порядке.

Нет, не все в порядке. С каждым разом болезненная молчаливость усугубляется, становится более продолжительной. И если не начать лечения сразу же, она может принять стойкий характер. А это крайне нежелательно—ведь длительное расстройство речи нарушает нормальное формирование личности ребенка.

Поначалу психогенный мутизм обычно легко поддается лечению; с запущенными формами врачам приходится бороться месяцами, а то и годами.

Кстати, родители Веры, о которой я рассказал в самом начале, очень быстро обратились за помощью к детскому психиатру. Девочке провели курс психотерапии и лекарственного лечения, и все явления невроза—повышенная раздражительность, плаксивость, нарушения аппетита и сна—быстро прошли. Постепенно исчезли и нарушения речи, в том числе заикание.

Несколько иначе обстояло дело у Игоря, который стал нашим пациентом только в 16 лет: потребовалось упорное и весьма длительное лечение, так как с момента возникновения мутизма прошло шесть лет. Постепенно и у него восстановилась нормальная речь. Но неуверенность в себе, чрезмерная впечатли-

тельность, ранимость остались, а значит, и остался повышенный риск вновь заболеть логофобией.

Коле же была нужна не столько медицинская помощь, сколько здоровая, спокойная семейная обстановка. Когда по совету врача мать отправила мальчика жить к родным, расстройство речи у него исчезло.

Создание спокойной, доброжелательной атмосферы вокруг ребенка, страдающего психогенным мутизмом,—одно из важнейших условий успешного лечения. Такие дети особенно нуждаются в понимании, чутком, ласковом отношении. Их нельзя сурово наказывать (ведь наказание—тоже психическая травма), предъявлять к ним слишком жесткие, непосильные для них требования, например, лишать обещанного удовольствия или держать у доски, «пока не заговорит». Поэтому в лечении ребенка союзниками врача непременно должны стать родители и педагоги.

Еще одно обязательное условие—соблюдение правильного режима и особенно режима сна. Дети и подростки, страдающие невротическими формами мутизма, обычно с трудом засыпают, сон у них бывает поверхностным, не приносит ощущения бодрости. Чтобы лучше спалось, необходимо вечером спокойно погулять час-полтора, не есть на ночь острую пищу, не пить много жидкости. Выполнение этих требований немаловажно увеличивает эффективность любых медикаментов, и наоборот: нарушение может свести на нет результаты самого настойчивого лечения.

средства. Вряд ли стоит возражать против приема настоев из лекарственных трав, успокаивающих нервную систему и улучшающих сон. Безусловно, полезны фруктовые и овощные соки, богатые витаминами С и группы В. Но полагать, что, к примеру, свекольный сок исцелит от гипертонической болезни, ошибочно. Пейте его, пожалуйста, но, будьте добры, и лечитесь обязательно, не лишайте себя эффективных медикаментов.

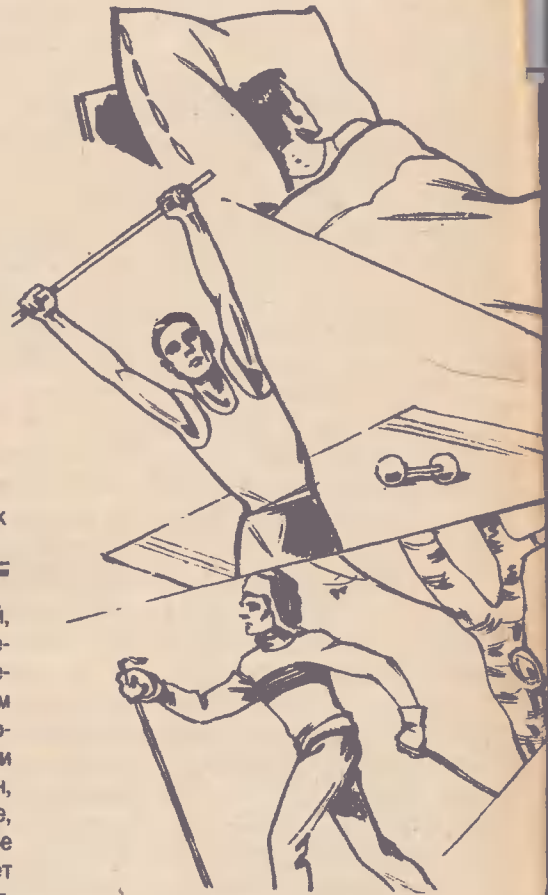
Особо хотелось бы сказать об обстановке дома и на работе. Конфликтные ситуации,

становливая энергетические процессы в нервных клетках. Тем, кто плохо засыпает, рекомендуются прогулки перед сном.

Ну, а если не удастся взять себя в руки? Людям с очень неустойчивой, быстро истощающейся нервной системой иногда необходим прием более сильных успокаивающих лекарств, а в определенные периоды, по назначению врача,—снотворных препаратов. Наряду с лечением у терапевта таким больным нелишне обратиться к психоневрологу: он предложит средства, помогающие овладеть

СТРАДАЮЩИМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А. А. НЕКРАСОВА,
доктор медицинских наук



РЕЧЬ пойдет о тех, кто плохо переносит повышенное артериальное давление, и о тех, кто этого совершенно не ощущает и узнал о своем заболевании случайно—во время медицинского осмотра при оформлении санаторно-курортной карты или проходя диспансеризацию. И тем и другим необходимо врачебное наблюдение и систематическое лечение.

Почему об этом приходится говорить? Потому что часто больные, самочувствие которых не страдает от повышения артериального давления, не только не лечатся, но и не обращаются к врачу. Некоторые же, понимая, что лечиться надо, не дают себе труда ходить в поликлинику, предпочитая консультироваться у больных «со стажем».

Поступать так, разумеется, нельзя. Ведь то, что помогает одному человеку, совсем не поможет и даже повредит другому. И медикаменты и их дозы различны на разных стадиях заболевания. Нередко случается, что, кроме гипертонической болезни, пациент страдает еще и бронхиальной астмой или язвенной болезнью. Если такой человек примет помогающий его знакомому резерпин (эффективный и широко используемый при гипертонической болезни), может обостриться течение сопутствующих заболеваний. Врач же назначает и корректирует схему лечения, учитывая все имеющие значение обстоятельства.

До сих пор жива у некоторых больных наивная вера в так называемые домашние

длительное нервное напряжение, пожалуй, главные причины, способствующие обострению и прогрессированию заболевания. Известный кардиолог А. Л. Мясников недаром называл гипертоническую болезнь «болезнью неотрагированных эмоций». Если человек повышенно раним и впечатлителен, постоянно переживает неприятности в себе, у него легко происходит перенапряжение нервных процессов. Их срыв способствует развитию невроза, обращенного своим острием на центры нервной системы, ведающие регуляцией работы сердца и тонуса сосудов.

Как видите, в развитии гипертонической болезни повинны в какой-то степени черты характера. Но не только те, о которых мы упоминали. Не на пользу здоровью и другая крайность: несдержанность, неумение владеть собой, стремление «выплескивать» дурное настроение на окружающих. Такой человек, постоянно находясь как бы в эпицентре конфликтных ситуаций, подвергает чрезмерным перегрузкам свою нервную систему.

Как бороться с излишней возбудимостью, раздражительностью? Прежде всего старайтесь разумно, адекватно реагировать на сложившиеся обстоятельства. Призовите на помощь свою волю и разум! Некоторым нашим пациентам мы советуем принимать настой корня валерианы или пустырника, бромистую камфору. Важно, чтобы сон был глубоким, достаточно продолжительным: это предупреждает истощение нервной системы, вос-

своими эмоциями, снять повышенную реактивность нервной системы.

Несколько слов о так называемых малых транквилизаторах, обладающих свойством притуплять эмоциональную реактивность, устранять чувство тревоги, напряженности. Их врачи назначают и при гипертонической болезни, но с большой осторожностью, на строго определенные сроки и далеко не всем больным.

Исследования, клинические наблюдения показывают, что у страдающих гипертонической болезнью замедлена смена процесса возбуждения торможением, и наоборот. С инертностью нервных процессов связано, в частности, то, что больной утром, после сна часто чувствует себя разбитым, неотдохнувшим. В этих случаях можно выпить чашечку крепкого кофе, чая. Но только если они не вызывают учащения сердцебиения. Освободиться от вялости, взбодриться помогает и утренняя гимнастика.

Страдающим гипертонической болезнью физическая активность приносит не меньшую пользу, чем любое самое эффективное лекарство. Особенно она необходима тем, кто занят умственным трудом. Систематическая физическая тренировка укрепляет нервную систему, улучшает настроение, сон, регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы, увеличивает ее приспособляемость к различным нагрузкам. Усиливается и сторание в организме жиров, больше выделяется депрессорных гормонов, снижа-

духе, катание на лыжах, коньках в спокойном темпе.

Переносимость физических нагрузок очень индивидуальна. Один из критериев их оптимальности—самочувствие. Оно не должно ухудшаться после выполнения упражнений. Время от времени следует обращаться за консультацией к специалисту врач-б-физкультурного диспансера.

Особо хочу подчеркнуть необходимость полноценного отдыха. Перегрузки весьма нежелательны, и в частности совмещение рабо-

йца стимулируют в организме выработку холестерина. А вот растительное масло, вернее, содержащиеся в нем ненасыщенные жирные кислоты, соединяясь с холестерином, выводит его из организма. Кроме того, в растительном масле содержатся вещества, препятствующие всасыванию холестерина в кишечнике.

Людям тучным раз в неделю рекомендуются разгрузочные дни. Можно выпить в течение дня две бутылки кефира и съесть 300—500 граммов творога или 1—1,5 килограмма картофеля, запеченного в кожуре (в приготовленном таким образом картофеле содержится много калия, полезного для деятельности сердца). Некоторые предпочитают иную «разгрузку»: 400 граммов вареного мяса. В разгрузочный день разрешается выпить до 800 граммов жидкости.

До недавнего времени врачи советовали больным употреблять в сутки с пищей лишь 3—4 грамма соли. Это ограничение необходимо для того, чтобы уменьшить введение в организм натрия. Оставаясь в тканях, крови и в стенках сосудов, натрий способствует задержке в организме жидкости, увеличивает объем циркулирующей крови, усиливает спазм сосудов, что приводит к повышению артериального давления.

Сейчас врачи располагают препаратами, обладающими мочегонным действием и помогающими выведению натрия из организма. Если лечащий врач рекомендует вам один из таких препаратов, можно лишь слегка недосаливать пищу. Но очень полезные продукты тем не менее по-прежнему должны быть исключены из меню.

Кроме того, необходимо отказаться от острых продуктов, приправ. Они раздражают почки, которые при гипертонической болезни страдают из-за спазма почечных артерий.

В начальных стадиях заболевания нередко одно только упорядочение режима жизни, рекомендованное врачом, без приема лекарств, способствует снижению артериального давления и улучшению самочувствия.

Но для страдающих гипертонической болезнью в стадиях IБ-IIА обязателен прием гипотензивных средств в течение нескольких месяцев, в основном в период обострения. Начиная со IIБ стадии болезни врачи обычно назначают комбинации нескольких гипотензивных средств различного механизма действия. Принимать их надо длительно, а порою непрерывно. И чтобы лечение было успешным, больной должен точно следовать советам врача и главное—не прекращать самовольно прием назначенных лекарств даже после того, как его самочувствие улучшится и артериальное давление снизится. Следует периодически обращаться к врачу, так как нередко возникает необходимость изменить сочетание и дозу препаратов.

Если же бросать прием лекарств тотчас же после снижения артериального давления, эффекта не будет; напротив, это чревато прогрессированием заболевания.



ющих артериальное давление. Характер физической тренировки, разумеется, должен быть индивидуальным в зависимости от стадии заболевания, возраста, подготовленности человека. Бесконтрольность и перегрузки принесут только вред.

Людям молодым, страдающим гипертонической болезнью IБ, IIА стадий, разрешаются различные спортивные игры; но им необходимо отказаться от силовых упражнений и, конечно же, не участвовать в соревнованиях. Если человек занимался в какой-нибудь секции до того, как у него обнаружили гипертоническую болезнь, тренировки бросать не надо, а вот уменьшить физическую нагрузку необходимо. На сколько—подскажет врач. И людям старших возрастов на ранних стадиях заболевания и людям молодым, страдающим гипертонической болезнью IБ стадии, объем физических нагрузок следует значительно уменьшить. Рекомендуются неумтомительные утренняя гимнастика, ходьба на свежем воз-

ду с учебой, а также ночные смены.

Теперь о характере питания, которое может существенно повлиять на течение болезни. Прежде всего не передайте! Избыточный вес сопровождается неблагоприятными сдвигами в деятельности желез внутренней секреции. Это, в свою очередь, способствует повышению артериального давления. И нас, клиницистов, нисколько не удивляет, когда снижение веса у людей тучных приводит и к снижению артериального давления.

Питание должно быть регулярным. Если вы едите с большими перерывами, резко повышается возбудимость сосудодвигательных центров. Позаботьтесь о том, чтобы получать с пищей достаточное количество полноценного животного белка, а также витаминов. Рекомендуются нежирное мясо, рыба, птица, молочные продукты, овощи и фрукты.

Имейте в виду, что жирные сорта мяса и рыбы, крепкие бульоны, животные жиры,



ДАВНЫМ-ДАВНО сложилась пословица: «Стерпится—слюбится». Вероятно, это народное наблюдение относилось не только к тем вынужденным ситуациям, когда экономические, сословные и иные соображения соединяли людей, не любящих друг друга. Ведь очень часто взаимное понимание, горячая привязанность, прочное ощущение счастья даже и в браке по любви достигаются не сразу: для этого требуется время.

На современном языке мы бы сказали: необходима взаимная адаптация. Адаптационный период, пора приспособления друг к другу—обязательный этап становления семьи. Он может быть и коротким, а может длиться годы. Очень многое зависит от обоюдного желания, от готовности и умения идти навстречу друг другу.

Современный человек—личность с высокими запросами. Тем сложнее достигается совместимость, тем более существенной выглядит именно психологическая сторона отношений.

Кто не мог бы почерпнуть из собственного опыта пример, когда, допустим, в лаборатории, театральной труппе или заводской бригаде подобрались способные, квалифицированные, порядочные люди, а дело почему-то на лад не идет? Порознь все хороши, но все как будто становятся хуже, оказавшись вместе: кто-то хочет главенствовать, кого-то тяготит подчиненное положение, один объединяет вокруг себя разных по характеру людей, другой «взрывает» самый спаянный коллектив.

Почему это происходит? Действительно ли существует некое взаимное отталкивание, не имеющее прямых, явных причин? Учеными проведено множество исследований и экспериментов, подтверждающих общеизвестное и давнее житейское наблюдение: с одними людьми нам легко, просто, приятно, с другими—обременительно и сложно, хотя объективно мы не можем ни в чем их обвинить и никакого зла они нам не делают.

Разные степени психологической совместимости и несовместимости, несомненно, существуют. И это проблема, важная не только для космонавтов или для производственных коллективов. Она очень значима и для такого социального микроколлектива, каким является семья.

Несомненно, плохая психологическая совместимость супругов не есть нечто непрогнозируемое, непредвидимое. Чаще всего это результат скоропалительных браков, заключаемых по первому мимолетному увлечению.

В более долгом общении, общении не только «раздичном», но и дающем возможность увидеть человека в каких-то сложных житейских поворотах, легче можно проверить свое чувство, испытать его прочность и неуязвимость.

Конечно, даже истинная любовь не дает гарантий от возникающего порой непонимания, несовпадения каких-то взглядов или позиций. Но она облегчает адаптацию, делает более легким путь к пониманию и согласию. Психологическая несовместимость бывает редко бывает абсолютной, непреодолимой.

Сопшемся на одно простое наблюдение. Способность к взаимным уступкам проверялась в очень наглядной ситуации. После рабочего дня люди принимали душ в соседних кабинках с не очень совершенным водоснабжением. Если в одной больше открывался кран с пометкой «горячая» и вода становилась теплее, то в другой поступление горячей воды уменьшалось. Таким образом, комфорт для одного оборачивался дискомфортом для другого.

Когда же возникало больше споров и конфликтных ситуаций? Как правило, если в смежных кабинках оказывались молодые парни. Люди более зрелые почти всегда проявляли больше уступчивости, и регулировали температуру душа так, чтобы она устраивала обоих, удавалось быстрее и с наименьшими нервными затратами.

В товарищеских, дружеских, семейных отношениях уступка—признак силы, а не слабости, зрелости, а не инфантильности. Об этом очень хотелось бы напомнить молодоженам!

В проблеме супружеской адаптации есть свои особенности и нюансы. Очень часто предполагаемая физиологическая несовместимость, которая приводит супругов к врачу, в действительности имеет в своей основе не расстройство половых функций, а разногласия, касающиеся совершенно других вопросов семейной жизни, например, распределения бюджета, воспитания детей, отношения к родственникам.

Взаимное недовольство, возникшее по такого рода причинам, уже вторично сказывается на гармонии интимных отношений.

Женщина обычно первой реагирует на конфликтную ситуацию в силу своей большей душев-

ПСИХОЛОГИЯ

ной ранимости, эмоциональности. Но ведь половая функция, как уже говорилось, функция парная, и безучастной стороны в ней нет. Неудовлетворенность одного постепенно передается другому, и вскоре обоим уже начинает казаться, что гармония между ними невозможна.

Решать возникающие разногласия спокойно, мягко—это, конечно, самое основное в профилактике дисгармонии. Но хочется дать совет. Если произошла ссора, не следует пытаться загладить ее близостью!

К таким попыткам чаще всего бывает склонен мужчина, особенно если он чувствует себя виноватым. Но незатихшее раздражение женщины, непрощенная, хотя, может быть, и подавленная обида неизбежно дадут себя знать. И тогда на неудовлетворенность психологическую наслоится еще и взаимная неудовлетворенность интимной близостью.

Адаптация супругов предполагает известное уравновешивание или сближение темпераментов, глубины и силы влечений, тонкое взаимопонимание. И если не стремиться к этому, можно долгие годы не знать, можно, даже прожив всю жизнь, так и не узнать, чего не доставало любимому или любимой.

Сергей Крутилин в своей повести «Косой дождь» дает очень выпуклую характеристику подобных супружеских отношений: «...Иван Антонович никогда до такого не доходил, чтобы жену, мать своего ребенка, дурой обзывать или по лицу бить, как другие. Он голоса на нее никогда не повышал. Да, не бил, не обзывал, но вместе с тем и никогда не носил ее на руках. Не носил, нет! Чего не было, того не было... Он никогда не горячился, не ругался, не выходил из себя, но зато и никогда не высказывал ни радости, ни бурной любви—ни к жене, ни к сыну. Своей ровностью, однотонностью, стремлением к обыденности он, может быть, сокращал ей жизнь».

Врачам, кстати, часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда дисгармония зарождается именно потому, что супруги по-разному выражают свои чувства, ощущают разную потребность в проявлениях любви и нежности.

В сексуальной сфере человека границы нормы очень растяжимы, колебания в пределах нормы гораздо более значительны, чем колебания любой другой функции человеческого организма. Потребность в частоте интимной близости, длительность полового акта, острота ощущений, испытываемых мужчиной и особенно женщиной,—все это, конечно, очень индивидуально. Потому супруги, находящиеся на разных полюсах так называемой нормы, могут испытывать трудности взаимной адаптации.

Этот вопрос очень тесно связан с проблемой ценностных ориентаций.

У каждого человека имеется своя индивидуальная шкала того, что для него наиболее важно в жизни. Для одного—профессиональные интересы, для другого—собственное здоровье или здоровье близких, третий вкладывает всю страсть в какое-то увлечение. Причем одним человек может жертвовать, другим—не хочет.

Утрата, лишение какой-либо из жизненных ценностей переживается по-разному—от минутного огорчения до тяжелых невротических реакций.

Для сексуальных потребностей в этой шкале тоже у каждого человека есть свое место. Одни, вполне здоровые в этом плане люди рассматривают удовлетворение сексуальных потребностей как второстепенную или даже третьестепенную сторону семейной жизни; другие, столь же здоровые, отводят ей главную роль. Одни воспринимают проявления дисгармонии—допустим, некоторую холодность жены—чуть ли не как трагедию и повод для развода, другими подобного рода отклонения воспринимаются спокойно, полностью компенсируются взаимной заботой, вниманием, духовной гармонией.

Очень часто недоразумения между супругами происходят из-за того, что каждый имеет превратное представление о потребностях другого. Многие мужчины, например, часто переоценивают женскую сексуальность и, считая себя недостаточно активными в этом плане, приписывают своим женам неудовлетворенность, которую те вовсе и не испытывают.

А между тем постоянные терзания мужчины по этому поводу делают его неуверенным в себе, ревнивым, подозрительным; все это создает предпосылки для возникновения полового расстройства.

Точно так же многие женщины почему-то полагают, что все мужчины неспособны к длительному воздержанию. Это заставляет их нарушать врачебный запрет, скажем, во время беременности, после родов или операций, служит поводом для тревоги во время длительных командировок мужей.

Действительно, есть мужчины, которые вследствие вынужденного полового воздержания испытывают значительный дискомфорт, но у многих, особенно в период интенсивной физической нагрузки или увлеченности какой-либо работой, сексуальные потребности могут полностью вытесняться.

Часто причиной тревог становятся неправильные представления о продолжительности полового акта: у здорового мужчины она составляет примерно две минуты, но может быть и большей и меньшей. Другое заблуждение—будто у женщины близость каждый раз должна заканчиваться оргазмом; в действительности можно считать нормальным, если это происходит не всегда и даже не очень часто.

Нередко в беседе с врачом выясняется, что источником дисгармонии стали такого рода неправильные представления друг о друге. Как избежать этого? Как ускорить взаимное приспособление? Мы стоим за диалог между супругами. Диалог свободный, открытый, но, конечно же, деликатный!

Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО,
доктор
медицинских наук

Ю. А. РЕШЕТНЯК,
кандидат
медицинских наук

ГАРМОНИЯ
И
ДИСГАРМОНИЯ



СУПРУЖЕСКОЙ ЖИЗНИ

См. «Здоровье» №№ 8, 9, 11, 1975 год.



ДОМ, ГДЕ НАДЕЛЯЮТ КРАСОТОЙ

НАЧАТЬ с превращения невзрачной Золушки в ослепительную принцессу? Еще соблазнительнее — привести строки из сказки Ершова о том, как неказистый Иванушка искупался в трех котлах — в молоке и двух водах. «И такой он стал пригожий, что ни в сказке не сказать, ни пером не описать!»

Но задание редакции сугубо конкретно: дать репортаж о новоселье Московского научно-исследовательского института косметологии Министерства здравоохранения РСФСР. Поэтому начинаю с его реальных координат: Москва, Ольховская улица, 27. Сюда, в Сокольники, переехал институт из центра города. Но это не просто новоселье, а скорее второе рождение института. В белоснежном, построенном по индивидуальному проекту здании медики приобрели возможность не только помочь огромному потоку желающих избавиться от врожденных или приобретенных косметических недостатков, но и получили прекрасные условия для дальнейшего развития науки о красоте. Ведь косметология в наше время — полноценная отрасль медицинской науки. И потому здесь под одной крышей, кроме специалистов по кожным болезням и косметической хирургии, работают терапевты, гинекологи, онкологи, биохимики, физиотерапевты и даже инженеры.

В час, когда директор института кандидат медицинских наук А. Ф. Ахабадзе «дозором обходит владения свои», я прошу разрешения присоединиться к ней.

Показывая просторные кабинеты, где ведут прием врачи-косметологи, Антонина Федоровна не преминула подчеркнуть:

— Здесь реализуются методы, предложенные научными сотрудниками института. Сейчас, например, вы наблюдаете за лечением больной себореей.

Честно говоря, мне показали несколько «колдовских» пассов, которые человек в белом халате делал над головой пациентки. Довершал впечатление легкий дымок, возникающий под его руками. Оказалось, что это массаж жидким азотом, стимулирующий рост волос.

В соседнем кабинете врач обрабатывал бором лицо паренька.

— Этот высокочастотный аппарат, делая до 35 тысяч оборотов в минуту, отлично шлифует кожу, — объяснила доктор Р. Л. Тер-Микоэлян. — Шлифование кожи — настоящее спасение для тех, чьи лица обезображены рубцами, шрамиками, пигментными пятнами, у кого много мелких морщин. Надеюсь, и этот юноша, получивший ожоги, вскоре тоже сможет с удовольствием смотреться в зеркало!

В уютных послеоперационных палатах словно витает незримая надежда. Здесь мы увидели людей с забинтованными лицами, но с веселыми глазами. Одним с помощью хирургического вмешательства улучшили форму носа, другим — ушных раковин, третьих избавили от двойного подбородка, мешков под глазами. Обаятельная, на вид средних лет женщина доверительно прошептала мне на ухо: «Сделала пластическую операцию, мне ведь уже за шестьдесят!»

Переходим в отделение физиотерапии. Кабинеты электросветолечения, электрокоагуляции, массажные.

— Помнится, раньше у вас делали лишь массаж лица?

— Да, в старом здании на улице Горького. Теперь же наши пациенты имеют возможность получать и общий

массаж. Замечу попутно, — добавляет А. Ф. Ахабадзе, — что у нас есть и специальная лаборатория, где изучают действие косметического массажа. На основании измерения температуры, теплоизлучения, биоэлектрической активности коры головного мозга и других исследований установлено положительное действие такого массажа не только на кожу лица, но и на состояние всего организма. Еще лучший результат достигается, если сочетать массаж с питательными масками.

Разговор о масках и кремах мы продолжили в химико-технологической лаборатории. Ее руководитель химик Ф. Д. Смирнова, двадцать лет проработавшая в институте, не нарадуется простору и оснащенности лаборатории.

Доктор медицинских наук Н. Б. Королева рассказывает о порядке экспертизы косметических препаратов, о поисках стимуляторов для увядающей кожи, тонкостях и сложностях создания новых кремов с биологически активными веществами. Многочисленные исследования, тысячи опытов на морских свинках, затем проверка в клинике и только потом массовое производство.

К нашей беседе подключается один из авторов нового крема, содержащего витамин С, кандидат фармацевтических наук Л. Г. Бочарова. Она подчеркивает, что строгий подход к оценке косметических препаратов в нашей стране способствует снижению частоты аллергических реакций кожи.

Заглядываем в лабораторные «отсеки». В одном из них на специальном приборе-криостате изучают активность ферментов в тканях, с помощью ультрамикротомы готовят препараты для электронно-микроскопического исследования. В другом — лаборанты хлопочут возле аппарата КДУ-3, регистриру-

ющего сосудистые реакции кожи. Впрочем, весь лабораторный блок института оснащен очень щедро: высокочастотная измерительная аппаратура, приборы для спектрального анализа, люминесцентные микроскопы. Все это помогает постигнуть тайны старения, выявить причины заболеваний кожи, ставить экспресс-диагноз, проверять эффективность методов лечения косметических недостатков.

Завершилось путешествие по всем шести этажам института в зале, где женщины в тренировочных костюмах увлеченно занимались на портативных снарядах.

— Индивидуальный комплект «Здоровье», — пояснил методист лечебной физкультуры. — С помощью такого снаряда можно отлично «проработать» мышцы ног, рук, спины, живота.

Физкультура в институте косметологии? А, собственно, чему удивляться? По настоящему красив лишь здоровый, крепкий, гармонически развитый человек. Занятия физкультурой три раза в неделю помогут пациентам института приобрести хороший мышечный корсет, преодолеть скованность движений, стать стройнее.

Да, здесь все подчинено единому замыслу — вселить оптимизм, улучшить самочувствие, сделать человека привлекательнее. Так как же не упомянуть в конце репортажа старую сказку о преображении Золушки?!

Людмила КАФАНОВА

НА ВКЛАДКЕ

В Московском научно-исследовательском институте косметологии Министерства здравоохранения РСФСР: отдел экспертизы и создания новых косметических средств; в зале лечебной физкультуры.

Фото Вл. КУЗЬМИНА



Член-корреспондент АМН СССР
Людмила Алексеевна Новикова довольна:
операция прошла успешно.

Фото Вл. КУЗЬМИНА



И снова дои...

С. ЛАПТЕВА

НА СОЛНЕЧНОЙ лесной опушке стоит женщина. За ее спиной густые, темные ели упираются в самое небо. Женщина держит на руках ребенка. Мадонна с младенцем? Нет, в наш деловой век говорят просто: женщина с ребенком. И не бесценное полотно старого мастера передо мной, а любительский домашний снимок, который делают в свободную минуту, меньше всего предполагая, что он может обернуться свидетельством огромной важности.

Если нужно было бы одним коротким символом обозначить научную деятельность члена-корреспондента Академии медицинских наук СССР Людмилы Алексеевны Новиковой, то им с полным правом мог бы стать этот снимок с вечным, как жизнь, сюжетом. Потому что и зелень травы, и голубизну неба, и улыбку ребенка сохранила матери Л. А. Новикова. Еще десять—пятнадцать лет назад такой снимок был бы невозможен: не выживала ни одна из женщин, заболевших хорионэпителиомой...

В 1960 году в Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР было создано гинекологическое отделение. Директор института академик АМН СССР Н. Н. Блохин предложил возглавить его Л. А. Новиковой. Одной из первых проблем, с которых начало работу новое отделение, стало изучение относительно редкого злокачественного новообразования — хорионэпителиомы. Из областных диспансеров и клиник начали поступать больные, преимущественно в стадии большого распространения опухоли: с кровотечениями, стремительно нарастающей слабостью, со скачками температуры, кашлем и острыми приступами боли. Единственным шансом на спасение было удаление матки, но и это приносило удачу только в начальной стадии болезни. Скрытое коварство хорионэпителиомы заключается в быстром образовании новых очагов. Расплавляя кровеносные сосуды, вместе с током крови метастазы опухоли устремляются в органы малого таза, легкие, в мозг...

Особая же трагичность заболевания заключается в том, что поражает оно, как правило, женщин молодых, едва переступивших порог семейной жизни. Хорионэпителиома возникает на фоне патологической беременности, аборта, родов. И если даже операция ликвидировала очаг, а лучевая терапия перекрыла пути метастазам, то на радость материнства женщина рассчитывать уже не могла.

Перелом в борьбе с опухолями принесла химиотерапия, чудо нашего века. Как светлый гимн разуму возникла она из содружества многих наук, проникших в тайны строения клетки. Лекарственные препараты, созданные по образу и подобию молекул, из которых построены раковые клетки, на правах близких родственников проникают в очаги поражения. Клетки опухоли начинают использовать их в качестве строительного материала, не замечая, что к каждому «кирпичику» прицеплена токсифорная (несущая яд) группа атомов, «как заряд пироксилина к самодвижущейся ракете». Торпеда срабатывает, и раковые крепости и бастионы взрываются изнутри. Наступает тотальный некроз раковых клеток.

Создание каждого нового лекарственного препарата — сложнейший, трудоемкий процесс. Ежегодно из лабораторий выходят на старт тысячи новых соединений. К финишу с рекомендацией на внедрение в практику приходят лишь единицы.

На первых порах химиотерапия была лишь подспорьем к хирургическому методу лечения. Но, наблюдая, сколь эффективны новые медикаменты, ученые решились на их самостоятельное применение. Конечно, принимая такое решение, учитывали все: величину и границы поражения, давность заболевания, возраст, наличие детей, общее состояние.

Людмила Алексеевна не раз подчеркивала ответственность врача в момент выбора оружия для поединка — скальпель и химиотерапия или одна химиотерапия. Сделай этим молодым женщинам операцию — и жизнь спасена! Но на вопрос «Вы хотели бы иметь детей?» отвечали тоскующие глаза, в глубине которых метался, то вспыхивая, то угасая, огонек надежды... Желание больной определяло выбор лечения.

А В ОТДЕЛЕНИИ своим чередом текли рабочие будни. На пульте зажглась лампочка, и дежурная сестра быстро прошла на чей-то зов. Девушки в белоснежных халатах и шапочках раздавали лекарства, кипятили шприцы, готовили перевязочный материал. Провезли кого-то в процедурную. Санитарка домывала полы в палатах. В столовой готовились к завтраку. Старшая сестра Зинаида Степановна Петрова проверила ночной расход лекарств, обработку шприцев по специальной схеме, позвонила в аптеку, потом зашла к заведующей отделением обсудить текущие вопросы. А у Людмилы Алексеевны с утра уже звонил телефон. Из бухгалтерии напомнили, что год кончается, а некоторые сотрудники, по-видимому, забыли об отпуске, в частности сама заведующая...

Больные ждали профессорского обхода, когда каждое слово, взгляд, улыбка, прикосновение становились лекарством. Перед обходом все врачи собираются в кабинете Л. А. Новиковой для детального анализа течения заболевания у каждой больной. Верно ли выбран план лечебных мероприятий, что надо изменить в соответствии с клиническими и лабораторными показателями, какие резервы ввести в бой — все обсуждается в кабинете.

Особо пристрасно изучаются данные, поступающие из лаборатории экспериментальной эндокринологии и отдела рентгенодиагностики, — они являются как бы оперативной сводкой событий. И если содержание хорионического гонадотропина (гормона, продуцируемого как нормальной плацентой, так и хорионэпителиомой) быстро снижалось, а рисунок своеобразно измененных опухолью сосудов малого таза постепенно приобретал на ангиограммах нормальные очертания, становилось очевидным, что лечение дает желаемый эффект.

Однако перед онкологами постоянно стоят десятки острых вопросов, требующих срочного решения, когда

организм подает сигнал опасности, умения маневрировать, временно отступить. Где граница между допустимой реакцией организма и нежелательным осложнением? Какой из препаратов активнее? До какой степени оправдан риск: уменьшить дозу лекарств—не справиться с метастазами; увеличить—выдержит ли организм?

О, эта кабинетная тишина, в которой якобы работают ученые! День Л. А. Новиковой до предела заполнен неотложной текущей работой: операции, осмотр больных, консультации в поликлинике и по телефону—в ее совете нуждаются не только врачи московских учреждений, но и других городов страны. Время для научной работы—поздние вечерние часы и дни отдыха. И тем не менее статьи пишутся и появляются в печати, идет руководство диссертантами, написаны рецензии на новые книги и научные работы. И никто не помнит случая, чтобы Л. А. Новикова отказала в консультации хотя бы одному из коллег.

Постепенно были подведены итоги и поединка с хорионэпителиомой, которая отныне не считается неизлечимой болезнью.

— Но,—предупреждает профессор Л. А. Новикова,—очень важно, когда женщина обратилась к врачу: в первой стадии заболевания излечимость достигает 95 процентов. А в четвертой—увы—падает до трех...

С помощью одной химиотерапии в отделении были возвращены к полноценной жизни сто пятьдесят восемь женщин. Девяносто шесть родили сыновей и дочерей. Когда дети, родившиеся после перенесенной матерью хорионэпителиомы, были показаны делегатам VII Международного конгресса акушеров-гинекологов, проходившего в Москве, ученые встретили их аплодисментами.

СТАТЬ врачом Людмиле Алексеевне, как говорится, было на роду написано: «Сколько себя помню—другого желанья, не было». Детство и юность ее прошли в Екатеринбурге, где отец, Алексей Митрофанович Новиков, известный врач-гинеколог, мечтавший о широком распространении общедоступной медицинской помощи, превратил родильный дом в настоящее научное учреждение (недавно Институт охраны материнства и младенчества в Свердловске отметил свое 60-летие). В том же двухэтажном особняке, где размещались палаты, находилась и квартира доктора. Глубокое сострадание больному, безграничная доброта и искреннее внимание, деятельное желание помочь человеку—эти профессиональные черты характера выработались у младшей дочери доктора раньше, чем пришла к ней сама профессия. По ночам, когда отца срочно вызывали в клинику, она шла вместе с ним, стремясь понять и познать особенности его работы, помочь, чем могла.

С удивительной неподчиненностью законам оstepенения и повзросления сохранила Людмила Алексеевна все, что дарит человеку юность, с годами умножив ее багаж универсальностью знаний, глубиной анализа стратегических проблем медицины, смелостью поиска. На счету Л. А. Новиковой немало сложнейших, уникальных операций. Мне с искренним восхищением рассказывал ее коллега, академик: «Когда Людмила Алексеевна становится у операционного стола, ее маленькие женские руки приобретают мужскую силу, и мы, стоящие рядом с ней, понимаем, что значит блестящий хирург!»

И как еще один ключ к характеру—стиль научных выступлений члена-корреспондента АМН СССР Л. А. Новиковой. Приступая к штурму какой-то—большой или малой—научной высоты, она напишет: «Представляет большой интерес противоположность взглядов различных авторов...» И этот «интерес» заставляет искать среди

множества противоположных свой собственный взгляд на проблему. А потом, когда найдет, и отстоит, и докажет, появится характерная для Л. А. Новиковой формулировка: «Теперь мы с уверенностью можем сказать...» С убежденностью!

Так было и в тот раз, когда в пятидесятых годах она впервые выступила на научной конференции с сообщением о новой методике лечения рака шейки матки. Л. А. Новикова предложила применять предоперационное облучение, и в зале не нашлось тогда ни одного сторонника этой идеи.

— Предоперационное облучение—это невозможно!

— Мало того, недопустимо!

— Какие яркие вспыхивали тогда споры!—вспоминает Людмила Алексеевна, и я невольно обращаю внимание на эпитет. Говорят «жаркие», «горячие», «ожесточенные», а она с удовольствием произносит: «Яркие споры!»

Поток возражений постепенно иссяк, разбившись о высокую плотину, в основании которой были заложены годы наблюдений, сомнений, анализов, а на вершине прочно стояли принципиальные, стройные научные выводы. 94% излечения в первой стадии заболевания, 90%—во второй, 50%—в третьей. Это была победа! Предоперационное облучение заняло прочное место в онкологических клиниках. А работа «Комбинированное лечение рака шейки матки» принесла Людмиле Алексеевне степень доктора медицинских наук.

Она не хранит про себя свои знания—десять докторских и двадцать четыре кандидатских диссертаций защищено под ее руководством. В Москве, Свердловске, Харькове, Кишиневе, Ижевске, Риге, Душанбе, Тбилиси, Днепропетровске, Тюмени, Ереване, Минске, Архангельске, Алма-Ате, Якутске работают ученики и последователи Л. А. Новиковой. В творческом росте людей—ее большие заботы и радости. О каждом, кто работает рядом, у нее находятся удивительно добрые слова. По мнению заведующей, с ней работают самые опытные, самые лучшие онкологи: «...Прекрасный хирург. Недавно завершила большой научный труд... Автор новых методик. Может встать в шесть утра и мчаться в институт к своим больным... Изумительной красоты и скромности человек, с высоким чувством ответственности за больных...» Новые идеи носятся здесь в воздухе, новые методы лечения пробивают себе путь, наука и клиника идут рядом.

Многое можно успеть за одну жизнь, когда работа и жизнь неразделимы. «И если бы все начиналось снова—я пошла бы той же дорогой». Дорогой настоящего ученого, когда зарницей блеснет вдали ослепительная идея, озарит даль, поманит за собой, и долго идешь за мелькнувшим светом, чтобы поймать его и подарить людям.

И снова поиск, и снова бой...

ГОД СПУСТЯ



А. ГРИГОРЬЕВ

«**К**АК хочешь пей, помалу иль помногу, но так, чтоб к дому не забыл дорогу!»

Эти лихие стихотворные строчки красуются на роге наподобие тех, из которых издавна пьют вино на Кавказе. Сувенир, снабженный указанием места и даты своего изготовления: «Кисловодск, 1975», выпал из кармана одного человека в весьма неподходящей обстановке. В кисловодском вытрезвителе. Не внял купивший поэтическую емкость совету анонимного автора. Пил, очевидно, не «помалу, а помногу» и к временному дому, то есть к одному из санаториев знаменитого курорта, дороги не сыскал. Пришлось сделать привал на вытрезвительской койке...

Тема, как говорится, не новая.

В № 3 «Здоровья» за 1975 год был опубликован фельетон «С путевкой... в вытрезвитель». Речь в нем шла о том, что некоторые больные, получившие санаторные путевки, ухитряются «отдыхать» в вытрезвителе и «лечиться» напитками несравненно крепче минеральной воды. В фельетоне также рассказывалось о тех сверхидеальных условиях, которые созданы на курорте для пьяниц.

Спиртное, в частности коньяк, продавалось в магазинах прямо на территории ряда здравниц.

Высказывалось сомнение: можно ли считать коньяк узаконенным, так сказать, лечебным напитком?

На фельетон редакция получила немало авторитетных ответов. Заместитель председателя исполкома Совета депутатов трудящихся Кисловодска Э. В. Мерцалова сообщила, в частности, о том, что в рюмочной от ресторана «Театральный» прекращена продажа водки и водочных изделий.

Прибыв спустя год в Кисловодск, я от души порадовался, обнаружив на бывшей рюмочной около вокзала вывеску «Шашлычная». Но... увы, внутри бойко торговали водкой старым методом — по-рюмочному!

Относительно торговли алкоголем в санаториях Э. В. Мерцалова заверила редакцию журнала и его читателей, что «торговля винно-водочными изделиями в магазинах, расположенных на территории всех санаториев, запрещена». Если бы так!

Санаторий «Центросоюз». Как и год назад, магазин, расположенный на его территории, — маленький рай для пьющих. На выбор шесть наименований коньяка и столько же вин. А как же запрет? Выходит, явное нарушение? Ан нет! Продавец с достоинством демонстрирует разрешение горторготдела на право такой торговли.

Санаторий «Пикет». В магазине № 1/15 большой выбор вин и коньяков. Старший продавец Ю. Кищенко не скрывает: «От отдыхающих мы принимаем до трехсот пустых бутылок из-под коньяка и вина». «В месяц?» «Что вы! В день!»

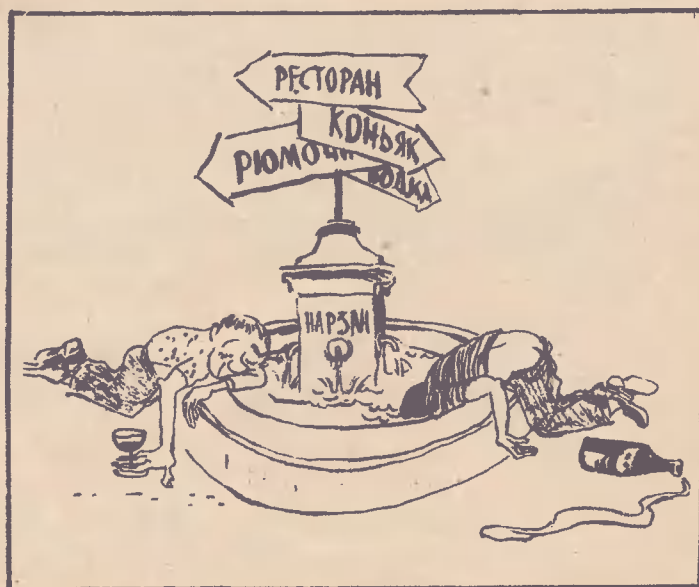
Санаторий имени Орджоникидзе. В двух разместившихся на его территории магазинах та же картина.

Но в течение последнего года зафонтанировали и новые винные источники. В санатории имени Г. Димитрова ларек № 6-49 Курортпродторга предлагает коньяк восьми сортов и вина нескольких марок. И тоже, представьте, вполне законно. Продавец Т. Макиджанян предъявила разрешение № 110, подписанное заведующим горторготделом А. Морщужиной. Кстати, оно выдано через месяц после опубликования фельетона. Вот уж поистине отреагировали!

В Кисловодске прекрасная нарзанная галерея. Но и тут проявлена трогательная забота о выпивохах. Рядом, в нескольких десятках метров бойко функционирует магазин «Вино» № 10 Курортпродторга. Вина и коньяки на любой вкус и карман! Всего тридцать одно название. Продажа в розлив, да еще пьющему выдается поощрительная премия — конфетка на закуску. В итоге — у винно-коньячных струй не меньше жаждущих, чем у нарзанских. Некоторые запивают коньяк нарзаном, другие — нарзан коньяком, а третьи глушат алкоголь и до и после лечебной процедуры.

В фельетоне «С путевкой... в вытрезвитель» говорилось о том, что работникам вытрезвителя часто приходится приводить в чувство не в меру нагружившихся курортников. Алкогольная свобода наглядно отражается в отчетах за прошедший год. Около ста человек, получивших путевки в санатории, «отдыхали» на здешних койках.

Рисунки Е. ШУКАЕВА



В их числе П. М. Румянцев, бетонщик из РСУ-1 1-го Ленинградского медицинского института. Привезен из санатория имени Кирова, где поздно вечером восстал против санаторного режима: шумел, ругался и вообще веселился...

В. Г. Берденников, шофер с Холмогорского племзавода Архангельской области, отличился в том же санатории. Путь шоферу, не в меру взбудренному винными парами, преградила стеклянная дверь. Открыть ее обычным способом не удалось, и В. Г. Берденников сокрушил преграду ударом стула.

А. М. Тузовский, мастер из Светлогорска, и Г. Д. Буров, директор Свердловского опытного завода УНИИпромедь, вели себя не в пример тише. Напившись, мирно спали под северокавказскими звездами прямо на улице...

К. Д. Лаврушов, управляющий объединением «Сельхозтехника» в Кошкинском районе, Куйбышевской области, находился в санатории имени Г. Димитрова. Надо думать, К. Д. Лаврушов не преминул воспользоваться услугами того самого ларька, где разрешено продавать спиртное на вынос. Напился до того, что соседи по палате не могли его больше выносить. Пришлось милиционерам отправить хмельного управляющего в вытрезвитель.

Справедливость требует отметить, что не во всех санаториях вольготно выпивохам. Там, где администрация твердо стоит на позициях борьбы с пьянством, спиртного в магазинах, расположенных на территории санаториев, не бывает. Так обстоит дело, например, в санатории «Москва». Продавец сказала, что главный врач Р. Алексеева лично контролирует ассортимент напитков, продаваемых в магазине. План здесь выполняется и без спиртного. Преградил путь винно-коньячным изделиям на территории санатория «Нарзан» и главный врач А. Саруханян.

А вот руководители кисловодской торговли в борьбе с пьянством, судя по всему, уповают в основном на стихотворные призывы на сувенирных винных рогах — их продают в киоске у нарзанной галереи. Где уж тут выполнить решение горисполкома, о котором сообщал журнал «Здоровье» в № 10 за 1975 год!

В № 7 журнала за 1975 год в обзорном материале посвященном откликам на фельетон, высказывалось недоумение по поводу того, что Министерство торговли СССР в своем ответе в редакцию не сообщило, как обстоит дело с продажей алкогольных напитков на других курортах страны.

Хотелось бы верить, что министерство не обошло вниманием выступление «Здоровья» и предприняло шаги для эффективной борьбы с пьянством в здравницах страны. Однако эхо этих шагов, к сожалению, редакции не достигло.

Думается, в преддверии нового летнего сезона Министерство торговли СССР сочтет вполне резонным вернуться к вопросу организации торговли алкогольными напитками на курортах и информирует наших читателей о своем решении.



Врач

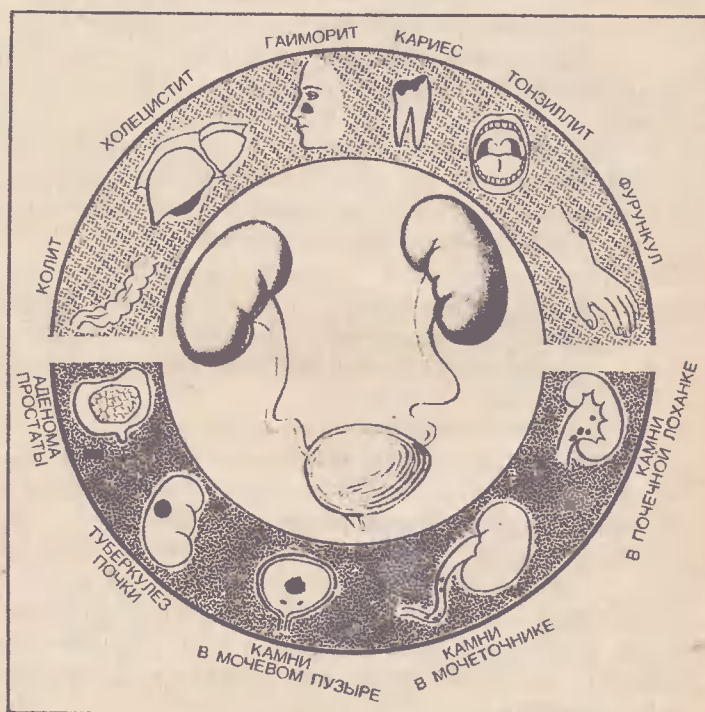
разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

В. Н. ТКАЧУК,
профессор

ОТЧЕГО

ПИЕЛОНЕФРИТ — самое распространенное воспалительное заболевание почек. Он может развиваться как самостоятельное заболевание (первичный пиелонефрит) или на фоне какого-либо патологического процесса в органах мочеполовой системы, вызвавшего нарушение оттока мочи (вторичный пиелонефрит). Очень часто, например, этот диагноз появляется в истории болезни пациентов, у которых некоторое время назад были обнаружены камни в

В верхнем полукруге изображены очаги инфекции, откуда болезнетворные микробы с током крови могут попасть в ткань почек; в нижнем полукруге — заболевания органов мочеполовой системы, предрасполагающие к развитию пиелонефрита.



почках. Вторичный пиелонефрит может явиться также следствием аденомы предстательной железы или камней в мочевом пузыре.

Если вовремя не принять меры, воспалительный процесс постепенно разрушает почечную ткань, вызывает нарушение выделительной функции почек, затрудняя тем самым очищение крови от конечных продуктов обмена веществ. В результате может наступить тяжелое

лит — у 63 процентов. Более того, когда врачи сравнили микроорганизмы, находящиеся в больных зубах или в миндалинах и в пораженных пиелонефритом почках, у многих микробы оказались идентичными.

Однако попадания микроорганизмов в почечную ткань еще недостаточно для развития в ней воспалительного процесса. Дефицит витаминов, переохлаждение, переутомление, ослабляя устойчи-

вым радикальным способом лечения является операция. Чем раньше она сделана, чем раньше восстановлен нормальный отток мочи, тем меньше вероятность развития воспалительного процесса в почке.

И тем не менее не всегда удается убедить пациента в необходимости ранней операции, особенно если камни не вызывают боли и не причиняют никаких беспокойств.

ВОЗНИКАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ

отравление организма азотистыми шлаками.

Непосредственная причина развития и первичного и вторичного пиелонефрита — внедрение в почечную ткань микробов, причем не только попавших в почки из внешней среды, но и постоянно присутствующих в организме. Довольно часто возбудителями пиелонефрита оказываются кишечная палочка, стафилококк, протей. Болезнетворные микроорганизмы могут проникать в почки с током крови, то есть гематогенным путем, или через мочеиспускательный канал, мочевой пузырь и мочеточники, иначе говоря, восходящим путем. Скажу сразу, что тщательный регулярный туалет половых органов, а также активное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, например, цистита, преграждают болезнетворным микроорганизмам доступ в почки.

Пиелонефрит гематогенного происхождения обычно является осложнением острого или хронического воспалительного заболевания. «Поставщиком» микробов может стать инфекционный очаг в носоглотке или полости рта, воспалительный процесс в органах дыхания, инфицированная рана на коже или фурункул, воспаление любого органа брюшной полости или половой сферы.

Опыт нашей клиники, как и других лечебных учреждений, свидетельствует о том, что наиболее часто у страдающих пиелонефритом отмечался тонзиллит или кариес зубов. Из 4056 наблюдавшихся у нас больных кариес был выявлен у 78 процентов, хронический тонзил-

лит — у 63 процентов. Более того, когда врачи сравнили микроорганизмы, находящиеся в больных зубах или в миндалинах и в пораженных пиелонефритом почках, у многих микробы оказались идентичными.

Однако попадания микроорганизмов в почечную ткань еще недостаточно для развития в ней воспалительного процесса. Дефицит витаминов, переохлаждение, переутомление, ослабляя устойчи-

вость организма, снижают и сопротивляемость почечной ткани инфекции, облегчая тем самым развитие заболевания. Нередко возникновению пиелонефрита предшествует грипп или другие острые респираторные вирусные инфекции. Токсины, выделяемые вирусами, пробивают защитные барьеры организма и тем самым открывают «ворота» для других микробов.

В последние годы доказано, что токсическое поражение клеток почечной ткани может быть следствием злоупотребления лекарственными препаратами. Такие почки становятся восприимчивыми даже к так называемой маловирулентной инфекции, которая в обычных условиях не вызывает пиелонефрита.

Из всего сказанного нетрудно сделать вывод о том, что профилактика этого заболевания почек должна проводиться в двух направлениях. Во-первых, необходимо ликвидировать в организме различные инфекционные очаги, из которых болезнетворные микроорганизмы могут попадать с током крови в почки. Это относится и к будто бы безобидному больному зубу и к хроническим воспалительным заболеваниям, медленно поддающимся лечению.

Если не удалось избежать гриппа или другой острой респираторной вирусной инфекции, нужно строго соблюдать предписанный врачом постельный или домашний режим.

Страдающим аденомой предстательной железы, сужениями мочеточника и мочеиспускательного канала, камнями мочеточника и мочевого пузыря надо тоже помнить о грозящей опасности развития пиелонефрита и соглашаться, не откладывая, на предложенную врачом операцию.

Попутно напомню, что отток мочи затрудняется сдавливанием мочеточников переполненной каловыми массами прямой кишкой. Поэтому борьба с запорами — одна из мер профилактики пиелонефрита.

Замечено, что пиелонефрит наблюдается и у беременных женщин. В поздние сроки беременности увеличенная матка сдавливает мочеточники, в результате нарушается отток мочи из почек. В этих условиях болезнетворные микробы, попавшие гематогенным или восходящим путем в почки, вызывают воспалительный процесс.

Вот почему беременные должны систематически посещать женскую консультацию, периодически сдавать на анализ мочу, чтобы не выпускать из-под контроля состояние почек. Если у будущей матери обнаружены кариозные зубы, тонзиллит или другие очаги хронической инфекции, необходимо принять срочные меры для их ликвидации.

Чтобы предупредить пиелонефрит, как, впрочем, и любое другое заболевание, необходимо иметь представление о причинах, его вызывающих, и условиях, способствующих развитию недуга. И если наша статья дала эти сведения читателям, будем считать, что желаемая цель достигнута.

Ленинград

Здоровье СОВЕТУЕТ Как предупредить появление веснушек



С первыми лучами весеннего солнца у некоторых людей выступают на коже коричневые пятнышки—веснушки. Появление их связано с неравномерным распределением пигмента в коже, что в немалой степени обусловлено наследственной предрасположенностью. Чаще веснушки бывают у светловолосых, белокожих людей.

Чтобы предупредить появление веснушек, следует избегать длительного солнечного облучения, носить широкополую шляпу, пользоваться зонтиком. С самой ранней весны перед выходом на улицу рекомендуется применять защитные кремы—«Луч», «Щит», «Молодость». Их наносят на чисто вымытое лицо под пудру. Однако крем оказывает защитное действие лишь в течение двух-трех часов. Поэтому при длительном пребывании

на улице в солнечную погоду приходится повторно смазывать лицо. Перед тем как наложить крем, надо обязательно очистить кожу каким-либо лосьоном или умыться.

Если защитные кремы раздражают кожу, можно воспользоваться пудрой «Южная», «Курортная» или жидкими крем-пудрами «Колорит», «Дермакол». Имейте в виду, что и защитное действие пудры непродолжительно—не более 40—50 минут.

А как быть, если веснушки уже появились? Лучше всего действовать по совету врача—дерматолога или косметолога. Когда же обратиться к специалисту почему-либо нет возможности, рекомендуем применять отбеливающие кремы «Мелан» или «Ахромин». Ими можно пользоваться длительное время. Перед сном умойтесь с

мылом или протрите лицо лосьоном, затем нанесите отбеливающий крем.

У некоторых от «Мелана» в первые полчаса появляется чувство жжения. Но оно затем проходит, не вызывая раздражения кожи.

Многим избавиться от веснушек помогают маски из простокваши, кефира, творога; хорошими отбеливающими свойствами обладает сок лимона и свежего огурца.

П. Н. ЧЕРНОВА
косметолог

Какая бумага лучше



Величина зрительной нагрузки при чтении текстов, напечатанных типографским способом, на машинке или написанных в тетрадях, легкость зрительного восприятия и последующего понимания прочтенного во многом зависят от условий видимости. И здесь самое важное—контраст между печатными и письменными знаками и фоном, то есть бумагой.

Исследованиями гигиенистов и психологов установлены преимущества для зрительной работы черной печати на белой или слегка желтоватой (кремовой) бумаге; достаточно хо-

рошо отражающей световые лучи. Степень (или коэффициент) отражения указывается в процентах; наиболее приемлемый диапазон: от 70 до 80 процентов. Причем более приятна для восприятия слегка желтоватая бумага. Она обеспечивает хорошую усвояемость текста и днем и при освещении электрическими или люминесцентными лампами.

Абсолютно белая, точнее, бумага наивысшей белизны, гляцевая, имеет, как правило, коэффициент отражения до 100 процентов. При сильном, например, солнечном, освещении она

блестит, слепит глаза. Гигиенисты не рекомендуют писать на цветной бумаге: снижается контраст между текстом и фоном, дополнительно приходится напрягать глаза.

Н. М. ПОПОВА,
кандидат
медицинских наук

Здоровье СОВЕТУЕТ Тряпки для уборки содержите в чистоте



Каждая хозяйка знает, что достаточно навести порядок и чистоту в квартире, как комнаты преображаются: становятся не только уютнее, но даже как-то просторнее, светлее.

В настоящее время для алажной уборки есть много различных порошков, паст и других химических препаратов. Многие из них рекомендуется наносить на ткань. У любой хозяйки всегда найдутся бывшие в употреблении вещи (старые простыни, платья и т. п.), которые она, разорвав на не-

большие куски, использует для уборки.

С точки зрения гигиены лучше всего, конечно, после уборки тряпки выбрасывать. Однако многие хозяйки предпочитают использовать их не один раз. В таком случае необходимо следить, чтобы одни тряпки служили только для протирки окон, мебели, а другие—для мытья посуды, кастрюль и т. д. Те, какими протирают обеденный и кухонный столы, буфет, внутри холодильника, моют посуду, надо со-

держивать в особой чистоте, после употребления стирать и кипятить.

Помыв окна, протерев мебель, обязательно выстирайте тряпки с мылом или стиральным порошком, а затем тщательно прополощите, чтобы удалить из ткани остатки химических веществ.

Е. П. БУЯНОВА,
врач

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ



Н. Н. КАНШИН,
профессор

АВТОДОРОЖНАЯ травма груди чаще всего сочетается с повреждениями других областей тела.

В грудной клетке находятся такие жизненно важные органы, как сердце, легкие, магистральные кровеносные сосуды. При проникающем ранении груди воздух по раневому каналу попадает в плевральную полость. Развивается так называемый пневмоторакс (от греческих слов *pneuma*—воздух, *thorax*—грудь). Двусторонний пневмоторакс быстро приводит к гибели пострада-

От удара или сдавления грудной клетки может произойти перелом ребер. При таком повреждении человек ощущает резкую боль при вдохе и кашле.

Если сломано несколько ребер таким образом, что каждое из них имеет два перелома, часть грудной стенки приобретает ненормальную подвижность (так называемый «окончатый перелом»). При вдохе эта часть груди («окно») западает, совершая, как говорят врачи, парадоксальное движение. И растягива-

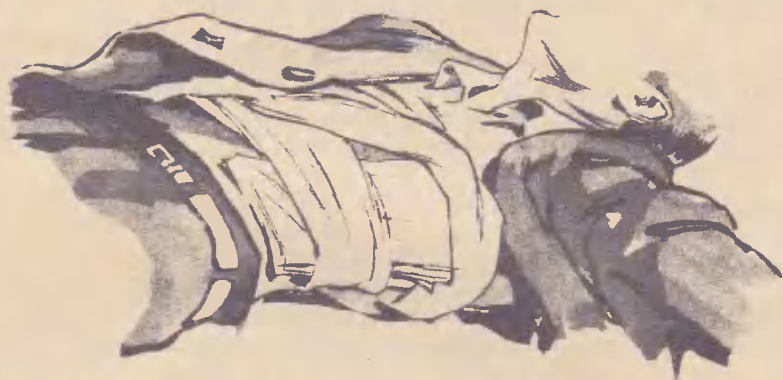
Пострадавшего после извлечения из машины (а делать это необходимо крайне осторожно, иначе можно нанести дополнительную травму) сразу же укладывают на спину. Придавать ему полусидячее положение, целесообразное при травме груди, можно только в том случае, если нет признаков повреждения головы или позвоночника:

Чтобы пострадавшему было легче дышать, необходимо очистить его рот от крови и слизи. Рекомендуется расстелить на нем одежду, ремень, развязать галстук. На раны накладывают повязки, пользуясь стерильным перевязочным материалом из аптечки автомобилиста. При пневмотораксе (когда через рану в груди со свистом входит и выходит воздух и выделяется пенная кровь) надо закрыть место повреждения: на стерильную марлю кладут кусок клеенки или полиэтиленовой пленки и прибинтовывают.

При наличии «окончатого» перелома ребер пострадавшего лучше уложить на поврежденную сторону груди, подложив валик из скатанной одежды. Обычно такое положение приносит некоторое облегчение. Если же это не помогает и сохраняется резкая одышка, а лицо становится синюшным, то до прибытия «Скорой» необходимо проводить искусственное дыхание по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос» (см. «Здоровье» № 1, 1975 год), осторожно повернув пострадавшего на спину. Таким же образом можно поддерживать и жизнь пострадавшего с двусторонним пневмотораксом.

Если попавший в аварию без сознания, может произойти западание языка, и вход в гортань закроется. Чтобы предупредить это, надо выдвинуть вперед нижнюю челюсть пострадавшего и держать ее в таком положении, а голову его запрокинуть, подложив под шею валик.

Оказывая помощь, не забывайте в холодное время года принять меры, предупреждающие охлаждение попавшего в аварию человека.



давшего, так как легкие при этом спадаются и дыхание прекращается. При одностороннем пневмотораксе другое легкое не повреждено, поэтому тяжелых расстройств может не быть. Однако, если раневое отверстие большое и воздуха в полость плевры проникает много, то при каждом вдохе сердце вместе с магистральными кровеносными сосудами смещается в сторону здорового легкого. Это приводит к расстройству и дыхания и кровообращения.

Неровный край раны легкого или бронха, спадающийся раневой канал в легочной ткани могут образовывать клапан, пропускающий воздух при вдохе в плевральную полость и препятствующий его выходу при выдохе. При такой ситуации возникает так называемый напряженный пневмоторакс. Легкое спадается, сердце, смещаясь в сторону здорового легкого, сдавливает его, магистральные сосуды перегибаются; резко нарушаются не только дыхание, но и кровообращение.

ния легких, необходимого для поступления в них воздуха, не происходит.

Переломы ребер представляют большую опасность. Острые отломки могут ранить легкое, бронхи, сердце, сосуды. Возникает кровотечение в плевральную полость, а если сломанное ребро повреждает диафрагму, то в грудную клетку смещаются органы брюшной полости.

Уже сама по себе тяжелая травма груди, как правило, приводит к развитию шока. Дополнительные повреждения других органов и частей тела усугубляют тяжесть состояния пострадавшего. Вот почему на место аварии нужно немедленно вызвать машину скорой помощи. Транспортировка на попутной машине без обезболивания и проведения необходимых противошоковых мероприятий допускается лишь, когда невозможно вызвать «Скорую» и очевидны признаки продолжающегося опасного для жизни кровотечения или напряженного пневмоторакса.



КАК ПРИГОТОВИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЕ БЛЮДА

СЛИЗИСТЫЕ СУПЫ

Р. И. ЧАНЫШЕВА,
кандидат медицинских наук

Е. Н. БОРИНСКАЯ,
врач

СЛИЗИСТЫЕ супы входят в меню очень строгих диет, когда требуется максимальное механическое и химическое щажение слизистой оболочки желудка и кишечника.

Для приготовления слизистых супов крупу, кроме манной, полтавской, геркулеса, промывают в теплой воде, засыпают в кипящую воду и варят в кастрюле с закрытой крышкой на слабом огне до полного разваривания. Затем жидкость процеживают через марлю, не протирая при этом самой крупы. Исключением является суп из манной крупы. Его процеживать не надо.

Полученный после процеживания слизистый отвар доводят до кипения, снимают с огня. Разбивают яйцо в прокипяченное горячее молоко, тщательно размешивают, яично-молочную смесь вливают в слизистый отвар, добавляют соль, сахар, хорошо размешивают. Этот суп можно подогревать, но не кипятить, так как свертывается белок яйца и появляются хлопья. В готовый суп кладут сливочное масло.

Приготовление слизистых супов значительно ускоряется, если заранее крупу перебрать, промыть, высушить в духовом шкафу и смолоть в кофейной мельнице.

СУП МАННЫЙ МОЛОЧНЫЙ

Манную крупу медленно засыпать в кипящую воду, помешивая, чтобы не образовались комочки. Продолжая помешивать, варить до готовности 10—15 минут. Добавить 200 граммов горячего молока, довести суп до кипения и снять кастрюлю с огня. Сырое яйцо смешать со 100 граммами горячего кипяченого молока, хорошо размешать и влить в суп. Добавить соль, сахар, сливочное масло.

На одну порцию: 30 граммов манной крупы, 300 граммов молока, 1/4 яйца, 10 граммов сливочного масла, 2 грамма сахара, 200 граммов воды.

СУП ЯЧНЕВЫЙ НА МЯСНОМ БУЛЬОНЕ

Морковь, лук, корень петрушки очистить, промыть, мелко нашинковать, положить в кипящий мясной бульон. Варить в течение 30 минут и процедить через марлю.

Ячневую крупу перебрать, промыть, залить кипятком и варить до полного разваривания 2—2,5 часа. Затем процедить через марлю. В слизистый отвар добавить мясной бульон. Суп посолить, положить сливочное масло.

На одну порцию: 40 граммов ячневой крупы, 10 граммов моркови, 7 граммов репчатого лука, корень петрушки, 5 граммов сливочного масла, 200 граммов мясного бульона, 300 граммов воды.

СУП ИЗ ГЕРКУЛЕСА

Геркулес засыпать в кипящую воду и варить при слабом кипении до полного разваривания не менее часа. Процедить через марлю. Слизистый отвар довести до кипения и снять с огня. Из прокипяченного горячего молока и сырых яиц приготовить яично-молочную смесь, соединить ее со слизистым отваром, добавить соль, сахар, сливочное масло и хорошо размешать.

На одну порцию: 40 граммов геркулеса, 150 граммов молока, 1/4 яйца, 10 граммов сливочного масла, 2 грамма сахара, 350 граммов воды.

СУП РИСОВЫЙ НА МЯСНОМ БУЛЬОНЕ

Морковь, лук, корень петрушки очистить, промыть, мелко нашинковать, положить в кипящий мясной бульон, варить в течение 30 минут и процедить через марлю.

Рис перебрать, промыть, залить небольшим количеством воды, варить до полуготовности. Добавить процеженный мясной бульон и варить до полного разваривания риса. Затем процедить через марлю. Полученный слизистый отвар довести до кипения, добавить соль, хорошо размешать.

На одну порцию: 40 граммов риса, 10 граммов моркови, корень петрушки, 7 граммов репчатого лука, 300 граммов мясного бульона, 200 граммов воды.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ШОФЕРОВ, СОВЕРШАЮЩИХ ДАЛЬНИЕ РЕЙСЫ



В дальней дороге водитель долго находится в одной и той же позе, движения его однообразны. Утомляются прежде всего мышцы рук и плечевого пояса, устают глаза, ослабевает внимание. Сотрясение, вибрация и шум от работы мотора создают дополнительные трудности.

Производственная гимнастика позволяет снять утомление, нервную напряженность. В комплекс включены упражнения на внимание и координацию движений, помогающие шоферу сосредоточиться и подготовиться к продолжению рейса.

Заниматься рекомендуем после 4—4,5 часа работы, а второй раз спустя 2—2,5 часа после обеда. Если рейс ночной, упражнения делать надо после 3 часов непрерывной работы и в 4—5 часов утра, так как в это время суток отмечается наиболее низкая работоспособность. Выйдя из кабины, немного походите, а затем принимайтесь за гимнастику. Встаньте с наветренной стороны от машины, чтобы не ощущался запах бензина.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

1. И. п.: о. с., ноги на ширине плеч. 1—пальцы в кулак, руки согнуть в локтях и с силой отвести локти назад. 2—3—не разжимая кистей, поднять руки вверх, в стороны, потянуться, глубоко вдохнуть. 4—руки расслабить, опустить, расслабить плечи, выдох. 6—8 раз.

2. И. п.: о. с., руки на поясе. 1—мах левой ногой вперед. 2—мах левой ногой назад, полуприсесть на правой, левая нога сзади на носке. 3—мах левой ногой вперед. 4—вернуться в и. п. То же другой ногой. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

3. И. п.: о. с. 1—шаг правой ногой в сторону, руки вверх. 2—пружинящий наклон вперед, руками коснуться земли. 3—пружинящий наклон вперед, руками коснуться носков ног. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

4. И. п.: о. с., руки на поясе. 1—4—четыре прыжка, продвигаясь вперед, ноги вместе. 5—8—закрыв глаза, четыре прыжка на месте, поворачиваясь на 180 градусов. Дыхание произвольное. 8 раз.

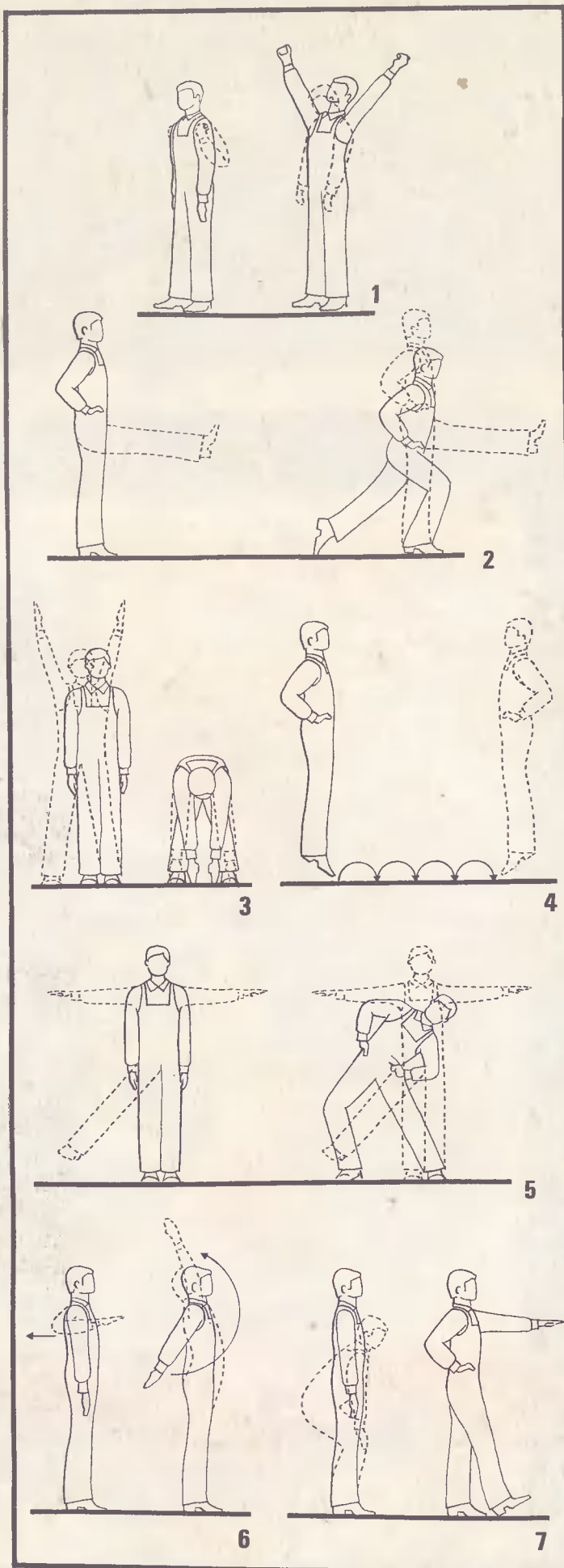
Перейти на ходьбу с постепенным замедлением темпа.

5. И. п.: о. с. 1—мах правой ногой в сторону, руки в стороны. 2—выпад вправо, руки на пояс, наклониться влево. 3—выпрямиться, мах правой ногой в сторону, руки в стороны. 4—вернуться в и. п. То же в другую сторону. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

6. И. п.: о. с. 1—руки согнуть перед грудью, рывок руками назад. 2—опуская руки, свободный мах назад. 3—руки вверх, рывок назад. 4—свободно опустить руки. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

7. И. п.: о. с. 1—полуприсесть, руки на колени. 2—выпрямляясь, правую ногу вперед на пятку, левую руку вперед, правую на пояс. 3—приставить ногу, правую руку вперед, левую на пояс. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 10—12 раз.

Л. Н. НИФОНТОВА,
мастер спорта,
кандидат
педагогических наук



Цена 25 коп. Индекс 70328.

«БИРЮСА-5» —
надежный, экономичный,
вместительный холодильник.
Емкость холодильной камеры —
240 литров.
«Бирюса-5» —
первый отечественный
холодильник
с полуавтоматической
системой оттаивания,
действующей при закрытой
двери холодильника:
продукты вынимать не требуется,
вода через специальное
устройство выводится
наружу и собирается
в размещенный
под шкафом сосуд,
из которого ее легко удалить.
Магнитный уплотнитель,
ножная педаль и
регулируемый ограничитель
открывания двери
делают «Бирюсу-5»
удобным в эксплуатации.
Цена — 345 рублей.



БИРЮСА-5 240 л

ТЕЛЕПРЕССТОРГРЕКЛАМА