ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ISSN 0044—1945

2'87

Здоровье

В ДВИЖЕНИИ — ЖИЗНЬ

Почему-то отдых пенсионеров в санаториях-профилакториях все еще проблема.
Стр. 4

«Заметки на салфетке»... о сахаре
Стр. 6

Вакцина против травматизма — воспитание.
Стр. 27

Всегда ли нужно пожилым снижать повышенное артериальное давление?
Стр. 15

70 ЛЕТ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ

СОВЕТСКИЙ НАРОД И ЕГО ВООРУЖЕННЫЕ СИЛЫ ВСЕГДА ПОМНЯТ ЗАВЕТ ЛЕНИНА — ПРОЯВЛЯТЬ БДИТЕЛЬНОСТЬ, БЫТЬ ВСЕГДА НАЧЕКУ В ОТНОШЕНИИ ПРОИСКОВ ИМПЕРИАЛИСТОВ.

СОВЕТСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

Семь десятилетий Вооруженные Силы первого в мире государства рабочих и крестьян стоят на защите завоеваний социализма.

И сегодня наш мирный созидательный труд, нашу уверенность в завтрашнем дне обеспечивает высокая боеготовность Вооруженных Сил СССР, одним из важнейших условий которой является здоровье каждого воина.

Какие задачи решает сегодня военно-медицинская служба? Каков вклад военных медиков в реализацию решений XXVII съезда партии, в которых уделено много внимания вопросам здравоохранения? Об этом рассказывает Герой Социалистического Труда, академик АМН СССР, лауреат Государственной премии СССР, начальник Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР генерал-полковник медицинской службы Федор Иванович КОМАРОВ.

Служба в рядах Советской Армии — школа закалки и возмужания.

Фото М. СИДЕЛЬНИКОВА

— Как известно, история советской военной медицины неразрывно связана с историей нашей страны, ее Вооруженных Сил. Федор Иванович, расскажите, пожалуйста, как создавалась военно-медицинская служба, какие события сыграли значительную роль в ее становлении и развитии?

— Чтобы зримо представить задачи, которые решает сегодня военная медицина, действительно необходимо вспомнить ее славную историю. Семь десятилетий минуло с тех пор, когда в революционном Петрограде и Москве начали действовать медико-санитарные подразделения Красной Гвардии. С первых дней пролетарской революции они оказывали медицинскую помощь восставшим рабочим, солдатам, матросам. Собственно, с этих первых отрядов, по сути, и начинается отсчет истории советской военной медицины. Среди организаторов медицинской помощи участникам Октябрьского вооруженного восстания были врачи — большевики Н. А. Семашко, З. П. Соловьев, М. И. Барсуков, А. Н. Винокуров и другие.

Под руководством Коммунистической партии и лично В. И. Ленина шла энергичная работа по созданию принципиально нового, социалистического здравоохранения. Впервые в истории здоровье человека расценивалось как общественное достояние.

Становление социалистического здравоохранения и медико-санитарной службы Красной Армии в том числе проходило в исключительно сложных условиях. Иностранная интервенция, гражданская война, экономическая блокада, разруха... Все это неотвратимо привело к массовым эпидемиям сыпного тифа, распространению других инфекционных заболеваний и представляло смертельную опасность для Советской республики.

Борьба с эпидемиями велась в общегосударственном масштабе. Уже тогда была разработана система противоэпидемической защиты населения и войск. Проводились массовые прививки против брюшного тифа и холеры.

На фронтах гражданской войны зарождались новые принципы медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии.

— Какие задачи встали перед медицинской службой Красной Армии после гражданской войны, в годы мирного строительства?

— Особое внимание стало уделяться профилактике заболеваний, оздоровлению усло-

Здоровье
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
1987 2

70 ЛЕТ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ

С ИМЕНЕМ В. И. ЛЕНИНА НЕРАЗРЫВНО СВЯЗАНО РОЖДЕНИЕ СОВЕТСКИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ, ИХ ГЕРОИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ.

Ежедневные занятия физической культурой развивают силу, ловкость, координацию движений.

вий ратного труда и быта воинов. К 1939 году общая заболеваемость рядового состава Красной Армии уменьшилась более чем в 2 раза, трудопотери снизились почти в 3 раза.

Но мирная передышка была короткой. События у озера Хасан... Бои с японскими самураями у берегов Халхин-Гола... Война с белофиннами... Начавшиеся боевые действия обнажили немало недостатков в организации лечения и эвакуации раненых. То, что считалось неоспоримым в мирное время, во многом оказалось непригодным в бою.

Для выработки единой военно-полевой доктрины был создан Ученый медицинский совет при Военно-санитарном управлении. В совет вошли такие видные ученые, как Н. Н. Бурденко, С. С. Гирголав, М. Н. Ахутин, П. А. Куприянов, В. Н. Шевкуненко, Л. А. Орбели, В. И. Воячек и другие. В горячих спорах, напряженных поисках закладывался фундамент будущих достижений советской военной медицины, обеспечивший в самой кровопролитной войне массовое возвращение раненых в боевой строй, к труду.

Опыт Великой Отечественной войны полностью подтвердил правильность принципов советской единой военно-медицинской доктрины. В ходе боев совершенствовалась система этапного лечения раненых с эвакуацией их в специализированные госпитали. Большой вклад в совершенствование этой системы внес Ефим Иванович Смирнов — бессменный руководитель Главного военно-санитарного управления Красной Армии в годы войны.

В предельно короткие сроки были размещены госпитали, организованы лечение раненых, ускоренная подготовка медицинских кадров, внедрялись новые методы лечения, новые лекарства. Впервые в истории войн войска и население были надежно защищены от эпидемий.

— Поистине неисчерпаема эта тема — война и военная медицина. Самоотверженный труд и подвиги медиков...

— На всю жизнь идеалом врача стал для меня образ доктора Калиничевой из Ростовского эвакогоспиталя. То самое страшное утро 1941 года я встретил у западной границы в артиллерийском полку. Вскоре был тяжело ранен. Четыре месяца врачи возвращали меня к жизни. Помню, многим тогда врач Калиничева заменила и сиделку, и мать. Сутками не отходила от раненых. И откуда только черпала физические и моральные силы эта хрупкая женщина?

А сколько таких безвестных тружеников вершили свой подвиг милосердия в бесчисленных фронтовых госпиталях, медсанбатах, санитарных летучках... Там, где свистели пули и осколки, где жизнь и смерть ходили рядом, они думали об одном: спасти во что бы то ни стало! Вынести из огня! Выходить, возвратить в строй! Битва за жизнь шла на всем гигантском фронте — от Баренцева до Черного морей — и в глубоком тылу. Такого еще не знала история: 72,3% раненых и 90,6% больных возвратили в строй, как известно, в годы войны наши медики. Многие из них погибли: пуля не щадила ни бойца, ни тех, кто его спасал.

Мне вспоминается сейчас такой эпизод. Однажды главный хирург Военно-Морского Флота генерал-майор медицинской службы Ю. Ю. Джанелидзе оперировал раненого. Поблизости упала бомба, затем другая. Закачались стены, вылетели стекла. Но голос хирурга был тверд: «Операция не закончена...» А какое мужество проявил военный врач М. Пехман, оперировавший красноармейца Николая Быстрикова! Вражеская мина перебила ему предплечье, раздробила кость и, не взорвавшись, застряла в руке. Несмотря на смертельную опасность, у операционного стола рядом с опытным хирургом встали врач К. Мамаева, операционная сестра Н. Зверькова. Для них это была работа, безусловно опасная, но — работа!

— И сегодня бесценный опыт фронтовых медиков помогает в борьбе за спасение жизни человека. Не так давно была сделана подобная операция советскому воину, выполнявшему интернациональный долг в Афганистане.

— Совершенно верно. На эту опасную операцию пошли подполковник медицинской служ-

1917 г. (26 октября) — при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов организован Медико-санитарный отдел.

1917 г. (4 декабря) — издан Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР за подписью В. И. Ленина «О назначении коллегии по заведованию Главным военно-санитарным управлением».

1941 г. (19 августа) — Санитарное управление Красной Армии переименовано в Главное военно-санитарное управление.

1954 г. (21 июня) — Указом Президиума Верховного Совета СССР за заслуги в подготовке военно-медицинских кадров и развитии медицинской науки Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова награждена орденом Ленина.

1962 г. (1 апреля) — Военно - медицинское управление МО СССР переименовано в Центральное военно-медицинское управление МО СССР (ЦВМУ).

ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ НАДО РЕШАТЬ

бы Ю. А. Воробьев и лейтенант медицинской службы А. И. Дорохин. Из тела рядового Виталия Грабовенко хирурги извлекли неразорвавшуюся гранату, стоявшую на боевом взводе.

На фронтовом опыте мы воспитываем сегодня тех, кто нашел свое призвание в медицине. Не раздумывая отдал свой кислородный аппарат больному врач подводной лодки капитан медицинской службы А. М. Соловей. Он был награжден орденом Красной Звезды. Когда по многолюдному перрону заметался вооруженный бандит, навстречу пуле, прикрывая собой женщин и детей, шагнул лейтенант медицинской службы Ш. Г. Ахметов...

Не могу сегодня не сказать и о самоотверженном труде военных медиков, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. Когда до завершения строительства саркофага для аварийного блока реактора оставалось двенадцать дней, потребовался доброволец на опасный эксперимент. Ему предстояло выйти на крышу аварийного реактора, замерить там уровень радиации, на себе испытать надежность защитной одежды. И уточнить, как лучше сбросить оставшиеся с момента аварии на крыше высокорадиоактивные продукты в развал реактора. Никто не знал, какой там уровень радиации, какая нужна защита. Первопроходцем стал подполковник медицинской службы Александр Алексеевич Салеев. Как специалист по радиационной гигиене, он, как никто другой, осознавал всю меру риска! И все же он пошел!

— Здоровье — это исключительно важный фактор боеготовности, могущества Вооруженных Сил. Расскажите, пожалуйста, что делается в армии, на флоте для профилактики заболеваний у военнослужащих.

— В Вооруженных Силах разработана долгосрочная программа сохранения и укрепления здоровья личного состава. Речь идет об осуществлении целого ряда мер по дальнейшему улучшению бытового обслуживания и медицинского обеспечения личного состава, в том числе по разработке и внедрению методов раннего выявления и профилактики наиболее распространенных заболеваний.

Сегодня под контролем войскового врача и малейшие отклонения в технологии варки пищи, и перегрузки, которые выпадают на долю воина в экстремальных ситуациях. Особое внимание уделяет врач физической закалке воинов, борьбе с вредными привычками. Все это позволило за последние шесть лет снизить в армии на 15% общую заболеваемость рядового и сержантского состава. Кроме того, сегодня 80% заболевших воинов проходят лечение в войсковом звене. А система войскового звена медслужбы построена так, что, где бы ни находился заболевший — в отдаленном гарнизоне, на боевом дежурстве, в морском походе,— ему будет оказана своевременная, квалифицированная медицинская помощь. В распоряжении медиков санитарная авиация, госпитальные суда «Обь», «Енисей» — своего рода госпитали в океане, где трудятся врачи многих специальностей.

— Федор Иванович, как известно, большие задачи ставит сегодня партия перед медицинской наукой. Что делается для их реализации военными учеными-медиками?

— Военным медикам принадлежит немало открытий, изобретений, которые имеют приоритетный характер. Важный вклад в научную разработку актуальных проблем военной медицины вносят ученые Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Это старейший в стране центр медицинской науки, крупное научное, учебное и лечебное учреждение. На ее многочисленных кафедрах, оснащенных самыми современными приборами и аппаратами, разрабатываются научные основы медицинского обеспечения Вооруженных Сил. Так, например, на кафедре нейрохирургии под руководством генерал-майора медицинской службы В. А. Хилько проводятся фундаментальные исследования особенностей черепно-мозговой травмы, внедрена новейшая методика операций при аневризме сосудов головного мозга. За участие в ее разработке профессор В. А.Хилько удостоен Государственной премии СССР. В клинике военной травматологии и ортопедии, которой руководит лауреат Государственной премии СССР, член-корреспондент АМН СССР генерал-майор медицинской службы С. С. Ткаченко, широко используются самые последние достижения микрохирургии. Уникальные операции проводятся и на кафедре офтальмологии, которой руководит Герой Социалистического Труда генерал-майор медицинской службы В. В. Волков. Словом, научные школы академии были и остаются прогрессивными, самобытными. Однако необходимо идти дальше. И это хорошо понимают наши ученые...

— Тысячи и тысячи медиков объединяются сегодня в рядах растущего международного движения врачей за мир, за предотвращение ядерной войны. Что бы Вы могли сказать по этому поводу?

— Движение «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» с каждым годом ширится и крепнет. И как врач, я глубоко озабочен угрозой термоядерной войны, которая нависла сегодня над нашей Землей. Как солдат, я знаю, что такое война и каковы ее последствия. А как ученый, прекрасно понимаю, что не может быть никакой «ограниченной» атомной войны: термоядерная война будет катастрофой для всего человечества. За мир надо бороться — сегодня этот призыв, как никогда, актуален.

Коммунистическая партия и Советское правительство делают все от них зависящее, чтобы предотвратить термоядерную катастрофу, чтобы обеспечить нынешним и грядущим поколениям счастливое и мирное будущее.

Беседу вела Е. АГАПОВА,
корреспондент «Красной звезды»

Почти все крупные предприятия имеют сейчас пятилетние программы «Здоровье». В них предусматривается дальнейшее приближение медицинской помощи к трудовым коллективам, расширение сети восстановительных центров с саунами, комнатами психологической разгрузки и кабинетом физиотерапии, организация цехов здоровья. В социалистических обязательствах трудовых коллективов начинают фигурировать показатели потерь рабочего времени в связи с временной нетрудоспособностью. Предполагается, что все это уже в ближайшее время позволит сократить такие потери на 15—20%. Пока же на предприятиях, входящих в отраслевой комитет нашего профсоюза, из-за временной нетрудоспособности ежемесячно теряется более 33 тысяч дней. В среднем на одного работающего в течение года приходится 8—10 дней нетрудоспособности. Снизить этот средний показатель хотя бы на один день — дело огромной государственной важности.

А тем временем далеко не все приходят на диспансерные осмотры. Многие отказываются от предлагаемых путевок в здравницы и в санатории-профилактории. Вот такой парадокс. Взять, например, санаторий-профилакторий «Деснянские зори» Главбрянскпромстроя. Все здесь есть: комфорт, уют, вкусное питание, электро-, свето-, тепло-, водолечение, стоматологический кабинет, сауна, кабинеты иглоукалывания и массажа. И тем не менее некоторые находят десятки «веских» причин, чтобы отказаться от предлагаемого лечения. Здравница не всегда заполнена. Такие примеры не единичны. Видимо, профсоюзные комитеты должны иметь право отказывать в оплате больничных листков тем работникам, которые уклоняются от рекомендованного врачами курса профилактического лечения в санатории-профилактории.

В связи с этим хочу затронуть проблему оздоровления пенсионеров на базе санаториев-профилакториев. По действующему положению в них разрешается направлять всего 5% пенсионеров. А пенсионеров не так уж мало. Большинство из них воевали и честно трудились в суровые военные и послевоенные годы. Все силы отдавали фронту, работе, семье. Часто недоедали и терпели лишения. С уходом на пенсию у них появляется наконец возможность уделить больше внимания своему здоровью. Многие пенсионеры рады бы поехать в санаторий-профилакторий, но пятипроцентный барьер очень крепок, и превышение его сулит неприятности председателям профсоюзных комитетов. А не правильнее ли сделать так, чтобы сами трудовые коллективы устанавливали этот процент?

В. И. Ленин не раз отмечал, что здоровье — это «казенное имущество», общественное богатство, обеспечивающее сохранность и умножение трудовых ресурсов. Именно с этих позиций экономистам предприятий, ведомств и министерств, профсоюзам надо всерьез задуматься над экономическими последствиями временной нетрудоспособности, а главное — совместно выработать эффективные меры воздействия на работников, халатно относящихся к своему здоровью.

И. С. ВОЗЯКОВ,
доверенный врач ЦК профсоюза рабочих строительства и промстройматериалов при Брянском областном комитете профсоюзов

* См. «Здоровье» №№ 6, 9, 11 за 1986 год.

МЫ ДОПУСКАЕМ БОЛЬШУЮ ОШИБКУ

Автор статьи «За свое здоровье — мы в ответе» затронул давно назревший вопрос. Физические возможности организма действительно огромны. И закаливание, и тренировка дают очень многое. Не занимаясь собой, а надеясь на врачей, мы допускаем большую ошибку. В году 8760 часов, в контакте с врачом каждый из нас бывает максимум девять. Это всего тысячная доля времени. К тому же врач не может вести за нас правильный образ жизни. Именно образ жизни плюс желание и сила воли позволяют жить не болея, а значит, не терять трудоспособности.

Чтобы не быть голословным, немного о себе. Мне 73 года. Пришлось испытать все невзгоды, выпавшие на долю нашего поколения: голод, трудности первых пятилеток, военные и послевоенные годы.

Ношу в своем теле 11 осколков, перенес 6 операций, имею болезни, но не даю им развиваться. Трудовой стаж более 40 лет, из них 30 непосредственно на производстве. За это время, если не считать операций, имел всего один больничный листок продолжительностью 6 дней.

Г. Х. Харисов,
Башкирская АССР,
г. Октябрьский

ПОСМОТРИМ НА ПРОБЛЕМУ С ДРУГОЙ СТОРОНЫ

Прочитал в «Здоровье» № 11 за 1986 г. подборку писем-откликов на статью Р. В. Волошина «За свое здоровье — мы в ответе» («Здоровье» № 6, 1986 г.) и удивился, что у него так много сторонников. Никто не видит другой стороны проблемы. Я, например, твердо убежден, что сейчас, наоборот, слишком много заботящихся о своем здоровье. Эта категория людей самая пассивная часть общества. Никто из них лишнего шага не сделает. Боясь нанести ущерб своему здоровью, они всячески увиливают от работы. А вот тот, кто не дрожит над ним,— всегда активен, всегда первый, всегда идет наперекор трудностям.

М. Н. Шинкарев,
Брянск

ЗДОРОВЬЕ — НЕ САМОЦЕЛЬ

Категорически не согласен с тем, что за хорошее здоровье нужно давать какое-то дополнительное материальное вознаграждение. Хорошее здоровье само по себе величайшая награда. Оно не самоцель. Хорошим здоровьем можно и нужно гордиться, если оно помогает с максимальной отдачей трудиться на пользу обществу, то есть на пользу всех людей, в том числе больных и инвалидов.

В. И. Ежов,
Новосибирск

БОЛЕЮТ ОДНИ И ТЕ ЖЕ ЛЮДИ

По моему убеждению, Р. В. Волошин абсолютно прав. По роду своей работы я имею дело с больничными листками. И знаю, что по 2—3, а то и 4 раза в месяц болеют одни и те же люди. Им бы начать закаливаться, прислушаться к советам врача. Куда там! Даже от профилактических мероприятий: осмотров, прививок, флюорографий, именно эти люди всячески уклоняются. Разъяснения и уговоры не действуют. Значит, нужно наказывать. Не оплачивать, например, больничные листки тем, кто не прошел медосмотр, не сделал флюорографию.

Хорошо, если при подведении итогов социалистического соревнования будет учитываться показатель заболеваемости. Тогда и руководители предприятий, цехов и отделов станут заботиться об их снижении».

Н. М. Ершов,
Ленинград

Заметки на

Продолжаю заметки, поводом для которых послужил обычный обед в обычной столовой с обычным меню. Комментарий к первым блюдам уже сделан, осталось третье блюдо: пирожное и стакан яблочного сока на сладкое, как принято говорить.

Давайте устроим мысленно дегустацию изделий, заполняющих прилавки магазинов, продающихся в кафе, буфетах, столовых. Вспомним, что мы ели на сладкое или просто так, когда «хотелось сладенького». Вкусы у нас разные, но вывод, наверное, будет общим: множество изделий излишне сладки, до приторности.

Проверим, объективности ради, свои вкусовые ощущения данными, приведенными в справке Института питания Академии медицинских наук СССР о содержании сахара в предлагаемых нам сегодня кондитерских изделиях в процентах. Так вот: в карамели — от 76,4 до 83,5, в шоколаде — от 47,2 до 58,8, в шоколадных конфетах — от 47,3 до 72,8, в мармеладе — от 68,2 до 74,8.

В пирожном, которое предложили мне на сладкое в столовой Ярославской ТЭЦ-I (вместо пирожного можно взять кусок торта, есть в общепите и такой вариант), могло содержаться, судя по справке (и, думаю, содержалось), до 62,6% сахара.

Если судить по справке и по впечатлениям, полученным от проведенной нами (пусть и мысленно) дегустации, можно с уверенностью, не заглядывая в справочники ЦСУ, сказать: с производством сахара в стране дело поставлено хорошо, сахара так много, что пищевики, наверное, просто голову сломали, придумывая, куда бы, в какой еще продукт питания его вложить, а в какой, где сладости уже и так в избытке, добавить. А работники торговли, чтобы устроить нам «сладкую жизнь» и еще успешнее реализовать продукцию, открывают одно за другим кафе и магазины под названием «Сластена», «Лакомка», организуют выставки-продажи кондитерских изделий, переименовывают магазины «Хлеб» в «Булочные-кондитерские». Кстати будет сказать, что и на обычных хлебных полках сахара становится все больше, рецептура хлебных изделий обновляется и едва ли не обязательный элемент обновления — увеличение дозы сахара...

Но сфера потребления сахара не ограничивается теми продуктами и изделиями, что предлагает нам пищевая индустрия. Она расширяется и за счет различных блюд домашнего изготовления. В кашу — сахар, в творог — сахар, в овощной салат — сахар. Кислую капусту — и ту многие хозяйки норовят песком посыпать! Если как следует потрясти «Книгу о вкусной и здоровой пище», то из нее высыплется по меньшей мере тонна сахара. А сколько его рекомендуют журналы и газеты в регулярно публикуемых рецептах изготовления печенья, тортов, кексов!

И вдруг медики стали бить в набат: излишек сахара вреден, да что там вреден: это «белый яд», «сладкая смерть». От сахара диабет, ожирение, атеросклероз!

Но нас, как говорится, не запугаешь. Мы привыкли отбиваться от самых серьезных предостережений, даже если они касаются нашего здоровья. «Капля никотина убивает лошадь» — так ведь лошадь, а не человека! Вот лошадь и не курит, боится. А нам-то чего сделается? «Курение опасно для вашего здоровья» — это Минздрав СССР предупреждает. А Госагропром СССР выпускает пачку сигарет, на которой предупреждение напечатано. Купил, прочитал, закурил. Случаев, чтобы кто-то купил, прочитал, выбросил, я не видел. Уверен, что и читатели такого не видывали.

Невольно напрашивается аналогия между действенностью ведущейся десятки лет антиникотиновой пропаганды и начавшейся пока весьма робкой разъяснительной работой, направленной на уменьшение потребления сахара. Но велика ли цена словесной шелухе о вреде никотина и сахара? Ее легко сдувает дыхание экономики, пищевой индустрии.

...Оставим в стороне табачную промышленность, это особый разговор, а вот что происходит в кондитерской, посмотрим.

К сожалению, игнорирование научных рекомендаций по сокращению «вложений сахара» в различные изделия имеет объективную основу, практически ту же самую, что и в производстве жирного мяса, молока, творога, кефира, сметаны, сыров,— об этом я уже говорил в январском номере журнала. Экономический механизм, доныне действующий в кондитерской и многих других «сахаропотребляющих» отраслях пищевой промышленности, система ценообразования заставляют производственников не уменьшать, а увеличивать дозу сахара. Так выгоднее! А если еще и жира побольше вложить, то и совсем хорошо. Иначе на чем же строить экономику предприятия, добиваться прибыли, наращивать премиальный фонд? Сократи количество сахара, жира — что же останется? Мука и вода! На микроскопических долях ароматических веществ погоду не сделаешь, в трубу вылетишь, да чего доброго, и рабочие разбегутся.

Настало время подумать об увеличении выпуска кондитерских изделий без добавления сахара. В связи с этим должна быть пересмотрена действующая нормативно-техническая документация всего ассортимента кондитерских изделий. А чтобы изделия, содержащие низкое количество сахара, имели высокие вкусовые качества, следовало бы шире и в больших количествах применять различные пищевые добавки (наполнители, ароматизаторы).

А как же быть с необходимостью приводить потребление сахара к научно обоснованной норме? И какова она, эта норма? Не более 50—70 граммов в сутки, как утверждают специалисты Института питания АМН СССР. В указанное количество входит не только сахар, с которым пьют чай внакладку и вприкуску, но и тот, что содержится в кондитерских и хлебобулочных изделиях, а также в соках и безалкогольных напитках. А людям, склонным к полноте и тем более тучным, лучше совсем исключить сахар из рациона.

Напомню, кстати, что сверхсладкое пирожное, взятое на обед в столовой, пришлось заливать приторным яблочным соком.

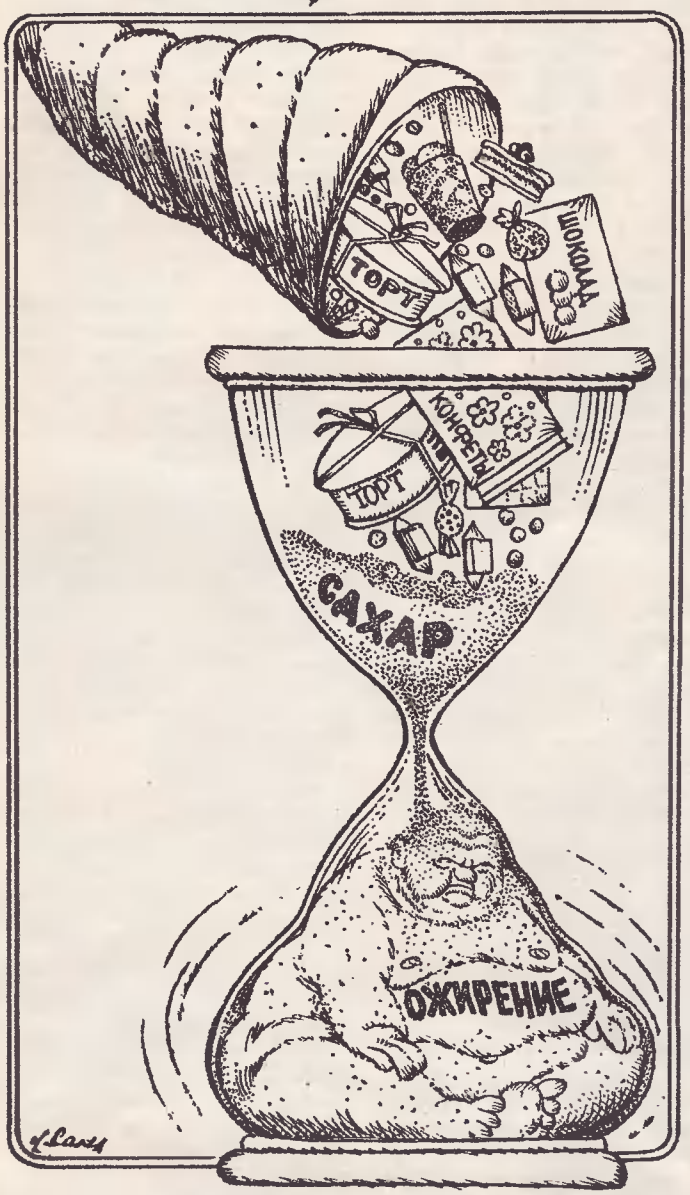
Производство соков, сиропов, варенья, джемов и повидла — это тоже чрезмерно сладкое производство. И как не велика разница между тихоокеанской селедкой и молдавским яблочным

Продолжение. См. «Здоровье» № 1 за 1987 год.

салфетке

Валентин СЕРГЕЕВ

Рисунок Л. САМОЙЛОВА



соком, причины перенасыщения — в первом случае солью, во втором сахаром — одни. Малосольная сельдь быстро тухнет (извините за неизящное выражение), а сок начинает бродить. Раньше, до мая 1985 года, то есть до начала решительной борьбы с пьянством и алкоголизмом, торговле было проще — отправляли забродивший сок на ближайший ликеро-водочный завод, а там его с успехом перерабатывали в «бормотуху». Теперь этот напиток с производства снят (что, понятно, хорошо), сок же приходится «актировать», выливать (что, понятно, плохо: убытки огромны). Сумма убытков значительно превышает сумму, необходимую для строительства холодильных установок, заготовки льда (этот древний способ продления свежести продуктов сходит на нет, хотя продуктов становится больше да и льда в реках не убавилось), производства и внедрения в технологию новых консервантов. Вот сахар и выручает. В напитках «Буратино», «Яблочный», «Грушевый» и даже «Лимонный», который просто обязан быть кислым, содержание сахара достигает 9,5%. В соках, выпускаемых местной промышленностью, этот процент порою вдвое выше. Вот и попробуйте утолить жажду!

Теперь вернемся к научным рекомендациям. Пожилым людям специалисты рекомендуют меньшее количество сахара: 30—50 граммов в сутки. Но благодаря усилиям руководителей пищепрома, их рвению и заботам о благополучии своей отрасли мы перекрываем нормы, ставим рекорды во вред себе самим: съедаем сахара в среднем — и старики, и младенцы — по 121 грамму в день. И вряд ли стоит кричать «ура» по поводу этих рекордов. Почему? Ответ дают исследования, проводившиеся долгое время в Институте питания АМН СССР. Изучалось влияние различных доз потребления сахара на состояние обменных процессов, и в первую очередь жирового обмена. Установлено, что высокое содержание сахара в рационе питания приводит к нарастанию в крови не только самого сахара, но и липидов, проще сказать, жиров. Так исподволь развивается сахарный диабет и ожирение. Думаю, эти данные — весьма веские основания для строжайшей регламентации сахара в рационе.

Чтобы снизить угрозу заболеваний от злоупотребления сахаром, ученые считают необходимым прежде всего уменьшить его количество в кондитерских изделиях за счет преимущественного производства печенья и крекеров, содержание сахара в которых колеблется в пределах 9—15%. Целесообразно также уменьшить количество сахара и в безалкогольных напитках.

Решение вопроса о маркировке кондитерских изделий по их химическому составу, и прежде всего по содержанию сахара, крахмала, белка, жира и их энергетической ценности, несомненно, скажется на потреблении этих изделий населением. Действенное влияние на снижение потребления кондитерских изделий может оказать широкая пропаганда принципов рационального питания среди всех слоев населения. Эта работа требует координации между учреждениями Минздрава СССР, Минторга СССР и средствами массовой информации.

Думаю, что процесс перестройки экономики, активно идущий в стране и направленный в конечном счете на благо человека, должен вобрать в себя и обновление ассортимента продуктов питания — обновление качественное, способствующее здоровью, долголетию, повышению работоспособности всего населения. Сейчас есть реальные предпосылки для того, чтобы вывести предприятия пищевой промышленности из зоны повышенного давления рублем и только рублем, создать систему стимулов, способствующих внедрению в производство широкого ассортимента продуктов как минимум не вредных для здоровья и как максимум полезных. Тогда, видимо, отпадет надобность в устрашающих надписях на упаковке. Мы народ доверчивый: раз предлагают в магазине или столовой какой-то продукт, значит, можно его употреблять без ущерба для здоровья.

ОТ РЕДАКЦИИ:

Хочется верить, что проблемы, поднятые в «Заметках на салфетке», заинтересуют соответствующие министерства и ведомства. Читатели «Здоровья» с нетерпением будут ждать их ответа.

25 ЛЕТ МОСКОВСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ № 1

СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

В этой больнице свидания с родственниками запрещены. И даже общения с помощью телевизора ограничены: такова ее специфика — инфекционная.

— Сегодня проблема лечения вирусных инфекций выдвинулась на передний план потому, что они гораздо опаснее, чем, скажем, болезни, вызываемые такими бактериями, как стрептококки, стафилококки, пневмококки,— пояснила главный врач московской инфекционной больницы № 1 заслуженный врач РСФСР Генриэтта Михайловна Михайлова.— У нас освоены тончайшие методы диагностики. В лабораториях буквально за считанные часы определяют, какой тип вируса вызвал заболевание. Это очень важно. Иной раз от того, насколько быстро поставлен диагноз, выбран метод лечения, зависит и исход болезни. Экспресс-диагностика позволяет предотвратить возможные осложнения, правильно разместить больных в стационаре, локализовать, не дать распространиться инфекции.

До сих пор старожилы больницы с уважением вспоминают первого главного врача А. В. Еремяна, много сделавшего для организации лечебно-диагностических и научных отделений.

Эта больница была открыта 25 лет назад — в феврале 1961 года и ориентирована на борьбу с вирусным гепатитом и ОРВИ. И сразу на ее базе начал работать клинический отдел Института вирусологии АМН СССР имени Д. И. Ивановского. Вскоре свои клинические отделения открыли здесь Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР, Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского.

А в минувшем году на ее базе стала работать кафедра усовершенствования врачей Московского медицинского стоматологического института имени Н. А. Семашко. Есть в больнице и родильное отделение, куда везут рожениц с любой инфекцией. Цель: не только помочь матери, но и предохранить ребенка от возможных осложнений.

Теперь это единственная в стране больница, специализирующаяся на лечении вирусных инфекций, Центр ВОЗ по борьбе с вирусным гепатитом. Здесь работают такие высококвалифицированные врачи, как профессор Е. С. Кетиладзе, доктор медицинских наук Н. А. Фарбер, кандидаты медицинских наук В. М. Афинян, Ю. М. Рогаль, Л. С. Киржнер, врачи В. П. Маркелов, И. Я. Леонтьева, Н. И. Громова, С. В. Некрасова, и многие другие специалисты, владеющие современными методами диагностики и лечения вирусных заболеваний.

— Каждого больного здесь тщательно и всесторонне обследуют. Все, что предлагает наука, незамедлительно апробируется в стационаре, — рассказывает руководитель отдела вирусных гепатитов и клинической вирусологии, заслуженный деятель науки РСФСР, главный внештатный инфекционист Москвы Елена Северьяновна Кетиладзе.— Наши наблюдения показывают, что гепатитом А болеют в основном дети. Это заболевание распространяется главным образом через грязные руки, немытые фрукты. Но оно не переходит в хроническую форму.

Более тяжелая форма — гепатит В. В настоящее время обнаружена смешанная инфекция вируса гепатита В с дельта-вирусом. С ней-то как раз связаны наиболее тяжелые хронические формы, переходящие порой в цирроз печени. Вирус гепатита В передается через кровь. Небольшая царапина, ссадина, порез, так часто нами не замечаемые, могут стать местом внесения в организм инфекции. Такие случаи встречаются довольно часто и в быту. Нож, вилка, общая зубная щетка, на которые попала кровь больного, долгое время могут оставаться источниками инфекции: вирус гепатита В очень живуч.

— В Москве,— продолжает Елена Северьяновна,— сегодня гепатит В встречается главным образом у людей «группы риска». Это хирурги, реаниматологи, процедурные сестры. Вдруг в руках врача лопнул шприц или выскользнула из рук пробирка с кровью больного... А больному необходима срочная помощь, и до маленькой ли тут царапины? И если через какое-то время медик заболевает гепатитом В, не всегда сразу он и припомнит столь рядовой случай в своей практике.

Чтобы предотвратить возможность передачи и распространения гепатита в условиях стационара, в больнице организовали Центральную стерилизационную лабораторию. Здесь ежедневно в специальных сухожаровых печах при 200°С обрабатываются сотни наборов для инъекций (шприцы, иглы). Назначенная больному инъекция всякий раз делается шприцем и иглой, «прошедшими» через сухожаровые печи.

Что бросается в глаза в этом учреждении, с чем сталкиваешься на каждом шагу? Главное здесь — ведущая рука науки в больничной практике, тесное взаимообогащающее сотрудничество ученых и практических врачей. Все лаборатории институтов и больницы объединены. Совместно апробируются новые препараты, выявляются более действенные из них. Так, вслед за интерфероном был испытан реаферон — продукт генной инженерии. Практика показала, что на ранних стадиях вирусных гепатитов он оказывает хорошее действие. Однако при тяжелых формах реаферон бессилен. В таких случаях необходимо комплексное лечение с использованием современных средств интенсивной терапии. Эти проблемы и решают сегодня ученые и врачи-вирусологи.

В кабинете Е. С. Кетиладзе портрет молодой красивой женщины. Рано ушедшая из жизни ученица и друг профессора доктор медицинских наук Д. И. Пен занималась крупом — тяжелым осложнением вирусной болезни, которому наиболее подвержены малыши. Если раньше основным средством борьбы с этим осложнением были горчичники и ингаляции, то Д. И. Пен предложила иной метод лечения крупа. Он защищен авторским свидетельством на изобретение, получил золотую медаль ВДНХ СССР.

Этот метод достаточно прост, удобен, эффективен. В изголовье кроватки устанавливается палатка из органического стекла. Через форсунку в нее подается смесь пара, кислорода и бронхолитиков. За ребенком легко ухаживать — кормить, пеленать, не вынимая его из кроватки.

В больнице уделяется большое внимание повышению квалификации персонала. Так, в частности, в отделении реанимации почти половина врачей овладели смежными специальностями, и больной от этого только выигрывает.

— А сначала мы сомневались,— говорит Г. М. Михайлова,— подсчитывали, во что этот эксперимент обойдется. Но жизнь подтвердила, насколько дальновидна была наш научный руководитель Е. С. Кетиладзе, когда со свойственной ей принципиальностью настойчиво добивалась подобной перестройки в работе больницы.

После выписки из стационара больные приходят в так называемые кабинеты последующих наблюдений. Это своеобразные научные консультативные центры. Результаты налицо: с каждым годом все меньше тех, у кого наблюдается хронический гепатит — последствие перенесенной инфекции.

Утро здесь, как и в любой больнице, начинается с конференции, но... по селектору. Об этом позаботился еще А. В. Еремян. За пять минут происходит сдача и прием дежурств.

Вот уже десять лет работает диктофонный центр. Это огромная помощь врачам, экономия их времени. А время чрезвычайно необходимо для четкого проведения лечебного процесса. Руководство больницы, партийная и профсоюзная организации уделяют большое внимание социальным вопросам. В каждом отделении, например, есть комната для отдыха персонала. Благодаря долевому участию в строительстве 62 сотрудника за минувшие пять лет получили новые квартиры.

С 1974 года больница ежегодно занимает призовые места.

получает почетные грамоты и дипломы в общественных смотрах, проводимых Главным управлением здравоохранения Мосгорисполкома и горкомом профсоюза. В 1982 году больнице присуждено звание учреждения высокой культуры.

— Большая заслуга в этом нашего главного врача. Генриэтта Михайловна была первой избрана секретарем партийной организации нашей больницы. Она прекрасный организатор, квалифицированный врач, замечательный человек, — сказал секретарь парторганизации В. С. Выгодский.— Недаром ее вот уже шесть раз избирают депутатом Тушинского районного Совета народных депутатов города Москвы.

Думаете, в этом медицинском учреждении нет сложностей?

Безусловно, они есть. Как и во многих больницах, не хватает медсестер, санитарок. Трудно с оборудованием. Взять, к примеру, те же ингаляционные палатки в отделении крупа. Сделали их когда-то в порядке шефства на авиационном заводе. Который год бьются, а новые заказать не удается.

У московской инфекционной больницы № 1 большое будущее. Ее завтрашний день отчетливо видится уже сегодня. Утвержден генеральный план развития больницы. Будет наконец своя кислородная станция, новые лабораторный корпус, пищевой блок... И хочется пожелать этому коллективу поистине одержимых людей больших успехов в их трудной благородной работе.

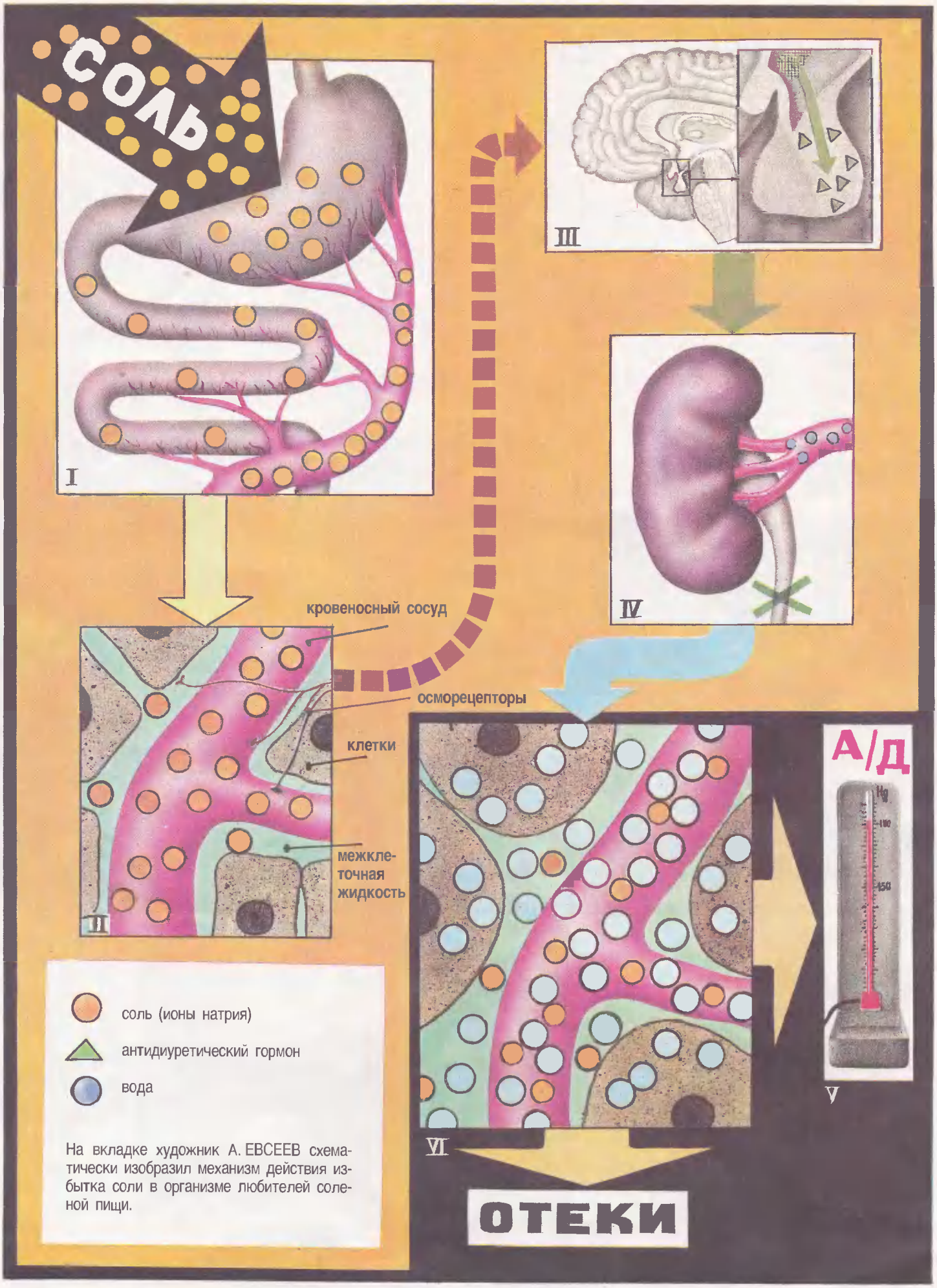
Н. САВИНА

Профессор Е. С. Кетиладзе, заведующая отделением гепатита В. Д. Подсевалова и научный сотрудник И. Л. Алексеева осматривают больного.

Медицинская сестра реанимационного отделения Л. А. Еремина.

В диктофонном центре больницы.

Фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА



На вкладке художник А. ЕВСЕЕВ схематически изобразил механизм действия избытка соли в организме любителей соленой пищи.

А. И. ГРОМОВ,
кандидат
медицинских наук

ИЗБЫТОК СОЛИ

Когда на Руси появилась и поныне не забытая пословица «Недосол на столе, а пересол на спине», люди отразили в ней свое негативное отношение только к вкусу пересоленной пищи. А проблема-то оказалась гораздо серьезнее. Соль (на языке химии — хлорид натрия), поступающая в избытке в организм, представляет собой немалую для него опасность.

В то же время физиологическая норма этого вещества (12—15 граммов в сутки, включая и ту соль, которая является составной частью продуктов) необходима человеку. Хлорид натрия обеспечивает постоянство осмотического давления крови, лимфы и межклеточной жидкости, играет важную роль в поддержании кислотно-щелочного равновесия. Ионы натрия необходимы для возникновения и проведения электрических импульсов в нервных клетках, для нормальной работы многих вне- и внутриклеточных ферментов. Они обеспечивают проникновение питательных веществ, в том числе глюкозы, аминокислот, через стенки желудка и тонкой кишки в кровь, а из нее и в другие ткани. Как видите, роль соли в организме чрезвычайно велика и многообразна.

Так почему же это столь полезное минеральное вещество нельзя потреблять по принципу: чем больше, тем лучше? Что происходит в организме любителя соленой пищи?

Путем диффузии соль проникает в эпителиальные клетки стенок желудка — гастроциты и тонкой кишки — энтероциты (I), а из них «перекачивается» в кровь. В результате содержание ионов натрия в ней увеличивается (II), а это приводит к повышению осмотического давления крови. При этом раздражаются особые нервные окончания, так называемые осморецепторы, расположенные в разных органах и тканях, в том числе в сердце, в сосудах, в печени, а также в супраоптической области гипоталамуса.

Возбуждение нервных клеток этой области мозга усиливает синтез антидиуретического гормона, который поступает в заднюю долю гипофиза (III) и с током крови переносится к почкам. Под действием этого гормона в почечных канальцах усиливается обратное всасывание воды из первичной мочи, почки (IV) начинают меньше выделять жидкости, и она удерживается в наших тканях.

Таков механизм саморегуляции организма, направленной на нормализацию осмотического давления при его сдвиге. Но у этой компенсаторной реакции, к сожалению, есть негативная сторона. Вследствие задержки жидкости в тканях организма увеличивается объем циркулирующей крови, и артериальное давление повышается (V).

Кроме того, увеличение объема жидкой части крови приводит к снижению концентрации в ней белков, удерживающих воду. Поэтому вода начинает в большей степени проникать из сосудов в межклеточные пространства, вызывая отек окружающих сосуды тканей (VI). Это неизбежно сопровождается нарушением их трофики (питания), а в конечном счете отрицательно сказывается на функциях различных органов.

Следует, однако, оговориться. Если избыточное количество соли попадает с пищей однократно или, во всяком случае, нечасто, то в действие приходит ряд рефлекторных и гормональных механизмов, с помощью которых организм бывает в состоянии быстро справиться с повышением артериального давления и увеличением объема крови и межклеточной жидкости. Это происходит так: осморецепторы, воспринимая увеличение объема крови, «сообщают» об этом нервным клеткам определенных отделов гипоталамуса, вследствие чего уменьшается выделение альдостерона — гормона коры надпочечников. В результате обратное всасывание ионов натрия в почечных канальцах ослабляется, и они в большей степени начинают выделяться с мочой. А уменьшение секреции и антидиуретического гормона вызывает усиление выделения жидкости почками.

Кроме того, при повышении артериального давления резко сокращается выработка в организме одного из сильнейших сосудосуживающих веществ — ангиотензина, который образуется под влиянием фермента ренина. Таким образом происходит адаптация организма к солевой нагрузке. И артериальное давление нормализуется.

Однако при длительном поступлении соли в больших количествах с пищей может наступить своеобразное привыкание гормональных механизмов, в частности альдостерон-ренин-ангиотензиновой системы, к частому повышению артериального давления и увеличению объема крови и межклеточной жидкости. Повышение артериального давления становится все более стойким, и развивается гипертоническая болезнь.

В немалой степени страдает и сердце, которому приходится работать с удвоенной, а то и с утроенной нагрузкой, перекачивая большой объем крови и преодолевая возросшее сопротивление крови в сосудах, вызванное повышенным артериальным давлением.

Надо ли говорить о том, как вреден избыток соли людям, страдающим гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, заболеваниями почек!

Вот такая информация к размышлению для любителей соленой пищи.

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ

Е. И. КОВАЛЕВСКИЙ,
профессор

БЕРЕГИТЕ ГЛАЗА НОВОРОЖДЕННОГО

СДЕЛАЙТЕ ВЫВОДЫ

Болезни глаз новорожденных могут угрожать зрению.

Эндометриоз — расплата за аборт.

Когда на смену аптеке должна прийти кухня.

Привычку к мастурбации можно нейтрализовать.

Психологический комфорт не менее важен, чем гипотензивные средства.

Глаза новорожденного требуют особого внимания. Прежде всего надо стараться не занести в них инфекцию. Поэтому у мамы всегда должны быть чистые руки с коротко остриженными ногтями, чистая домашняя одежда. В комнате, где находится ребенок, необходимо ежедневно делать тщательную влажную уборку.

Переодевая малыша, занимаясь его утренним туалетом, обратите внимание и на глаза. Если веки чистые, розовые, легко двигаются, когда малыш мигает, значит, все в порядке! А когда вы заметите на веках корочки, чешуйки и затрудненное мигание, возьмите ватный тампон, смочите в светло-розовом теплом растворе марганцовокислого калия (в нем не должно быть нерастворившихся кристаллов!) и осторожно протрите веки. Можно использовать также спитой чай, глазные капли — 10—30% раствор сульфацила натрия (альбуцид) или раствор фурацилина (1 таблетка на стакан кипяченой воды).

Обычно это помогает. Но если в течение 3—5 дней такая процедура не дает эффекта (корочки упорно появляются вновь и вновь), надо показать ребенка офтальмологу.

ЗАВОРОТ ВЕКА. Обычно, когда малыш спит, ресничные края век у него сомкнуты и хорошо видны торчащие, как бы смотрящие вперед ресницы. Но бывает, что ресниц совсем не видно или они повернуты внутрь к глазному яблоку. Это происходит из-за неправильного положения (заворота) века. Неизбежно возникающее трение ресниц о роговицу может вызвать ее раздражение, воспаление, даже кератит — заболевание, которое порой приводит к ухудшению зрения.

Надо побыстрее помочь ребенку! Оттянуть веко обычно удается полоской лейкопластыря, наложенной от края нижнего века к щеке или верхнего ко лбу. Таким образом можно вернуть веко в нормальное положение.

Однако, даже если это удалось (и тем более, если не удалось), покажите ребенка офтальмологу. Иногда спазм века приходится снимать с помощью новокаиновой блокады. А когда и эта мера не дает эффекта, прибегают к хирургическому вмешательству. Сделать это надо не позднее чем в первые 2—3 недели жизни ребенка, чтобы не пострадало зрение.

ДАКРИОЦИСТИТ. При этом заболевании у ребенка закрывается выход слезно-носового

протока в нос, что ведет к скоплению слизи у внутреннего угла глаза. Осторожно оттяните у внутреннего угла глаза нижнее веко книзу, а верхнее — кверху, и вы увидите слезные бугорки и углубления в них — слезные точки. Потом указательным пальцем (руки, конечно, чисто вымыты) слегка нажмите на нижнее веко у переносицы. Если из слезных точек появляются гнойные или слизистые выделения, надо постараться их удалить. Чтобы слизь полностью выделилась, 3—4 раза в день делайте ребенку массаж внутреннего угла век, толчкообразно, в направлении снизу вверх, и тут же струей из спринцовки смывайте выделения теплым раствором фурацилина или марганцовокислого калия или просто кипяченой водой.

Массаж и промывание, как правило, восстанавливают нормальный отток слезно-слизистой жидкости. Но если прошла неделя, а выделения продолжаются, покажите ребенка врачу и не отказывайтесь, если он назначит зондирование слезно-носового протока. Учтите, что отток слезно-носовой жидкости обязательно должен быть восстановлен в первые два месяца жизни, иначе реальна угроза возникновения сильного воспаления, даже флегмоны или абсцесса, при котором ухудшается не только состояние глаза, но и общее состояние ребенка.

В редких случаях, когда не помогает зондирование, приходится делать пластическую операцию.

КОНЪЮНКТИВИТ. Много тревог у молодых родителей вызывает воспалительное заболевание соединительной оболочки глаза — конъюнктивы.

Маленькие дети тяжело переносят конъюнктивит: у них склеиваются веки после сна, появляется светобоязнь, из глаз выделяется желтая или прозрачная жидкость, а на конъюнктиве образуются сероватые пленки. Нередко конъюнктивит новорожденных — это болезнь «грязных рук». И так как в процессе домашнего лечения очень легко перенести инфекцию на второй глаз, даже заразить и другого члена семьи, хочу еще раз напомнить о необходимости соблюдения гигиенических правил.

Обнаружив признаки конъюнктивита у малыша, мама должна, как и при любом другом воспалительном заболевании, первым делом промывать глаз слабым теплым раствором марганцовокислого калия, фурацилина. Делать это надо часто, через каждые 20—30 минут, а после каждого промывания закапать в глаз 1—2 капли 10—30% раствора сульфацила натрия. И антисептические средства, и альбуцид обязательно должны быть в домашней аптечке, причем надо постоянно заботиться об их обновлении.

Ребенка, заболевшего конъюнктивитом, надо как можно скорее показать офтальмологу и потом аккуратно следовать его советам. Иногда родители самостоятельно прекращают назначенное врачом лечение. Этого делать нельзя, так как даже при отсутствии внешних признаков болезни специальное исследование часто показывает наличие патогенной микробной флоры. Считать, что ребенок выздоровел и не нуждается в лечении, можно только в том случае, когда такая микрофлора отсутствует.

КЕРАТИТ. Обнаружить его очень легко: возникает сильная светобоязнь, глаза у ребенка почти все время закрыты, текут слезы. Если вы раскроете малышу глаз, то на роговице увидите помутнения с расплывчатыми контурами, глазное яблоко краснеет. Ребенка нужно показать врачу немедленно! Возможно, потребуется даже госпитализация. А первая помощь — это прежде всего промывание глаза теплым раствором марганцовокислого калия, фурацилина.

РОДИТЕЛИ, ЗАПОМНИТЕ!

Так надо наложить полоски лейкопластыря от глаза к щеке, чтобы вернуть веко в нормальное положение.

Оттянув верхнее веко кверху, а нижнее книзу, посмотрите, нет ли выделений из слезных точек.

Выделения из глаза вымывают струей теплого раствора фурацилина или марганцовокислого калия из спринцовки.

Фото А. БАЙБАРИНА

ЭНДОМЕТРИОЗ

Н. М. ПОБЕДИНСКИЙ,
профессор

Еще несколько десятилетий назад эндометриоз считали редким заболеванием. Сейчас такой диагноз ставится все чаще и чаще.

Эндометриоз — заболевание, вызванное разрастанием ткани, подобной эндометрию (внутренняя слизистая оболочка матки), в некоторых других органах. Симптомы эндометриоза сходны с симптомами ряда заболеваний, в частности воспаления придатков матки, острого аппендицита или непроходимости кишечника. Лишь благодаря новым методам обследования, таким, как гистеросальпингография, гистероскопия, лапароскопия, стало возможным распознавать это заболевание и назначать эффективное лечение.

Часто причиной возникновения эндометриоза становятся аборты. Во время искусственного прерывания беременности, даже если оно выполняется самым тщательным образом, травмируется мышечный слой матки, что может привести к прорастанию эндометрия в ее полость. Частички слизистой матки «врастают» и в позадиматочную клетчатку, и там также возникает эндометриоидный очаг.

Проникновение частиц эндометрия в другие органы возможно во время менструации, например, при загибе матки или сужении канала ее шейки, когда естественный отток менструальной крови затруднен и она выбрасывается в брюшную полость через маточные трубы.

Развитию эндометриоза способствуют и эндокринные нарушения.

Эндометриоз может возникнуть в любом органе и ткани женского организма: в матке, ее шейке, трубах, яичниках; в области наружных половых органов, в рубцах, образующихся после кесарева сечения, в промежности и даже в легких, в мочевом пузыре, кишечнике, глазах.

Где бы ни появлялись разрастания эндометриоидной ткани, в них происходят те же циклические изменения, что и в слизистой оболочке матки. Эндометриоидные очаги к моменту менструации набухают, как бы увеличиваются в размерах. Этим и объясняется усиление всех проявлений заболевания в предменструальный и менструальный периоды. А проявления эти, кстати, весьма различны, поскольку зависят от места расположения разрастаний. Как правило, после окончания менструации женщина чувствует себя практически здоровой, но с приближением следующей все повторяется вновь, и так каждый цикл. В запущенных случаях бывает, что болевой синдром ослабевает лишь в середине менструального цикла, иногда больные жалуются на непрекращающуюся боль разной интенсивности.

Постоянное недомогание делает женщину раздражительной, лишает ее сна, аппетита и может даже привести к депрессии.

Многих интересует: не переходит ли эндометриоз в злокачественное новообразование? Единого мнения у ученых по этому поводу пока нет. Одни специалисты считают, что эндометриоз — процесс доброкачественный. Однако некоторые не исключают, что он может, хотя и редко, предрасполагать к развитию злокачественных опухолей.

Поэтому хочу особенно подчеркнуть: делайте все, чтобы предупредить заболевание. Прежде всего избегайте абортов. Предотвратить нежелательную беременность возможно с помощью современных высокоэффективных контрацептивных средств. Ну а если беременность наступила и ее почему-либо необходимо прерывать, делать это надо до 8 недель, когда меньше травмируется мышца матки и соответственно меньше риск развития эндометриоза.

Чтобы уменьшить возможность заноса частиц слизистой оболочки из матки в брюшную полость, очень важно во время менструации не поднимать тяжести, воздерживаться от физических нагрузок, половой жизни, даже тогда, когда кровяные выделения стали уже совсем незначительными.

Женщине, страдающей эндометриозом, необходимо все время быть под наблюдением врача, который располагает возможностью приостановить развитие патологического процесса, особенно на ранних стадиях. Очень эффективна гормональная терапия, которая подавляет рост эндометриоидной ткани и способствует постепенному замещению ее соединительной тканью.

Назначая лечение, врач учитывает индивидуальные реакции организма женщины на те или иные гормоны и соответственно подбирает их. Лечение проводится под его постоянным наблюдением. Но бывают случаи, когда гормональная терапия эффекта не дает и приходится прибегать к оперативному вмешательству.

Практика показывает, что хорошим средством лечения эндометриоза являются беременность и роды, так как во время беременности, а часто и в течение всего периода вскармливания ребенка грудью циклические изменения в матке прекращаются.

НЕ МЕДИКАМЕНТЫ, А ДИЕТА

Н. А. ФАРБЕР,
доктор
медицинских наук

Вот вы и дома после лечения в инфекционном отделении. Если у вас был вирусный гепатит А, восстановительные процессы в печени завершатся, как правило, за 1—3 месяца после выписки.

Вирусный гепатит В обычно связан с более тяжелым повреждением печени и при несоблюдении рекомендаций врача несет реальную угрозу развития хронического гепатита и даже цирроза печени. Вот почему восстановительные процессы в данном случае длятся не менее полугода, а чаще год и больше.

С учетом этих особенностей и даются диетические рекомендации переболевшим гепатитами А и В. Разнятся они главным образом лишь сроками необходимых ограничений.

В послежелтушном периоде выздоровления, как правило, нет нужды в лекарственных препаратах. Зато есть безусловная необходимость в строгом соблюдении диеты. Эта та ситуация, когда на смену аптеке должна прийти кухня.

УБЕРЕЧЬ ПЕЧЕНЬ ОТ ПЕРЕГРУЗОК — таков в наиболее общем и кратком виде теоретический принцип, лежащий в основе диетических рекомендаций и ограничений после острых вирусных гепатитов. Подсчитано, что за сутки через печень взрослого человека проходит свыше 700 литров крови, которая оттекает главным образом от кишечника. «Отбирая» вредные, ядовитые для всего организма составные части пищи, печень задерживает их, обезвреживает, а затем выводит наружу с желчью. Эту многогранную деятельность печени, требующую немалых энергетических затрат и участия многих ферментных систем, после болезни важно максимально облегчить, дать больному органу возможность как бы отдохнуть.

Такой разгрузке, отдыху и будет способствовать полный отказ на протяжении всего восстановительного периода от пищевых продуктов или их компонентов, которые требуют от печени активизации обезвреживающей функции или принуждают ее принимать участие в процессах пищеварения повышенной трудности. Сразу оговоримся, что ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ТОЛЬКО ВРАЧОМ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И БОЛЬНОГО, И ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ГЕПАТИТА.

В первую очередь категорический и абсолютный запрет относится к любым алкогольным напиткам. Даже у практически здоровых людей алкоголь повреждает печень. А у перенесших острый вирусный гепатит она отличается повышенной ранимостью.

«ВЫБРОСЬТЕ СКОВОРОДКУ...» — рекомендовали больным когда-то врачи. Но не пугайтесь, что вам всю жизнь придется есть только вареную пищу! Полный отказ от всех жареных блюд может потребоваться лишь от тех из переболевших острым гепатитом, у кого в силу разных неблагоприятных причин (в том числе из-за погрешностей в диете) сформировался хронический гепатит.

Временно (срок укажет врач) придется отказаться и от копченостей, маринадов, тугоплавких жиров и трудно усваиваемых мясных продуктов и блюд из свинины, баранины, гуся, утки, острых приправ: хрена, перца, горчицы, уксуса. Забудьте о шоколадных конфетах, шоколаде, какао, кофе, тортах и пирожных. Особо остерегайтесь несвежих продуктов, не держите их в холодильнике дольше положенного срока.

ЧУВСТВО МЕРЫ должно стать девизом вашего питания. Часть продуктов в диете переболевших острыми вирусными гепатитами ограничивают частично. С первых же дней после выписки можно включать в меню мясные бульоны, лучше — вторичные: мясо залить холодной водой, дать покипеть в течение 10—15 минут, затем воду слить, мясо промыть, снова залить холодной водой и варить до готовности. Такие бульоны можно есть не чаще 1—2 раз в неделю. Используйте легкоусвояемые жиры — свежее сливочное масло (не более 50—70 граммов в день для взрослых и 30—40— для детей), сметану в виде приправы к овощным блюдам. Разрешаются сливки с чаем, яйца всмятку (не более двух в неделю), 50 граммов сыра, сосиски говяжьи, колбасы диабетические, докторские, диетические и молочные не более 100 граммов в день на выбор.

Придерживаться этих рекомендаций должно помочь вам чувство меры. Если вы даже очень любите, скажем, сыр или яйца — остановитесь, не превышайте норму! Временные «страдания» окупятся выздоровлением, и вы вновь сможете наслаждаться любимыми блюдами, но при этом ни на минуту не забывая о необходимости соблюдать меру во всем.

Обильные порции пищи требуют большого количества желчи, а это немалая нагрузка на печень. Холодная пища может вызвать спазм желчных протоков, у любителей «сухомятки» желчь сгущается, замедляется ее отток. Вот почему необходимо есть понемногу и не реже четырех раз в день, а еще лучше —5—6 раз.

Включать при неосложненном течении восстановительного периода в пищевой рацион минеральные воды не обязательно.

Основные энергетические и пластические нужды организма выздоравливающего восполняются за счет молока и свежих молочных продуктов всех видов, отварных говядины, кур, кролика, индейки. Полезна свежая отварная нежирная рыба: щука, судак, треска, окунь, ледяная. Обязательно включайте в рацион овощные, крупяные, молочные супы, крупяные каши. Худощавым людям можно есть макароны, вермишель, клецки, печеные пироги с яблоками, повидлом, капустой, отварным мясом.

Потребность организма в витаминах целесообразно удовлетворять не аптечными препаратами, а свежими овощами и фруктами.

ЛЕГКО УСВОЯЕМЫЕ УГЛЕВОДЫ — ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕБНОЙ ДИЕТЫ. Некоторые выздоравливающие для скорейшего эффекта «нажимают» на сахар и мед. А этим они могут вызвать только раздражение поджелудочной железы, что создает угрозу возникновения сахарного диабета.

Количество сахара в рационе здорового человека не должно превышать 50—70 граммов. Но тому, кто перенес вирусный гепатит, эту норму следует увеличить до 80 граммов. Меда можно съедать вместо сахара не более 100 граммов в день.

Примерная схема суточного потребления углеводов выглядит так: хлеб (белый и черный) — 300—400 граммов, сахар — до 80 или мед — до 100, каши — до 150—200, овощи и фрукты — 500 граммов и более. А в сезон свежих фруктов количество сахара и хлеба целесообразно уменьшить.

Следует вообще предостеречь от неоправданного увлечения углеводистым питанием при заболеваниях печени. Дело в том, что большое количество углеводов полезно лишь тогда, когда в пище одновременно содержатся белки (примерно 1—1.5 грамма на килограмм массы тела). Полноценный животный белок к тому же совершенно незаменим для восстановительных процессов в поврежденной печени. Недопустимо также полное исключение жиров из диеты. Сливочное и растительные масла — естественный стимул для опорожнения желчного пузыря и абсолютно необходимы для всасывания из кишечника некоторых витаминов, способных растворяться только в жирах.

Какие же блюда включать в рацион? Например, завтраки можно варьировать таким образом: лапшевник с морковью и омлет белковый паровой; мясо отварное с картофельным пюре и геркулесовая молочная каша; макароны отварные с мясом и сырок; творог с медом и каша гречневая рассыпчатая с молоком.

В обед и вкусно, и полезно будет съесть, скажем, суп вегетарианский из сборных овощей, мясо отварное под бешамелью, салат, компот из свежих фруктов; или борщ вегетарианский со сметаной, отварную курицу с рисом, салат из квашеной капусты, компот из сухофруктов или свежих ягод; суп картофельный с овсяной крупой, биточки мясные паровые с творогом, запеченным в сметане с макаронами, яблоки печеные.

На ужин можно приготовить такие блюда: рыба отварная с отварным картофелем, чай; крупеник гречневый с творогом и сметаной, отвар шиповника; голубцы, фаршированные морковью, рисом и яичным белком, отвар пшеничных отрубей; винегрет (соленые огурцы заменить квашеной капустой) с растительным маслом, лапшевник с творогом, чай с молоком.

В перерывах между основными приемами пищи можно съесть яблоко или гроздь винограда, выпить стакан чая с булочкой, стакан кефира с сухим печеньем. Меню нужно разнообразить в рамках назначенной врачом диеты и по сезонам года, и по дням недели. Не забывайте, что вашему аппетиту, а значит, хорошему усвоению пищи будут способствовать не только разнообразие и вкусное приготовление блюд, но и красиво сервированный стол.

Расширять диету к концу восстановительного периода (когда это сделать, подскажет врач) необходимо постепенно, включая в рацион, к примеру, яйцо всмятку не два раза в неделю, а три, омлет можно делать не только белковый, а из целого яйца.

Приведенные здесь рекомендации блюд и ограничений в восстановительном периоде после острых вирусных гепатитов не могут, конечно, быть универсальными для всех переболевших и на всех этапах выздоровления. По совету врача возможны коррективы, хотя принципы, опирающиеся на теоретические исследования и многолетний практический опыт, остаются общими.

Если же появились ранние признаки того, что вирусный гепатит В принимает хроническое течение, а именно: больной жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, возникновение тупой боли в правом подреберье, тошноту, отмечает повторные потемнения мочи и обесцвечивания кала,— врач может вновь предложить госпитализацию для полного обследования и проведения курса лечения в стационарных условиях.

И в заключение еще раз хочу подчеркнуть: ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ ГЕПАТИТА ВАЖНО, ЧТОБЫ ПЕРЕБОЛЕВШИЙ ПОНИМАЛ НЕОБХОДИМОСТЬ СТРОГОГО СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ЧЕТКО ИХ ВЫПОЛНЯЛ.

А. И. ЗАХАРОВ,
кандидат
медицинских наук

ОНА

Онанизм, или мастурбация,— это не болезнь (если, конечно, человек психически здоров), а преходящая привычка, свойственная большинству юношей и девушек в возрасте 12—18 лет, то есть в период полового созревания. И между этой привычкой и последующим проявлением сексуальных расстройств, в том числе импотенции (половым бессилием), нет никакой связи. Мальчиков нередко побуждает к мастурбации наполнение семенных канальцев яичек, сопровождающееся эякуляцией — семяизвержением во время сна. Этот нормальный физиологический механизм реагирования на возникающее напряжение в немалой степени зависит от индивидуальной половой возбудимости, гормональной активности и темперамента.

Определенную роль как у мальчиков, так и у девочек играет информация о половой жизни, разговоры на эту тему среди сверстников, эротические фантазии, случайные прикосновения, а также малоподвижный образ жизни, долгое лежание в постели после пробуждения, излишне калорийная пища на ночь. Иногда мастурбация — отклик на эмоциональную изоляцию подростка в семье, недостаток положительных, ярких чувств и впечатлений, особенно если родители проповедуют пуританскую мораль, не допуская открытого выражения чувств, искренности и непосредственности в отношениях. Поэтому психологический контакт с детьми, умение тактично, неназойливо выяснить, чем они живут, что их волнует,— одно из условий предупреждения, а также преодоления мастурбаций.

Обычно родители беспокоятся, не станет ли онанизм причиной ослабления организма подростка, упадка сил, потери памяти, работоспособности. Действительно, ранее подобные взгляды были достаточно распространенными. Сегодня научные исследования убеждают: мастурбация не признак патологии и не влечет за собой никаких расстройств. Более того, умеренная мастурбация выполняет роль саморегуляции половой функции.

Возникает вопрос: что значит — умеренная мастурбация? Для одних это только несколько эпизодов, для других — в силу общей активности, темперамента и бурно протекающих пубертатных изменений — она может быть периодичной, приближаясь к средней частоте половых сношений у взрослых.

Кроме того, следует учитывать и то, что у современного поколения наблюдается увеличение возрастного разрыва между наступлением половой и социальной зрелости. С одной стороны, имеет место акселерация — ускорение физического и полового развития, с другой — более поздние сроки вступления в самостоятельную жизнь, включая брак. Викарной (замещающей) формой половой функции и является мастурбация: обычно от нее отказываются, начав регулярную половую жизнь.

Хотелось бы обратить внимание родителей и педагогов вот на что: у подростков и юношей с ранимой и чувствительной психикой мастурбация служит источником психического напряже-

ния, раздражительности, нервозности и переживается как нечто грязное, постыдное. Поэтому ни в коем случае нельзя наказывать такого подростка, высмеивать его. Все это приведет к обратному эффекту: подростку начнет казаться, что он бессилен покончить с «пагубной» привычкой, что нормальным человеком он уже никогда не

НИЗМ

будет. Нарастающее чувство социально - психологической изоляции, навязчивое представление о своей неполноценности и составляют ту невротическую подоплеку, которая является самой отрицательной стороной мастурбаций.

Как же помочь преодолеть эту привычку? Конечно, можно обратиться к врачу или психологу, но не для всех это преемлемый вариант по нравственно-этическим мотивам. Можно попытаться справиться и самостоятельно, придерживаясь следующих двух правил.

ПЕРВОЕ ПРАВИЛО: надо отвлечь себя, заставить переключиться на какое-либо интересное занятие. Новое увлечение, заботы, проблемы не оставят времени на бесплодные переживания, нейтрализуют привычку к мастурбации.

ВТОРОЕ ПРАВИЛО: следует активно заняться физкультурой, спортом. Незаменимы туризм, плавание, ритмическая гимнастика, ежедневные занятия утренней гимнастикой, бегом с последующим обливанием, а также другие закаливающие процедуры.

Ленинград

Увлеченные...

Повышенное А/Д у пожилых

А. З. ЦФАСМАН,
профессор

Прежде чем рассказать о причинах и особенностях гипертонии, или повышении артериального давления, у пожилых людей, остановлюсь на терминах, которые в статье будут употребляться неоднократно, а именно на понятиях: систолическое и диастолическое артериальное давление.

Напомню, что давление крови измеряется обычно на руке в плечевой артерии и определяется в миллиметрах ртутного столба. Во время сокращения сердца (систолы) происходит выброс крови в артериальную систему, и в этот момент артериальное давление наибольшее. Оно обозначается как максимальное (в просторечии — «верхнее»), или систолическое. Затем наступает период расслабления сердца (диастола), и в конце этого периода, то есть перед следующим сокращением, давление самое низкое и обозначается как минимальное («нижнее»), или диастолическое.

Бывает, что повышается и максимальное, и минимальное давление, то есть возникает систоло-диастолическая гипертония, а у некоторых повышается только максимальное давление (систолическая гипертония) или только минимальное (диастолическая гипертония).

У пожилых людей (от 60 до 74 лет) артериальная гипертония чрезвычайно распространена, причем у них чаще повышается одновременно и «верхнее», и «нижнее» давление.

А вот у людей старческого возраста (от 75 до 89 лет) чаще повышается лишь «верхнее» давление, в то время как «нижнее» не изменяется или даже несколько снижается.

Если судить по результатам массовых (эпидемиологических) обследований, во время которых артериальное давление измеряется однократно, то в большинстве развитых стран артериальная гипертония отмечается почти у половины людей пожилого возраста, а у стариков — даже более чем у половины. Однако фактическое число страдающих артериальной гипертонией несколько меньше, что доказывают повторные обследования пациентов.

Дело в том, что подскок артериального давления при однократном его измерении может быть обусловлен волнением, связанным с врачебным осмотром. Забегая вперед, скажу: вот почему врач не ставит диагноз артериальной гипертонии у пациента на основании однократного обследования.

Интересно отметить, что у пожилых в противоположность молодым и людям среднего возраста гипертония чаще наблюдается у женщин. И еще одна небезынтересная закономерность: у долгожителей (90 лет и старше) артериальное давление обычно ниже, чем у людей пожилого и старческого возраста.

Эпидемиологические обследования населения разных стран мира показали, что у некоторых племен, ведущих примитивный образ жизни, давление с возрастом не повышается, среди них практически нет людей, имеющих артериальную гипертонию. Такая особенность отмечена у аборигенов Чили, Австралии, Полинезии. В какой-то мере это явление ученые объясняют тем, что живут они размеренной жизнью и в то же время выполняют немалые физические нагрузки, питаются низкокалорийной, несоленой пищей. Но стоит представителям этих племен покинуть родные места и пожить в современном цивилизованном обществе, у них тоже нередко возникает гипертония.

Артериальные гипертонии в зависимости от причин, которые их обусловливают, врачи делят на две группы: гипертоническую болезнь и симптоматические гипертонии. В первом случае это самостоятельное заболевание, во втором — симптом (проявление) болезни или какого-либо патологического процесса, протекающего в организме.

Основными причинами гипертонической болезни являются психоэмоциональные перегрузки и наследственная предрасположенность, которая может проявиться даже в пожилом возрасте.

К факторам, способствующим возникновению этого заболевания, относятся повышенное потребление соли и переедание, приводящее к алиментарному ожирению.

Течение гипертонической болезни у пожилых и старых людей обычно доброкачественное, в этом возрасте почти не бывает злокачественных форм заболевания. И гипертонические кризы, проявляющиеся резкими подъемами артериального давления, ухудшением самочувствия, у пожилых и стариков случаются реже, чем у людей среднего возраста.

Из симптоматических гипертоний (их более 50) пожилым и старым людям особенно свойственна склеротическая систолическая гипертония, когда повышается только «верхнее» (систолическое) давление. Для гипертонической болезни характерно повышение и «верхнего», и «нижнего» давления. Причина склеротической систолической гипертонии — в повышении жесткости стенок аорты и крупных артерий, обусловленном склеротическим процессом, при котором происходит диффузное разрастание более твердых структур сосудистых стенок и уменьшение эластических. Склеротическая систолическая гипертония протекает легче, чем гипертоническая болезнь.

Склероз, приводящий к изменению структур стенок сосудов, характерный для старения организма, не надо путать с не менее распространенным атеросклерозом, при котором просвет артерий сужают атеросклеротические бляшки. Чаще всего они поражают артерии мозга, почек, сердца. А гипертония в таком случае развивается в ответ на ухудшение снабжения кровью этих органов.

Симптоматическая гипертония у пожилых нередко бывает и следствием хронического пиелонефрита и диабета.

А теперь главные вопросы: всегда ли у пожилого человека артериальная гипертония является болезнью или она всего лишь проявление старения организма? Надо ли обязательно добиваться снижения цифр артериального давления?

Однозначных ответов на эти вопросы не может быть. Гипертоническая болезнь — это болезнь, и пациент должен строго выполнять все назначения врача. Не всем пожилым и старым людям врач рекомендует принимать гипотензивные (снижающие артериальное давление) средства. И зависит это от формы гипертонии, величин артериального давления, сопутствующих заболеваний, «стажа» гипертонической болезни, ряда других индивидуальных особенностей.

И вы возьмите себе за правило ежедневные прогулки перед сном.

Конечно, если развился гипертонический криз, резко повысившееся артериальное давление необходимо снизить, а для этого следует немедленно вызвать «Скорую». Но когда самочувствие хорошее, нет необходимости снижать артериальное давление, так как резкое его снижение большими дозами гипотензивных средств, принятых по собственному усмотрению, для пожилого и старого человека может быть опасно. В этом случае кровь отливает от головного мозга, а склерозированные сосуды не успевают быстро среагировать на резкое падение артериального давления, и может развиться коллапс, угрожающий жизни. Давление следует снижать постепенно, не обязательно доводя его до нормальных величин. Это особенно относится к тем, кто

давно страдает гипертонической болезнью.

Что же касается склеротической систолической гипертонии, то она может и не сказываться на самочувствии пожилого человека. Ряд ученых рассматривают эту форму гипертонии как одно из проявлений физиологического старения организма. Но и подобная гипертония нередко требует лечения.

Для людей пожилого возраста нормальным считается артериальное давление до 160/95 миллиметров ртутного столба. Однако некоторые пожилые и старики испытывают неприятные ощущения (головную боль, шум в ушах, поташнивание, головокружение) даже при более низких величинах артериального давления. Чаще всего это бывает с теми, у кого артериальное давление всегда было пониженным, а к старости оно немного повысилось. В этих случаях обычно назначают медикаментозные средства для облегчения состояния больного.

Если артериальная гипертония вызвана хроническим пиелонефритом, сахарным диабетом или атеросклерозом, то врач в первую очередь принимает меры для борьбы с этими заболеваниями. Рекомендует больному диету, различные лекарственные средства, определенный режим. И в зависимости от состояния, самочувствия пациента решает, надо ли снижать артериальное давление.

В некоторых случаях этого делать даже нельзя, если давление, конечно, не очень высокое. И об этом пациент должен знать. Например, у страдающего пиелонефритом с начинающейся почечной недостаточностью снижение давления крови может еще больше ухудшить и без того нарушенный процесс фильтрации мочи в почечных канальцах, где кровь должна проходить под определенным давлением.

ИТАК, В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ ТОЛЬКО ВРАЧ РЕШАЕТ ВОПРОС, НАДО ЛИ СНИЖАТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, И НАЗНАЧАЕТ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭТОГО ЛЕКАРСТВА, ОПРЕДЕЛЯЕТ ИХ ДОЗУ.

Но каждому пациенту надо стараться не пропустить «подскоков» артериального давления и, если это случится, вызвать врача. Сейчас у многих есть дома тонометры. Однако самому себе давление лучше не измерять, пусть это сделает кто-либо из домашних, обученный этой процедуре. А для контроля следует примерно раз в месяц измерять артериальное давление в поликлинике. Тем, у кого нет дома тонометра, рекомендую посещать врача чаще, два-три раза в месяц.

И еще несколько практических советов. Для тех пожилых людей, у которых повышено артериальное давление, большое значение имеет упорядочение режима жизни, психологический комфорт. Многое травмирует психику старых людей: болезни — свои и близких, потеря родных, друзей, конфликтные ситуации в семье, трудности быта. Чем старше человек, тем сильнее все это его ранит и, естественно, способствует повышению артериального давления. Родственники больного, друзья должны найти возможность позаботиться о пожилом человеке, уделить ему внимание, поддержать в трудную минуту, ободрить.

Надо сказать, что один только психологический комфорт нередко может снизить давление, и даже в большей степени, чем гипотензивные средства.

Трудно переоценить значение двигательной активности для пожилых и старых людей. Но она не должна вызывать сильного переутомления. Чрезмерные физические нагрузки противопоказаны! С большой осторожностью мы рекомендуем своим пациентам бег трусцой, предостерегаем от больших нагрузок при выполнении физических упражнений, допустимых только тренированным людям. С пользой для себя многие могут заниматься в группах здоровья.

При артериальной гипертонии у пожилых постельный режим, если он не обусловлен другим заболеванием, показан лишь после перенесенного гипертонического криза и то всего лишь на несколько часов. Залеживаться в постели вредно!

Людям пожилым, старикам не следует быстро вставать с постели, особенно после ночного сна. И в первую очередь это относится к тем из них, у кого бывает головокружение, а также принимающим гипотензивные средства.

Настоятельно советую ограничить поваренную соль, животные жиры и сахар, больше есть несладких фруктов, овощей. Салаты или винегрет ешьте каждый день и заправляйте их растительным маслом. Хлеб предпочтительнее черный или серый, из каш — овсяная, гречневая. Можно включать в рацион мясо, птицу, рыбу нежирных сортов, белковые омлеты, нежирные молочные продукты. Количество жидкости, если нет отеков, одышки, можно не ограничивать, но крепкие чай и кофе лучше не пить.

Говорят, что...

«...больному ишемической болезнью сердца ездить на велосипеде нельзя. Так ли это?»

Большой клинический опыт кардиолога, члена-корреспондента АМН СССР А. П. ГОЛИКОВА дает ему основание утверждать, что это не так. Поскольку двигательная активность весьма нужна и здоровым, и больным, страдающим ишемической болезнью сердца, не только можно, но и желательно ездить на велосипеде. Но скорость и продолжительность поездок устанавливать для больного должен врач, учитывая степень выраженности ишемической болезни. Необходимо, чтобы больной периодически посещал врача для контроля за влиянием физической нагрузки на сердце.

«...если пить растворимый цикорий каждый день, то это отрицательно сказывается на здоровье».

— Здоровый человек может ежедневно пить без вреда для себя напитки из цикория («Цикорий молотый», «Цикорий растворимый»),— таково мнение доктора медицинских наук Т. И. ЛОРАНСКОЙ. — Он особенно полезен тем, у кого понижена секреторная функция желудка, а также страдающим запорами, поскольку цикорий обладает способностью активизировать функцию пищеварительных желез и стимулировать работу кишечника.

А вот при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрите, заболеваниях печени цикорий противопоказан.

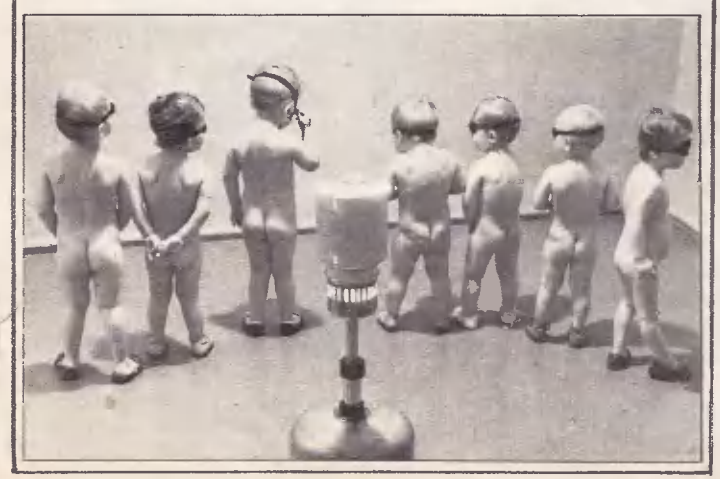
251-94-49

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

СПРАВОЧНОЕ БЮРО *Здоровья* ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Зимой дефицит солнечных лучей у малышей в детских садах восполняют ультрафиолетовым «солнцем».

Фото Н. МОТОРИНА



Диагноз по руке

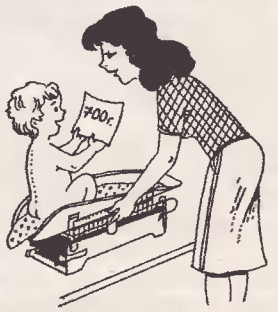
Врачи по руке, конечно, не гадают! Но в качестве одного из методов исследования действительно применяется дерматоглифика — изучение кожного рисунка пальцев и ладони. Замечено, что при некоторых заболеваниях (особенно наследственных) этот рисунок имеет свои особенности. Однако данные дерматоглифики сами по себе еще не считаются основанием для установления диагноза: их учитывают в сочетании с результатами других клинических и лабораторных исследований.

По какой схеме сверяют прибавку массы тела ребенка

Схема примерно такова: за первый месяц жизни прибавка массы тела должна составить 600 граммов, за второй и третий — по 800, а каждый последующий месяц — на 50 граммов меньше, чем в предыдущий.

Конечно, отклонения в ту и другую сторону вполне возможны. И не следует беспокоиться, если за первое полугодие прибавка в среднем составит 600 граммов в месяц, за второе —500.

К 4,5 месяца первоначальная масса тела удваивается, а к году или раньше — утраивается.



Температура тела грудного ребенка

У новорожденных, как и у взрослых, нормальной считается температура ниже 37°. Несколько выше (37,2°) она бывает у здорового ребенка только в первые 4 дня жизни. У грудных детей удобно измерять температуру в прямой кишке. Но учтите, что температура здесь всегда выше, чем в подмышечной впадине, и в пределах 37,8±4° ее можно считать нормальной.

Лечить или не лечить

Мнение, будто лечить молочные зубы не имеет смысла, так как они все равно выпадут, ошибочно. Разрушенный зуб причиняет ребенку боль, мешает жевать, становится очагом инфекции.

Молоко из холодильника

«Дочке три года, я даю ей молоко прямо из холодильника, считая это элементом закаливания, и она никогда не болеет. Но мои знакомые говорят, что так делать нельзя. Кто прав?» — просит рассудить читательница.

Видимо, эта девочка — счастливое исключение из правила. Значит, у нее хорошо развит общий и местный иммунитет, а слизистая оболочка гортани не столь чувствительна и более устойчива к холоду, чем у большинства ее сверстников. Но тем не менее необходимо следить, чтобы она пила холодное молоко не залпом, а медленно и маленькими глотками.

А вообще детям рекомендуется давать молоко, соки, морсы комнатной температуры.

Молочница

Ее вызывают болезнетворные грибы, попадающие в рот грудного ребенка с недостаточно чистой пустышки, соски, невымытой игрушки. Поначалу молочница мало беспокоит ребенка, но он испытывает боль, когда беловатые налеты во рту начинают сливаться и даже изъязвляться.

Чтобы этого не случилось, надо приготовить 2% содовый раствор (чайная ложка пищевой соды на стакан кипяченой воды), чисто вымыть руки, намотать на палец смоченную в растворе вату и несколько раз в день осторожно, не надавливая, протирать рот ребенка. Вместо содового раствора можно пользоваться раствором буры с глицерином, который продается в аптеке.

Инкубационный период коклюша

Он может быть и очень коротким, всего 3 дня, и достаточно длинным — 15 дней, но чаще всего продолжается 5—8 дней.

Сироп шиповника

Детям, страдающим диатезом, его давать не стоит: шиповник — красная ягода и нередко вызывает аллергические реакции. К тому же сироп, естественно, сладкий, а сладости необходимо ограничивать. Ребенку до года давайте яблочный сок, фруктовые и овощные пюре, детям старше года — квашеную капусту.

"Очень много мокрых пеленок"

Что поделаешь? Грудной ребенок действительно мочится часто, потому что мочевой пузырь у него очень маленький, быстро переполняется и, значит, должен часто опорожняться. 20—25 мокрых пеленок в сутки — норма. К году, по мере увеличения мочевого пузыря, количество однократно выделяемой мочи становится больше, а число мочеиспусканий меньше — 14—16 раз в сутки.

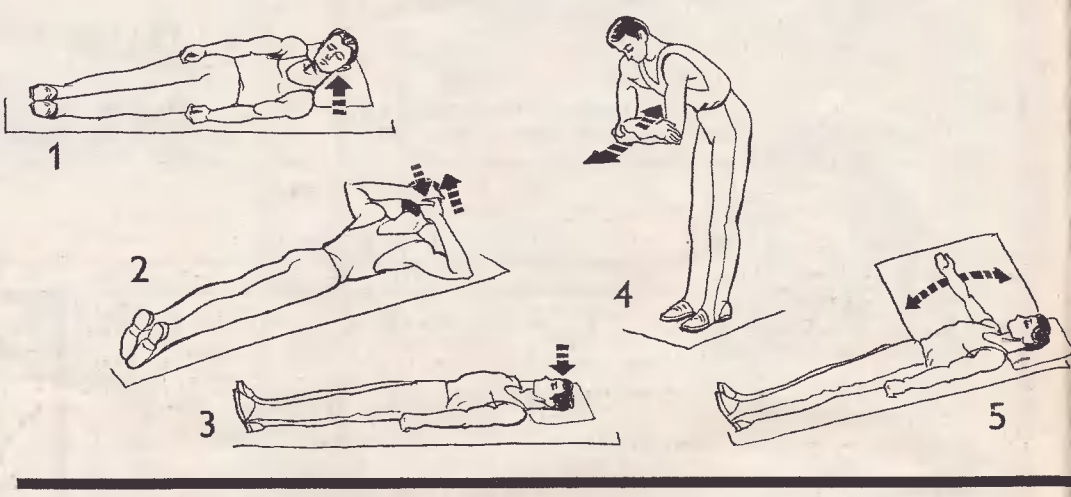
Помогать ли первокласснику?

Строгий отец считает недопустимым, когда рядом с первоклассником во время приготовления уроков сидят бабушка или дедушка. А опытные педагоги утверждают, что контроль взрослого первокласснику необходим. Родители должны проследить, все ли у него получается, проверить, как он справился с заданием. Постепенно ребенок приобретет необходимые навыки и сможет заниматься самостоятельно. Тем не менее 2—3 раза в неделю, а то и чаще надо заглядывать в его тетради, когда он делает уроки.

ЛФК

ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРИТЕ

А. Ф. КАПТЕЛИН,
профессор,
заслуженный деятель
науки РСФСР



Часто причиной ограничения подвижности руки является боль, связанная с физической перегрузкой или травмой на фоне остеохондроза и деформирующего спондилеза шейного отдела позвоночника. Эти заболевания нередко наблюдаются у людей, чья профессия связана с длительной статической нагрузкой на позвоночник: у инженеров-конструкторов, врачей-стоматологов, лаборантов, машинисток, художников, шоферов, служащих. Помимо сидячего образа жизни, здесь сказывается, по нашим наблюдениям, и пренебрежение физической культурой, что, естественно, влечет за собой слабость мускулатуры.

Вот почему лечебная физкультура, которая помогает повышать устойчивость шейного отдела позвоночника за счет укрепления окружающей мускулатуры, улучшать условия кровообращения в поясе верхних конечностей, увеличивать амплитуду движения в плечевом суставе,— важнейшая составная часть восстановительного лечения. Конечно, врач может при необходимости назначить вытяжение позвоночника, ношение специального мягкого воротника, массаж «воротниковой зоны», физические упражнения в воде, медикаменты.

Лечебной физкультурой вы можете заниматься и в домашних условиях, причем начинать это следует и в остром периоде, но не превозмогая боль, не стремясь выполнять упражнения с максимальной амплитудой.

Больная рука меньше устает, когда упражнения для плечевого сустава чередуются с дыхательными либо с перерывами для отдыха. Кстати, снять боль помогают маховые движения расслабленными руками (вперед-назад, вправо-влево, круговые движения руками).

Упражнения рекомендуется выполнять 3—4 раза в день по 10—15 минут в медленном темпе. При сильной боли повторяйте комплекс 2—3 раза. По мере тренированности и уменьшения боли — до 5 раз в день.

Параллельно с воздействием на шейный отдел позвоночника нужно стремиться с помощью физических упражнений развивать подвижность в плечевом суставе. Для этого используются две группы движений: для мышц шеи и для плечевого сустава.

Укрепляют мышцы шеи упражнения с длительным статическим мышечным напряжением.

1. Исходное положение — лежа на боку на жесткой подушке (или валике, набитом ватой). Поднять невысоко голову и удерживать на весу на счет 5. Дыхание произвольное, повторять 4—6 раз **(рисунок 1).**

2. И.п.— лежа на животе, руки на затылке. Поднимать голову 3—5 раз в медленном темпе, руками оказывая сопротивление движению. Дыхание произвольное **(рисунок 2).**

3. И.п.— лежа на спине на плоской подушке. Ритмично надавливать головой на подушку на счет 5—6. Число надавливаний 4—5, темп медленный **(рисунок 3).**

При упражнениях для плечевого сустава для облегчения движений используют пластмассовую панель.

4. И.п.— стоя, туловище слегка наклонено вперед, больная рука полусогнута в локтевом суставе, опирается на здоровую. С помощью

здоровой руки больную приподнять и покачивать перед грудью вперед-назад и в стороны. Выполнять 4—5 раз в среднем темпе **(рисунок 4).**

5. И.п.— лежа на спине, под больной рукой гладкая поверхность из пластмассы. Отводить больную руку 3—4 раза, скользя ею по пластмассовой поверхности **(рисунок 5).**

6. И.п.— то же, больная рука полусогнута, здоровая подведена под больную. В медленном темпе 3—4 раза приподнимать больную руку с помощью здоровой **(рисунок 6).**

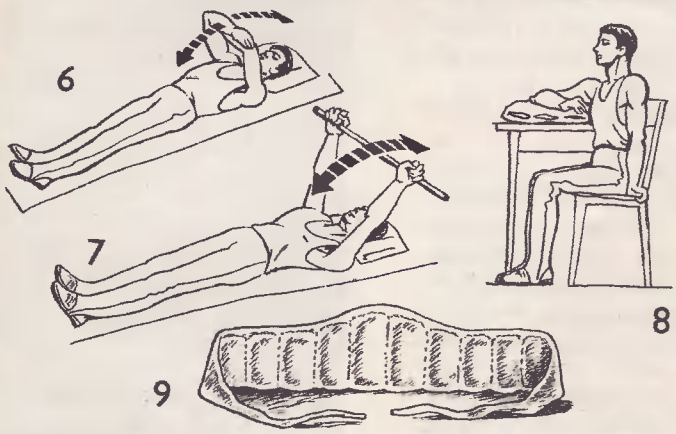
7. И.п.— то же, в руках легкая гимнастическая палка. В медленном темпе 3—4 раза поднимать палку, стремясь как можно выше поднять больную руку **(рисунок 7).**

Полезно придавать руке на 10—15 минут определенное положение — это и есть лечение положением. Например, уложить руку на подушку, которая находится на столе, или лежа отвести руку и положить подушку между рукой и туловищем **(рисунок 8).** В конце занятий сделайте рукой движения, необходимые для самообслуживания, например, достаньте одноименное и противоположное плечо, затылок, тыльной стороной кисти коснитесь противоположной лопатки, попытайтесь умыться, причесаться.

Что еще важно знать страдающему плече-лопаточным периартритом?

Если боль сильная, не прижимайте руку к груди, не старайтесь держать ее в таком положении. Иначе может развиться ограничение подвижности сустава. Поэтому держите руку отведенной, особенно в положении лежа, сидя.

Большое значение имеет правильное положение головы на подушке. При отдыхе лежа на спине подушка под головой должна быть небольшой, постель полужесткой. Плечи покоятся на матраце. Ложась на бок, подушку сложите пополам, чтобы она заполнила пространство между головой и плечевым суставом.



Сидя за рабочим столом, стремитесь сохранять правильное положение туловища — без излишнего наклона головы вперед (этому поможет пюпитр под книгу), не находитесь в этой позе длительное время.

Два-три месяца, если порекомендует врач, во время работы за столом можно надевать «мягкий воротник». Он поддерживает голову в правильном положении и снижает напряжение задней группы мышц шеи благодаря опоре подбородка на выступающую кпереди более высокую часть воротника. Шьют его из мягкой хлопчатобумажной ткани с поперечно расположенными карманами, заполняемыми ватой **(рисунок 9).**

ОСТРЫЙ СИГНАЛ

А ВЕДЬ ЭТО ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ!

В нашем городе было налажено производство глазных капель в стандартных герметически закупоренных флаконах. В последнее время аптеки стали выпускать глазные капли чаще всего в больших флаконах с нарушением герметичности.

По этому вопросу в начале нынешнего года я обратился к начальнику Ростовского областного аптекоуправления. С моим замечанием он согласился и при мне дал указание прекратить дальнейшее производство глазных капель в больших флаконах с нарушением герметичности. Но, несмотря на это, до сих пор продолжается выпуск глазных капель с нарушением существующего стандарта.

Нельзя ли восстановить производство глазных капель в стандартных флаконах с соблюдением герметичности?

Для наглядности посылаю вам образцы двух флаконов.

Ваш постоянный подписчик.

А. Б. САФЬЯН,
персональный пенсионер, ветеран партии

Ростов-на-Дону

Редакция обратилась в Главное аптечное управление Минздрава СССР с просьбой прокомментировать полученное письмо.

Вот что нам ответили.

«Глазные капли могут отпускаться в разных флаконах, но, как правило, емкостью 10 мл.

Серийно изготовляемые в аптеках глазные капли должны быть стерильными, и в этом случае они обязательно укупориваются резиновыми пробками и алюминиевыми колпачками.

В этом случае они имеют срок годности до 30 дней.

Допускается отпуск глазных капель в склянках и с завинчивающимися пластмассовыми крышками. В этом случае склянка должна быть закрыта пластмассовым колпачком и сверху навинчивающейся крышкой. Такая упаковка обеспечивает плотную укупорку и необходимую герметичность. Срок годности глазных капель в такой упаковке до 3 дней.

Отпуск глазных капель в склянках емкостью 30 мл нерационален и неэкономичен. Все склянки с глазными каплями должны быть плотно укупорены».

ОТ РЕДАКЦИИ.

Прочитав письмо, сотрудники Минздрава СССР тут же позвонили в Ростовское областное аптечное управление. Было дано указание прекратить выпуск глазных капель в склянках, не обеспечивающих необходимую герметичность и стерильность.

Уважаемый товарищ А. Б. Сафьян, благодарим вас за сигнал. Надеемся, что подобного в вашем городе больше не повторится.

1.«КАКУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ КРУПЫ В НАШЕМ ПИТАНИИ?»

Почта

1. Инженер-технолог В. В. ЧУМАКОВА — Ю. Корневой, Черновцы

2. Доктор медицинских наук И. В. КЛЮКА — Р. Егозиной, Ленинград

3. Юрист Б. Л. КАБИН — Н. А. Москвитину, Брянск

КРУПЫ

Крупы — основной источник углеводов, которые представлены в них главным образом крахмалом и клетчаткой.

Важная особенность углеводов круп в том, что в отличие от сахара, например, они перевариваются и всасываются сравнительно медленно и в меньшей степени превращаются в организме в жиры. Кроме углеводов, в этих продуктах есть белок (7—13%), жиры (0,5—6%), минеральные вещества и витамины.

Наибольшую пищевую ценность имеют гречневая и овсяная крупы. Они отличаются высоким содержанием белка (12—13%) и жира (2,6% в гречневой и 6,9% в овсяной). Эти крупы в сравнении с другими более богаты витаминами и минеральными веществами. В ядрице, например, содержится 8,0 мг% железа. Гречневая и особо овсяная крупы богаты клетчаткой (соответственно 1,1 и 2,8%), которая способствует улучшению перистальтики кишечника.

В манной крупе и рисе очень много легкоусвояемых углеводов (77%), значительное количество белков (около 13% в манной и 6% в рисе). Рис и манная крупа отличаются низким содержанием клетчатки (0,3%). Они оказывают минимальное возбуждающее действие на пищеварительные железы и прекрасно усваиваются, благодаря чему эти крупы очень широко используются в детском и диетическом питании.

В ячневой крупе и перловой также имеется значительное количество углеводов (72% и 74%), белков (11% и 9%), жиров (1,5% и 1%), клетчатки (1,5% и 1,2%). Химический состав кукурузной крупы очень близок к составу манной.

Блюда из круп — каши, запеканки, крупеники — рекомендуется включать в питание всех людей, как говорится, от мала до велика.

Норма крупы в сутки составляет (в граммах): для детей ясельного возраста — 30, для дошкольников — 45, для неработающих людей пожилого возраста (до 65 лет) — 30, старше 65 лет — 25.

Рекомендуемое количество круп для работающих людей зависит от характера их трудовой деятельности: занимающимся легкой физической работой можно включать в рацион до 40 граммов крупы в день, а при интенсивном труде — до 60 граммов.

Национальное русское блюдо — каша с молоком. Крупяные блюда хорошо также сочетать с мясом, сливочным маслом, яйцом.

Целесообразность таких сочетаний подтверждает и современная наука о питании. Эти продукты, прекрасно дополняя друг друга по вкусовым качествам, в то же время дают организму полноценный комплекс всех необходимых питательных веществ, в том числе и растительных, и животных белков.

Хозяйкам следует знать, что долго хранить в домашних условиях крупу не рекомендуется. Она может приобретать неприятный, затхлый запах, прогоркать, в ней появляются плесень и амбарные вредители. Быстро портятся овсяная, пшено, кукурузная крупы, так как они содержат много жира.

Хранить крупу можно не более месяца, а поэтому не надо делать слишком больших запасов. На семью из 3—4 человек достаточно иметь постоянно в доме 3—3,5 килограмма разных круп. Держать их лучше в стеклянных или специально предназначенных металлических банках, отдельно от сильно пахнущих продуктов, в сухом месте, подальше от плиты.

ЦВЕТ ГЛАЗ

Цвет глаз зависит от цвета радужной оболочки. А цвет радужки определяет строма (в переводе с греческого «подстилка» — соединительный опорный слой, являющийся продолжением сосудистой оболочки глаза. Сосуды стромы и сосудистой оболочки окутаны пластами меланофоров — клеток, которые заполнены пигментом меланином. Он-то и дает радужной оболочке окраску. Естественно, чем больше меланофоров

ВАМ ОТВЕЧАЮТ

2. «ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ЦВЕТ ГЛАЗ?»

3. «КАКУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НЕСЕТ ЧЕЛОВЕК, РАСПИВАЮЩИЙ СПИРТНЫЕ НАПИТКИ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ?»

и чем выше содержание пигмента, тем темнее радужка.

Дети, особенно светловолосые, рождаются обычно со светлыми, серовато-голубоватыми глазами, но по мере роста ребенка в клетках радужки накапливается пигмент, и она темнеет.

Всякого рода воспалительные процессы в радужной оболочке ведут нередко к депигментации, и глаза могут посветлеть.

Наблюдения показывают, что светлоглазые люди доминируют на севере, кареглазые — в средних широтах, черноглазые — в Центральной Африке. Ученые заметили также, что у светлоглазого человека, переехавшего с севера на юг, иногда наблюдается повышенная склонность к спазмам сосудов, гипертоническим кризам, различным неврозам, а темноглазый при переезде с юга на север может ощущать слабость, вялость, подавленное настроение.

Иногда дети рождаются с различными дефектами радужной оболочки. Наиболее часто встречается врожденная аниридия, то есть полное отсутствие радужной оболочки, что приводит к снижению зрения.

Другой врожденный дефект — частичное отсутствие радужки, которое бывает одно- или двусторонним. Причем зрение, если нет других аномалий, может быть не нарушено.

Однако больше всего неприятностей приносит врожденный альбинизм, характеризующийся отсутствием пигмента. Радужка при этом красная. Часто такие люди не различают цветов, страдают светобоязнью, поэтому им рекомендуется носить дымчатые очки.

ПЬЯНЫЙ В ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ

В соответствии со статьей 1 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 16 мая 1985 года «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения», а также аналогичных указов союзных республик предусматривается повышенная административная ответственность за распитие спиртных напитков на улицах, стадионах, скверах, в парках, во всех видах общественного транспорта и общественных местах, кроме предприятий торговли и общественного питания, где продажа спиртных напитков в розлив разрешена исполнительными комитетами Советов народных депутатов. Граждане, совершившие данное правонарушение или появившиеся в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство, могут быть предупреждены или оштрафованы на сумму от 20 до 30 рублей. На тех, кто в течение года повторно совершил аналогичное правонарушение, налагается штраф в размере от 30 до 50 рублей. В случае, если и эта мера не привела к желаемым результатам и гражданин продолжает распивать спиртные напитки в запрещенных местах или появляться в общественных местах в пьяном виде, он может быть привлечен к административной ответственности и уже оштрафован на сумму от 50 до 100 рублей или осужден народным судом к исправительным работам на срок от одного до двух месяцев с удержанием двадцати процентов заработка. К нему может быть применена и такая исключительная мера наказания, как административный арест на срок до 15 суток. Это новые правовые нормы в законодательстве, и применяются они с учетом личности нарушителя и только по решению народного суда. В остальных же случаях, где предусматривается наложение денежного штрафа, дела имеют право рассматривать в течение суток начальники отделений милиции или их заместители. В случаях труднодоступности или значительной отдаленности населенных пунктов от районного центра такие дела об административных правонарушениях могут в порядке исключения рассматриваться и исполнительными комитетами поселковых, сельских Советов народных депутатов или административными комиссиями при исполнительных комитетах поселковых, сельских Советов.

В редакцию приходят письма, авторы которых спрашивают, можно ли еще в этом году оформить подписку на журнал «Здоровье».

Уважаемые читатели, на наш журнал подписка не ограничена. Ее можно оформить в любом почтовом отделении или отделении Союзпечати. Для того, чтобы получать журнал, например, с 1 апреля, подписку надо оформить не позднее 28 февраля, если с 1 мая — не позднее 31 марта и так далее.

Коротко о разном

В одном из номеров журнала «Здоровье» было сказано, что читать в транспорте не следует. Я уже много лет читаю в трамвае и никакого вреда не чувствую. А вот от текста, напечатанного на цветной бумаге, глаза быстро устают. Или это мне кажется?

Нет, не кажется. Текст, напечатанный на цветной бумаге, не имеет достаточного контраста с фоном, чтение такого текста утомляет. Оптимальный вариант — черные буквы на белом фоне.

Что касается чтения в трамвае, то, как и в любом транспорте, условия для этого здесь неподходящие — плохое освещение, вибрация, из-за которой человеку приходится приспосабливаться к постоянно изменяющемуся расстоянию между текстом и глазами. Это тоже приводит к утомлению глаз.

Как и сколько времени хранить дома лекарственные травы?

Хранить лекарственные травы рекомендуется в бумажных пакетах или картонных коробках в сухом темном месте. Сроки хранения для разных трав неодинаковы. Конкретную справку можно получить в аптеке.

Портятся волосы от металлических заколок?

Не портятся, если заколка не будет пережимать волосы в одном и том же месте.

БЫТОВОЙ РЕСПИРАТОР «ЛОЛА»

Лола — по-таджикски тюльпан, цветок, расцветающий ранней весной в горах и долинах солнечного юга. Издавна у народов Средней Азии он служит символом чистоты, свежести. Очевидно, поэтому одно из средств индивидуальной защиты органов дыхания получило такое название.

Бытовые фильтрующие респираторы «Лола» — полумаска с тесемками, которая закрывает нос и рот — легки, удобны в эксплуатации, надежны. Предназначены они для защиты дыхательных путей человека от распыленных в воздухе вредных веществ, в том числе и радиоактивных.

Пользоваться ими рекомендуется при сухой уборке двора и помещений, выбивании ковров, ремонтных работах, связанных с образованием пыли, стирке белья различными порошками, во время уборки сена, ухода за домашними животными. Но надо знать, что от газов и паров вредных веществ респиратор «Лола» не защищает.

Если же вы работаете с органическими растворителями, лаками и красками на их основе, с летучими препаратами для дезинсекций помещений, опрыскиваете растения в саду или огороде ядохимикатами, надо пользоваться другой разновидностью этого средства индивидуальной защиты — сорбционно-фильтрующим респиратором «Лола-А».

Кроме того, обе модели — эффективное средство профилактики заражения инфекционными заболеваниями, передающимися воздушно-капельным путем. Респиратор «Лола» или «Лола-А» рекомендуется, например, надевать здоровому человеку при уходе за больным гриппом, заболевшей матери, когда она кормит ребенка.

Где же можно приобрести респиратор «Лола»? В этом вам помогут оптовая база «Таджикхозкультторга» и днепропетровский завод «Металлоштамп».

Г. Б. ГАЛЬПЕРИН,
кандидат технических наук,
И. И. КВИТКО,
инженер

ЧЕЛОВЕК И АВАРИЯ

Специалисты тратят огромные усилия, чтобы создать машины, конструкции которых полностью должны были бы исключить производственный травматизм. Однако практика показывает, что техническое совершенство новых механизмов не всегда гарантия безопасной работы.

Вот пример. Чтобы уберечь руки штамповщика, придумали двухкнопочное пусковое устройство. Пресс работает только тогда, когда обе руки жмут на кнопки. А раз так, то и травмы исключаются. Как же встретили такое новшество операторы? Весьма своеобразно. Стали одну из кнопок закреплять неподвижно обломком спички. Теперь станком легко управлять одной рукой. Вторая рука остается свободной и при неосторожном движении может попасть под штамп, что иногда и случается.

Изучая подробно причины таких происшествий, психологи и другие специалисты пришли к выводу, что чаще всего человек нарушает правила техники безопасности из-за стремления зкономить свои силы. Само по себе зто желание естественно. Но оно довольно часто приводит к самым нежелательным последствиям. Иной рабочий не пользуется защитными очками, не надевает шлем или рукавицы, считая, что они мешают ему. Случается, в технологическом процессе пропускают операции, обычно не влияющие на количество и качество конечной продукции, но необходимые для защиты человека от травм. Иногда выбирают более удобные позы: работают сидя, стоят, облокотившись на станок.

Порой безрассудно действуют, экономя время. Темп работы в таких случаях ускоряется не за счет рациональной организации труда, а вследствие разных ухищрений, лишь бы обойти установленные правила и закончить задание побыстрее.

Бывает, что человек как бы адаптируется к опасности, сживается с риском.

Подчас лихие выходки порождаются излишней самоуверенностью. Так часто бывает со специалистами высшего класса, убежденными, что их опыт и умение спасут в любых ситуациях. И они идут на риск.

К несчастным случаям может привести хвастовство, лихачество, желание привлечь внимание, нравиться товарищам или кому-либо, наблюдающему за работой со стороны.

В тех бригадах и цехах, где на нарушения техники безопасности смотрят сквозь пальцы, где большинство рабочих пренебрегают ею, новички тоже стремятся делать так, как все. Молодому рабочему бывает неловко пользоваться очками, шлемом или рукавицами, ведь могут назвать трусом, а то и засмеют.

Человек, не уверенный в себе, от природы застенчивый, может нарушить правила техники безопасности ради самоутверждения.

Чтобы предотвратить несчастный случай на производстве, руководители должны хорошо знать характер, возможности подчиненных, их психологический настрой. Считается, если человек очень расстроен, ему станет легче, когда он забудется в работе. На деле же получается, что плохо владеющим собой людям работа не помогает войти «в колею» и в сложной обстановке они нередко совершают необдуманные действия.

Если вы хотите, чтобы ваш цех, бригада, участок не знали аварий, изучите психологические особенности каждого работника. Обращайте особое внимание на людей, склонных к риску, таких, кто имеет «вкус» к опасности, на людей, пришедших на работу в плохом настроении, чем-то расстроенных. Старайтесь не выпускать их, как говорится, из поля зрения.

Н. В. МАРИНЕНКО,
кандидат
медицинских наук

Юмореска

А вдруг подумают, что...

Грузный мужчина на приеме у молодого врача-терапевта.

Пациент Бибиков работает директором областной универсальной базы. Сделав запись в амбулаторной карточке, врач весьма деликатно говорит ему: «Главное для вас, Алексей Максимович, строжайшая диета, лечебная физкультура, ежедневная ходьба. Например, на работу и домой пешком, а потом по выходным дням легкий бег трусцой. Поверьте, зто для вас самое лучшее лекарство. Откажитесь от любого транспорта. Вот вы даже в поликлинику приехали на служебной машине, а ведь живете и работаете в 10 минутах ходьбы от нас».

Бибиков молча выслушал врача. Затем, с трудом встав с кресла, обиженным тоном говорит: «Вы, Любовь Викторовна, еще молодой врач и не можете понять одного — как отреагируют мои подчиненные, если увидят, что я хожу на работу и домой пешком. Ведь подумают: отобрали у меня персональную машину. А если еще увидят, что я, как мальчишка, бегаю по выходным дням, то мой авторитет руководителя будет сведен к нулю. Лучше скажите честно, что не знаете, как меня лечить. Я обращусь к более опытным врачам. Да и лекарство могу достать любое. Связи у меня, сами знаете, какие. Многие за честь сочтут что-то сделать для меня».

А. ГИТАЛОВ

Днепропетровск

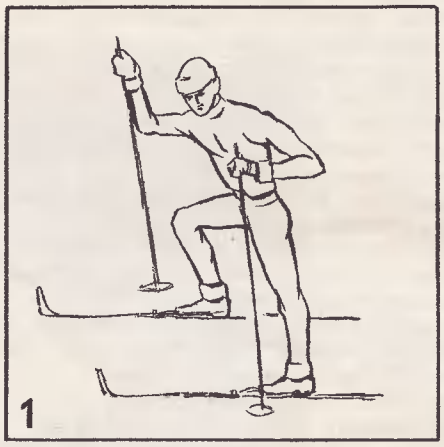
Рисунок В. МОХОВА

ПОДЪЕМЫ, СПУСКИ, ПОВОРОТЫ...

Б. В. МИНЕНКОВ,
мастер спорта СССР

Мало кто из любителей лыж, выйдя на прогулку, ограничивается бегом по равнине. Катание с гор так увлекательно! Оно позволяет испытать волшебное чувство скоростного скольжения. Но преодолевать подъемы и спуски на лыжне надо умело.

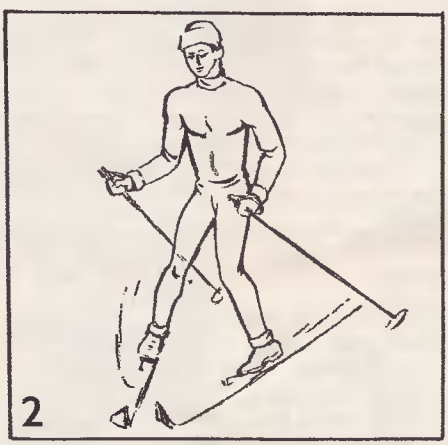
Прежде всего научитесь подниматься в горку. Совсем пологие подъемы преодолеваются прямо «в лоб» обычным скользящим шагом, более крутые — ступающим шагом, с прихлопыванием лыжами о снег. На крутые склоны можно подняться только «елочкой» или «лесенкой» **(рисунок 1).**


1

Ну вот, наконец, вы на горке. Можно спускаться. Но как? Человек неопытный, но решительный без особых раздумий ставит ноги пошире — и вниз. Но далеко ли он уедет? До первого бугра или канавы. А дальше — падение. Хорошо еще, если правильно повалится лыжник на бок, раскидывая руки в стороны. Но какая-то непреодолимая сила стремится воткнуть вас головой в снег или бросить на спину. Эта сила — инерция. Чтобы преодолеть ее, спускаться с горы нужно в позе так называемой основной стойки, которая обеспечивает наиболее устойчивое положение тела и позволяет мгновенно реагировать на изменение рельефа и скорости спуска.

Поставьте лыжи параллельно на 25—40 сантиметров друг от друга. Одну ногу чуть выдвиньте вперед, слегка присядьте, руки немного согните в локтях и отведите в стороны. Палки — штычками назад. Перед спуском покачайтесь на ногах. Затем легко оттолкнитесь палками, и... счастливого пути!

Для первых спусков выбирайте не очень высокую горку, средней крутизны с безопасным выкатом — площадкой, где можно остановиться, не прибегая к торможению. После 10—12 спусков вы почувствуете себя гораздо увереннее. Теперь можно осваивать и более крутую горку. Но учтите, что переход от склона к площадке на ней более резкий. Движение в конце такого спуска сильно замедляется, и возрастает риск падения головой


2

вперед. Чтобы этого не произошло, быстро присядьте, одновременно выдвинув одну ногу вперед.

Преодоление любой неровности во время спуска требует и преодоления инерционных сил, ухудшающих устойчивость лыжника. Погасить их можно, лишь сгибая и разгибая колени. Спуск на прямых ногах лишает возможности амортизировать удары, вызванные неровностями лыжни, и неизбежно приводит к падению. Поэтому спускаться с горы всегда нужно на упругих согнутых ногах, в положении основной стойки, позволяющей быстро приседать и вставать при наезде на канаву или бугор.

А как же остановиться, спустившись с горы? Большинство лыжников просто падает на снег. Такой «способ» торможения не лучший. Поэтому постарайтесь освоить самый простой вид торможения — «плугом». Спускаясь с небольшой горки в основной стойке, раздвиньте в стороны задники лыж, как бы садясь на их носки. Чем шире вы разведете задники лыж, тем большая нагрузка придется на ноги, тем сильнее будет торможение.

Хорошо освоив этот прием, вы быстро овладеете и торможением «полуплугом» или «упором». Поставив одну лыжу под небольшим углом к направлению движения, перенесите всю тяжесть тела на другую, отведенную в сторону и поставленную на ребро лыжу. Колено нагруженной ноги сильно согните, как бы садясь на лыжу, и активно тормозите **(рисунок 2).**

Нередко возникает необходимость повернуть во время спуска в ту или другую сторону.

Самый простой способ — поворот переступанием. Попробуйте сделать его на небольшой горке, где скорость невелика. Перенеся центр тяжести на одну ногу, оторвите другую от лыжни и поставьте на снег в нужном направлении движения. К этой ставшей направляющей лыже приставьте другую. Несколькими такими движениями можно изменить направление спуска.

Поворот «плугом» позволяет менять направление движения даже на очень крутом склоне, но требует гораздо большей затраты сил. Затормозив «плугом», перенесите тяжесть тела на правую лыжу, носок левой слегка оторвите от снега; так вы повернете влево. А чтобы повернуть вправо, перевалитесь на левую лыжу, приподняв носок правой. Перенося центр тяжести с одной ноги на другую, вы сможете сделать серию поворотов.

Теперь о самом главном. Скорость лыжника, спускающегося с горы, может достигать 30—50 километров в час, а порой и больше. Поэтому никогда не спускайтесь с незнакомой горы, не зная, что вас ждет внизу. Это опасно! Не спускайтесь и там, где навстречу поднимаются лыжники, и не поднимайтесь сами в местах спуска. Пересекая склон в нижней его части, не упускайте из поля зрения верхнюю часть горы. Когда на вас мчится лыжник, немедленно принимайте меры. Если спускается опытный спортсмен, остановитесь, он сам объедет вас. В других случаях быстро освободите путь, чтобы избежать столкновения. И последнее: ни в коем случае не спускайтесь на обычных лыжах по горнолыжным трассам.

Соблюдение этих элементарных правил безопасности поможет избежать травм, часто случающихся во время катания с гор.

ЭТО СЛУЧИЛОСЬ НА ПЕРЕМЕНЕ

Т. М. АНДРЕЕВА,
старший научный
сотрудник ЦИТО

Рисунок В. МОХОВА

Приходилось ли вам быть в школе к началу перемены? Звонок с урока, и тишина коридоров мгновенно взрывается топотом десятков ног, гомоном возбужденных голосов.

Ребята устали от неподвижности, скажете вы, и им необходима разрядка. Значит, так оно и должно быть? Так, да не так...

Я совсем не ратую за то, чтобы ребята чинно ходили парами по коридору, как этого пытаются добиться в некоторых школах, или спокойно стояли у стен. Но их физическую активность надо ввести в разумное русло, организовать. Иначе не избежать несчастного случая.

Среди детского травматизма школьный стоит на третьем месте после бытового и уличного. Чаще всего ребята получают травмы во время перемен, перед началом или же сразу после окончания занятий.

Вам, конечно, приходилось видеть безобидные, казалось бы, детские потасовки: второклассники выбежали из школьных ворот, смеются, толкаются, один ударяет другого портфелем по голове... Остановили вы их? Вероятно, нет — сочли, что это обычная забава младших школьников, тем более что пострадавший как будто не понес никакого ущерба: он весело и энергично размахивает своей сумкой, собираясь ответить обидчику тем же.

Сотни таких эпизодов действительно проходят бесследно, и потому сложилось впечатление об их безобидности. Но нередко бывает, что привыкший к подобным потасовкам ученик не рассчитал тяжести портфеля, силы размаха, и дело дошло до сотрясения мозга.

А сколько травм происходит из-за, казалось бы, невинной подножки! Упал с размаху на жесткую поверхность, ударился об угол подоконника, о батарею отопления — и в результате сильный ушиб головы, вывих плечевого сустава, перелом голени.

Нередки у школьников травмы кисти. Механизм их возникновения прост: при той же подножке или резком толчке школьник, стремясь сохранить равновесие, выбрасывает вперед руки и с размаху попадает ладонью в оконное стекло, в застекленную дверь. Такие ранения, особенно если задеты сухожилия, очень трудно поддаются лечению и могут впоследствии ограничить подвижность пальцев.

При изучении причин и обстоятельств школьных травм выявляется такая закономерность: травмы происходят не только в результатв нарушений дисциплины, но и из-за невоспитанности учеников.

Нередко старшие пробуют свою физическую силу на младших, не видя в этом ничего зазорного. При разборе в школе очередного инцидента, закончившегося травмой, часто можно слышать от ребят: «Мы не дрались, мы боролись». Действительно, драка — это хулиганство, а борьба — это спорт. Но очень важно, чтобы взрослые, и прежде всего учителя физкультуры, внушили мальчикам, что борьба имеет свои правила и что в профессиональном спорте грубость наказывается очень строго...

Всемирная организация здравоохранения, рассматривая проблему травматизма, сформулировала девиз профилактической работы: «Вакцина против травматизма — воспитание». Этот призыв особенно актуален, когда речь идет о детском травматизме. И, конечно, необходимо не только разъяснять и повторять детям правила обращения с огнем, с острыми предметами, с химическими веществами. Очень важно воспитывать нетерпимость к жестокости и с самого раннего детства внушать: обижать слабого, сознательно причинять кому-то боль стыдно, позорно!

На родительских собраниях папы и мамы обычно очень интересуются успеваемостью ребенка и почти никто не спрашивает, как он себя ведет. Если в дневнике появляется двойка или тройка, немедленно на это реагируют: почему не выучил уроки? Садись заниматься!

А если классный руководитель записывает: «Толкался на перемене», это остается без внимания. А спустя несколько дней он сам или его товарищ от внезапного толчка одноклассника падает с лестницы и с сотрясением головного мозга оказывается в больнице. И такие травмы, кстати сказать, очень долго дают о себе знать приступами головной боли, головокружением, ухудшением успеваемости.

Не так давно в одной из школ произошло ЧП: мальчики-пятиклассники, толкаясь на лестнице, сшибли с ног девочку-первоклассницу. Она ударилась спиной и затылком о ступеньки, потеряла сознание. На «Скорой» ее увезли в больницу с сотрясением мозга и подозрением на перелом позвоночника. Почти три недели

девочка провела в больнице, и столько же, если не больше, ей предстояло лечиться дома.

Подруги по классу навещали ее, но виновники несчастного случая не подумали даже извиниться. Довольно спокойно отнеслись к происшедшему и их родители. Не проявили должной тревоги и учителя.

Травматологи установили характерный факт: больше всего травм происходит по понедельникам. Казалось бы, должно быть наоборот: за воскресенье дети отдохнули, стали спокойными, но, к сожалению, во многих семьях выходной день — это день без режима, без контроля за времяпрепровождением ребенка. Разрешается допоздна смотреть телевизор, ходить в кино, причем какой фильм идет смотреть ребенок, многих родителей не интересует.

Ленинградский психолог В. Семенов уже ставил на страницах нашего журнала (см. «Здоровье» № 1 за 1986 год) вопрос о том, что сцены драк, убийств, азартной погони, которые дети видят на экранах, нередко повышают их возбудимость и толкают на жестокие поступки. Травматологи располагают достаточными данными, подтверждающими эти выводы.

Долг родителей — следить за тем, что́ смотрит ребенок в кино и по телевизору, разъяснять смысл фильма или передачи, учить его правильно понимать те или иные «острые» эпизоды.

Очень важно, чтобы в выходные дни, а по возможности и в течение всей недели родители проводили как можно больше времени с детьми; хорошо, если это будут прогулки на воздухе, лыжные походы, спортивные игры. Гармоничное физическое развитие, помимо всех своих положительных сторон, способствует и предупреждению травматизма. Дети, занимающиеся физкультурой и спортом, более дисциплинированны, у них лучше развиты координация движений, быстрота реакции, они более ловки, лучше ориентируются в неожиданной ситуации.

ОТВЕТЫ НА ИГРУ
«Как из мухи сделать слона», опубликованную в № 1 за 1987 год.

Миг — маг — май — чай — час.
Час — чад — гад — год.
Ночь — ноль — соль — соло — село — сено — сень — день.
Рожь — ложь — ложа — лужа — луна — лука — мука.

АЗБУКА РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ПИЩЕВОЙ БАЛАНС ИЛИ МОНОДИЕТА?

М. А. САМСОНОВ,
член-корреспондент АМН СССР

Многочисленными исследованиями давно установлено, что в рационе здорового человека оптимальным является соотношение белков, жиров и углеводов, близкое к 1 : 1 : 4. Только при этом условии полностью перевариваются и всасываются пищевые вещества, восполняя в каждой клетке нашего организма запасы аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, микро- и макроэлементов.

Однако в последнее время находится немало людей, которые сознательно нарушают этот выверенный природой в процессе эволюции пищевой баланс, следуя ошибочному утверждению, что сбалансированное питание — причина многих заболеваний. При этом табу накладывается, например, на мясо с хлебом или с кашей, бутерброды.

Приверженцы раздельного поступления в организм белков, жиров и углеводов считают, что только такое питание предупреждает процессы брожения и гниения в кишечнике. Но это не так! Усвоению мясного белка способствует как раз одновременное потребление мяса, овощей и хлеба, твк как овощи и содержащийся в мясе жир являются сильными стимуляторами секреции пищеваритвльных соков поджелудочной железы, от активности которых зависит переваривание и всасывание белковых частиц. Когда едят только мясо, то именно в этом случае усиливаются процессы гниения в кишечнике. Если жв съесть вместе с мясом хлеб, особенно серый или черный, то это обеспечивает поступление в организм пищевых волокон (клетчатки), оказывающих регулирующее влияние на микрофлору кишечника и его двигательную функцию, что предупреждает процессы гниения.

Распространено также мнение о несочетаемости молока с другими продуктами питания, особенно растительными. Именно поэтому многие или не пьют молоко вовсе, или устраивают себе специальные молочные дни. А между тем делать этого не следует. Белок молока имеет хороший аминокислотный состав, и его сочетанив с растительными продуктами повышает биологическую и пищевую ценность рациона.

Врачам нашей клиники известны случаи, когда последователи теории несочетаемости продуктов сами себе назначали монодиеты на недели и даже месяцы. Одни изо дня в день ели только мясо, другие — только яблоки, третьи — только молочные продукты. На что же обрекали они свой организм? Давайте рассмотрим это на примере так называемой рисовой диеты, пользующейся особой популярностью.

В 1,5 килограмма рисовой каши, которую должен, согласно этой диете, съесть человек за день, запивая чаем или разбавленными фруктовыми соками, содержится 93 грамма белка. По количеству, казалось бы, это соответствует потребностям организма. Но по качественному составу в таком рационе не хватает незаменимых аминокислот, а из-за этого белок усваивается не полностью. В рисовой каше содержится ничтожно мало витаминов: аскорбиновой кислоты, витаминов А и Е нет вовсе, а витаминов B_1, B_2 и B_6 только следы. Так как кашу едят без масла, то все жирорастворимые витамины (A,P,E,K) в организм не поступают, а те из них, которые поступают с соком, не всасываются из-за отсутствия жира.

Кроме того, рисовая каша является слабым раздражителем секреции пищеварительных соков и особенно ферментов поджелудочной железы. А отсутствив в диете активных стимуляторов секреции отрицательно сказывается на функции органов пищеварения, что выражается снижением аппетита, ухудшением общего состояния.

Хотелось бы насторожить тех читателей, кто привык утолять чувство голода чаем или кофе с булочкой, кондитерскими изделиями, бутербродами, предпочитая им полноценный обед, завтрак и ужин. Преобладание в рационе таких продуктов высокой энергетической ценности, как животный жир, жирные сорта рыбы, кондитерские изделия с высоким содержанием жира и сахара, конфеты, мороженое, варенье, джемы, сиропы, неизбежно ведет к нарушению обмена веществ, расстройству деятельности органов пищеварения. Нарастает и масса тела (преимущественно за счет нарушения жирового обмена веществ), что становится одной из причин развития атеросклероза, ИБС, гипертонической болезни, сахарного диабета, желчнокаменной болезни.

СУБТРОПИКИ НА 5 ЭТАЖЕ

«Только представьте себе,— пишет в редакцию читатель нашего журнала И. Максименко из Томска,— за окном бушует вьюга, а у меня в комнате на 5-м этаже зреют плоды на лимонном деревце. И чем бы я ни был занят — чтением или хлопотами по хозяйству,— их тонкий аромат сопровождает меня повсюду»... «Выращивайте лимоны! Это полезное и увлекательное занятие».

Думаем, что многие из вас, уважаемые наши читатели, захотят последовать этому совету. Поэтому, предугадав ваше желание, мы попросили М. К. РАДЖАБОВА, кандидата сельскохозяйственных наук, дать рекомендации по выращиванию этой культуры.

— Лимон можно вырастить из обыкновенного лимонного семени. Но для того, чтобы деревце как можно быстрее стало плодоносить, через некоторое время его необходимо привить. А это достаточно сложная процедура, которая начинающим садоводам не всегда удается. Поэтому я советовал бы сажать черенок лимонного деревца, который можно приобрести в ботанических садах, на биостанциях, а также у садоводов-любителей.

Можно взять побеги текущего года диаметром 4—5 миллиметров, несущие на себе полностью сформировавшиеся листья. На черенке длиной 10—12 сантиметров удалите один-два нижних листа, а верхние два-три листа обрежьте наполовину. Это необходимо для того, чтобы в период укоренения обеспечить питание черенка.

Черенки сажайте в приготовленную заранее землю следующего состава: обычная лиственная почва, дерн, перепревший навоз и речной песок в равном отношении. Поверх этой питательной смеси насыпьте слой промытого песка толщиной 5 сантиметров **(рисунок 1).** Черенок нижним концом поместите в песок на глубину 2—3 сантиметра и накройте его стеклянной банкой или полиэтиленовым пакетом, обвязав пакет шпагатом вокруг горшка. В период укоренения черенок необходимо регулярно поливать, чтобы поддерживать почву во влажном состоянии. Оптимальная температура среды, в которой этот период должен находиться черенок, +18—+25°.

Банку или полиэтиленовый пакет раз в день на 5—10 минут следует приподнимать. Через 3—4 недели обычно происходит образование корней, и на черенке появляются первые побеги. Теперь банку можно убрать. Но не сразу. Сначала снимите ее на полдня, на следующий день накройте саженец только на ночь, а затем уберите банку совсем.

ПОСАДКА

После образования корней черенок можно пересадить в глиняный горшок диаметром 12—15 сантиметров, заполненный почвенной смесью, приготовленной, как и для укоренения черенка. При посадке корни саженцев несколько подрезают для лучшего ветвления и равномерно расправляют в горшке.

По мере развития деревца до трех лет его необходимо пересаживать последовательно в более объемные горшки; в возрасте 3—6 лет через каждые 2—3 года, свыше 6 лет — раз в 5 и даже 10 лет. Пересадку осуществляют вместе с прикорневым комом земли, добавляя свежую почвенную смесь. Не забывайте, что после пересадки лимон необходимо обильно поливать.

УХОД

Лимон — растение светолюбивое, поэтому его следует располагать вблизи окон, обращенных к югу. Но чем меньше освещенность помещения, где находится лимон, тем ниже должна быть температура воздуха. В зимний период, когда световой день короток, температура воздуха желательна в пределах +5—+8°.

Летом многие садоводы выносят лимон на балкон или в лоджию — «подышать». Делать это можно, если только в комнате и на «воздухе» небольшой перепад температур.

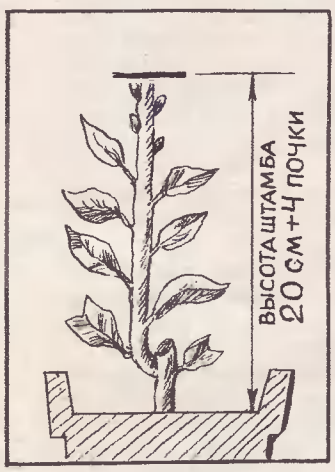
Лимон — уроженец влажных субтропиков и поэтому очень требователен к режиму влажности почвы и воздуха. При недостатке влаги его бутоны и листья опадают. Чтобы это предотвратить, в помещении с теплым и сухим воздухом несколько раз в день следует не только поливать лимон, но и опрыскивать листья водой. Поливать лимон лучше кипяченой водой комнатной температуры.

Крона комнатного лимона должна быть компактной, шарообразной и состоять из 3—4 правильно расположенных скелетных ветвей первого порядка. Чтобы этого достичь, из развившихся на черенке побегов оставляют один побег. Побег прищипывают на высоте 15—20 сантиметров так, чтобы на нем было 4—5 нормально развитых почек. **(рисунок 2).** Образовавшиеся из почек побеги (будущие скелетные ветви первого порядка) прищипывают при достижении ими длины 15—20 сантиметров. Ветви II, III и IV порядков ветвления прищипывают при длине 10—12 сантиметров **(рисунок 3).** Необходимо помнить, что плоды, как правило, начинают формироваться только на ветвях четвертого и более порядков ветвления, поэтому так важно целенаправленное формирование штамба.

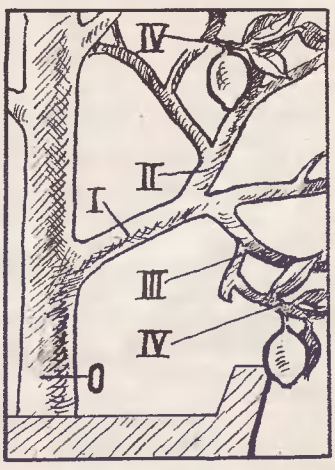
Обрезку проводят весной до начала первого роста. Она заключается в удалении больных и сухих веток, побегов, растущих вовнутрь кроны.

И вот что еще необходимо учесть: не надо форсировать рост лимона, стараясь с помощью удобрений как можно быстрее его вырастить. Этим можно погубить саженец. Следуйте испытанному правилу: зимой удобряйте реже, а весной , в период активного роста и развития,— чаще. Удобрения вносите в виде водных растворов. Концентрация удобрений — по 5 граммов калийной селитры и суперфосфата на один литр воды.

1



2



3

КАК БЫТЬ, ЕСЛИ ХРУЩАКИ ПОСЕЛИЛИСЬ В «ГЕРКУЛЕСЕ»

Домашних хозяек нередко беспокоит появление в некоторых продуктах различных мелких жуков. Эти насекомые-вредители могут жить и размножаться в неправильно сохраняемых муке, крупах (особенно в «Геркулесе»), зерне и макаронных изделиях, сухофруктах и сушеных грибах.

Наиболее часто встречаются различные виды хрущаков, хлебный точильщик, притворяшка-вор, суринамский и рыжий мукоеды, мавританская козявка, фасолевая и гороховая зерновки. Кроме насекомых, в продуктах могут появиться еще и клещи — волосатый, мучной и другие.

Жуки залетают через окна в теплое время года. И если хозяйки оставляют купленные муку, крупы, зерновые продукты и макаронные изделия в бумажной фабричной упаковке, не пересыпая их в специальную тару, после вскрытия пакетов продукты становятся легкодоступными для насекомых-вредителей.

В зависимости от вида и климатических условий эти насекомые могут давать от 2—3 до 10 поколений в год. Интенсивность размножения вредителей повышается, если в месте хранения продуктов температура воздуха 18—25°С, высокая влажность, оно не проветривается и туда не попадает солнечный свет. Поэтому держать муку, крупы, зерно и макаронные изделия следует в прохладном месте и обязательно в герметично закрытых стеклянных, металлических, пластмассовых банках или в завязанных полиэтиленовых пакетах. Репеллентным (то есть отпугивающим) действием для насекомых обладает чеснок, поэтому в шкаф, где хранят продукты, можно положить 1—2 очищенных зубчика чеснока.

Лучше не создавать больших запасов продуктов, так как длительное хранение повышает вероятность их поражения насекомыми-вредителями. Но если крупа кончилась, то перед пополнением запасов банки и пакеты нужно тщательно вымыть и просушить. Необходимо следить за чистотой и порядком в шкафах, на полках, в столах, где хранятся продукты: периодически удалять из щелей и трещин просыпавшиеся крупу или муку с помощью щетки или пылесоса, чтобы не оставлять пищу жукам-вредителям.

Продукты, сильно поврежденные жуками и их личинками и загрязненные экскрементами насекомых, использовать нельзя. От них следует избавиться, а пол на кухне и полки в шкафах, где хранились эти продукты, рекомендуется вымыть водой с содой (на 1 литр воды — 1 столовая ложка соды). Кроме того, если обнаружено большое количество вредителей в щелях полов или за плинтусами, эти места можно обработать 1% водным раствором хлорофоса. Через 2—3 дня обработанные инсектицидом поверхности следует вымыть водой с содой. Не забудьте перед применением инсектицидов предварительно вынести из кухни посуду и все продукты питания!

Если жуков в них немного (единичные экземпляры), то для их уничтожения пораженные продукты достаточно выдержать несколько дней при температуре ниже +10° (в зимнее время выставить на балкон или за окно на 2—3 дня) или прогреть в духовом шкафу на противне слоем в 2—4 сантиметра при температуре 60° в течение 2—2,5 часа. Крупу перед этим тщательно перебирают, а муку просеивают через мелкое сито. Перед приготовлением блюд из этой крупы ее хорошо следует промыть в нескольких водах.

Н. А. ХРУСТАЛЕВА,
младший научный
сотрудник ВНИИ
дезинфекции
и стерилизации

Подобные «уроки музыки», как утверждают педагоги, психологи и невропатологи, неизбежно приводят к развитию неврозов у детей.

КАКАО ПОЛЕЗНО НЕ ВСЕМ

Какао — вкусный и ароматный напиток. Но полезен он не всем.

Кроме жира, белка, крахмала и минеральных солей, порошок какао содержит дубильные вещества, алкалоид теобромин, щавелевую кислоту и пурины, которые небезвредны для организма при некоторых заболеваниях. Так, теобромин действует возбуждающе, и поэтому людям с заболваниями нервной системы этот напиток можно пить очень редко. Из-за присутствия пуринов и щавелевой кислоты какао противопоказано страдающим подагрой, мочекислым диатезом, а также заболеваниями почек, печени, сахарным диабетом, атеросклерозом, гипертонической болезнью.

Обычно какао готовят на молоке, пьют с сахаром, сливками, что увеличивает и без того высокую его калорийность. Поэтому напиток рекомендуется истощенным, ослабевшим после тяжелых болезней и операций. А вот тучным, склонным к полноте людям какао надо совсем исключить из рациона.

Какао активно стимулирует желудочную секрецию, в связи с чем от этого напитка пациентам с повышенной секрецией желудочного сока следует отказаться.

Детям до трех лет лучше какао не давать, чтобы не возбуждать нервную систему, не нарушать деятельность кишечника.

Еще одно свойство какао — способность вызывать аллергические реакции. Поэтому и взрослым, и детям, склонным к таким реакциям, этот напиток не рекомендуется.

А. В. ФЕДОРОВА,
врач

Новочеркасск.

СПОРТИВНЫЙ УГОЛОК В КВАРТИРЕ

Основу комплекса (см. «Здоровье» № 1 за 1987 год) составляют 4 вертикальные стойки диаметром около 30 миллиметров (1), для изготовления которых используют водопроводные или газовые трубы. Их можно найти на месте снесенных домов. Стойки устанавливаются враспор между полом и потолком. На чертеже размеры даны в миллиметрах.

Сверху к вертикальным стойкам с помощью болтов и гаек крепится рама из труб несколько меньшего размера (2). На ней размещены спортивные снаряды при помощи хомутиков с крюками.

Выбирая снаряды для комплекса, спросите ребенка, что ему больше нравится, что бы он еще хотел иметь для спортивных занятий. Кольца, трапеции, качели, веревки, резинки, трубки и все необходимое для создания спорткомплексов можно приобрести в магазинах «Спортивные товары», «Детский мир», «Пионер», «Строительные материалы».

В качестве каната (3) пригодна любая веревка толщиной 15—25 миллиметров. Второй — тонкий канат (4) — делают из веревки толщиной 10 миллиметров. На ней завязывают ряд узлов на расстоянии 250—300 миллиметров. Конец каната хорошо завязать толстым узлом (или подвесить к нему боксерскую грушу), чтобы на него мог усесться ребенок для качания. Кольца (5), трапеции (6) и качели (7) имеются в комплекте «Детский спортивный набор».

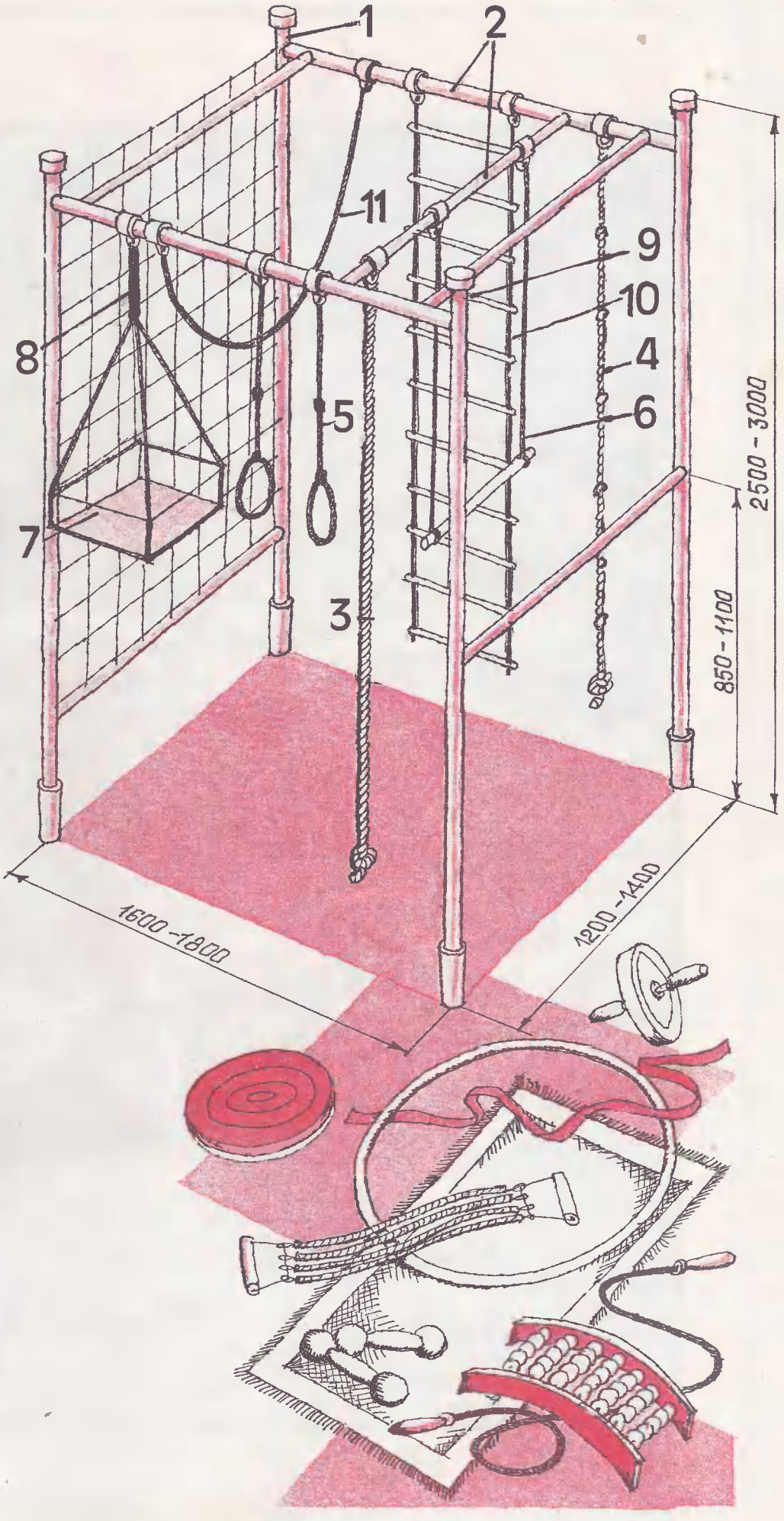
Качели крепятся к раме с помощью гибкого резинового амортизатора (8). Лесенку (9) обычно делают из стального троса диаметром 4—6 миллиметров. Ступени — из дубовых палочек 30×20 миллиметров или дюралевых (бамбуковых) трубок диаметром 20—25 миллиметров. Ступени нанизываются горизонтально на трос и опираются на трубки (10) одинаковой длины, также нанизанные на трос.

Прыжковая лиана (11) сделана из резинового шланга диаметром 12—16 миллиметров и длиной около 2,5 метра. Ее прикрепляют к трубам рамы так, чтобы нижняя точка лианы находилась на расстоянии 700 миллиметров от потолка. Держась руками за лиану, дети качаются вверх-вниз, отталкиваясь ногами от пола и взлетая в 6 раз выше, чем при обычном прыжке.

Прыжковая лиана сильно пружинит. И ребенок на первых порах может воспринять ее как что-то ненадежное, ускользающее и, повиснув, разогнет пальцы. Понаблюдайте за первыми упражнениями детей на лиане и подстрахуйте их.

А. ПРИВАЛОВ

Рисунок К. МОШКИНА



Индекс 70328. Цена 40 коп.