

# Здоровье

ПРОФИЛАКТОРИЙ — НЕВЕЛИЧКА,  
А ПОЛЬЗА ДЛЯ ТРУЖЕНИКОВ  
ЗАВОДА БОЛЬШАЯ.

СМ. ЦВЕТНОЙ РАЗВОРОТ.

С ПРАЗДНИКОМ  
1 МАЯ!



|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 9 мая — День Победы<br>ПУТЬ К ПРАВДЕ                                     | 1  |
| НОВЫЕ ЛЕКАРСТВА И НОВЫЕ<br>ПОДХОДЫ                                       | 5  |
| Слово народному депутату СССР<br>МОЯ ЗАБОТА — ЗАЩИТА<br>ДЕТСТВА          | 7  |
| Врач разъясняет...<br>КАК УБЕРЕЧЬСЯ<br>ОТ БРЮШНОГО ТИФА                  | 8  |
| СТРИГУЩИЙ ЛИШАЙ                                                          | 9  |
| ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ<br>ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ                                    | 10 |
| НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ<br>ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ                                  | 10 |
| ЖАЛОБ НЕТ...                                                             | 11 |
| КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ<br>ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ                                 | 12 |
| Школа для больных сахарным<br>диабетом<br>ДВА ТИПА ДИАБЕТА               | 13 |
| Учитесь не болеть!<br>ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ —<br>ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИИ | 14 |
| У КОМПЬЮТЕРА ДЕТИ                                                        | 16 |
| ЗДОРОВЬЕ — КАТЕГОРИЯ<br>ЭКОНОМИЧЕСКАЯ                                    | 18 |
| Внимание, мамы!<br>ПЯТЫЙ МЕСЯЦ                                           | 19 |
| АПТЕКА НА ВАШЕЙ ГРЯДКЕ                                                   | 25 |
| Инвалиды: проблемы, опыт, советы                                         | 26 |
| Это должен уметь каждый<br>ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ<br>ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ        | 30 |

Сдано в набор 21.03.89.  
Подписано к печати 31.03.89. А 00266.  
Формат 60×90½.  
Бумага книжно-журнальная.  
Глубокая печать.  
Усл. печ. л. 4,50. Усл. кр.-отт. 7,55.  
Уч.-изд. л. 7,58.  
Тираж 15 800 000 экз.  
(1-й завод: 1—4 600 139 экз.).  
Заказ № 394.  
Цена 40 коп.

Адрес редакции:  
101454, ГСП-4, Москва,  
Бумажный проезд, 14.  
Телефоны отделов:  
писем 212-24-17; 212-24-90;  
охраны материнства  
и детства 251-94-49;  
лечебно-  
профилактического 212-22-00;  
здорового образа  
жизни 250-24-56;  
художественного 251-20-06.

Ордена Ленина и ордена  
Октябрьской Революции  
типография имени В. И. Ленина  
издательства ЦК КПСС «Правда».  
125865, ГСП, Москва, А-137,  
улица «Правды», 24.

# ПУТЬ К ПРАВДЕ

...Санитар выполнял необычную работу. Задача стояла не из легких: он должен был вовремя увидеть в небе вражеские самолеты, определить маршрут и цель, где они наметили сбросить бомбы, и — главное — предупредить врача, который в деревенской избе вместе с медсестрой перевязывал, оперировал раненых.

Это было под Старой Руссой. Земля дрожала от взрывов, гарь и дым, смешавшись с пылью, застили глаза, и нечем было дышать.

— Товарищ капитан, самолеты! — кричал в распахнутое окно санитар.

Капитан медицинской службы Кузин продолжал работать.

— Товарищ капитан, мимо!

— Слава богу, — шептала медсестра.

— Воздух! — что есть мочи орал санитар, бросаясь на землю.

А капитан, если на столе не было раненого, ложился на спину, подняв руки в резиновых перчатках, стараясь сохранить их стерильность. Если шла операция, наклонялся над раненым, прикрывая его своим телом.

В ту пору мысль была одна — спасти человека. На этом сосредоточивались все чувства, воля, силы. Нельзя было позволить себе расслабиться, задуматься, испугаться...

— А вот теперь, через годы, — признается мой собеседник, — День Победы для меня — всегда со слезами на глазах...

Удивительна судьба этого человека — сына крестьянина-бедняка. Вот уж действительно пришлось ему в полную меру ощутить, чем были для старшего поколения «сороковые-роковые», принять на свои плечи их боль и тяжесть... Воевал в финскую, с первого до последнего дня участвовал в Великой Отечественной, в войне против империалистической Японии. Начинал свой боевой путь врачом медико-санитарного батальона, а закончил ведущим хирургом госпиталя.

Сейчас Михаил Ильич Кузин — известный ученый, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, заведующий кафедрой факультетской хирургии 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова, председатель Советского комитета и сопредседатель международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны».

— Михаил Ильич, как началась для вас война? Какие события первых ее месяцев наиболее вам памятливы?

— Есть такое изречение: для хирурга война начинается минутой позже, чем для солдата. У меня примерно так и получилось.

Утром 22 июня закончил дежурство в клинике. В то время, после окончания Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, я числился адъюнктом кафедры военно-полевой хирургии, которой руководил профессор Н. Н. Еланский. Его назначили главным хирургом Северо-Западного фронта. Николай Николаевич собрал всех адъюнктов кафедры и сказал, что троих он хотел бы взять с собой. И добавил, что адъюнктуру он переносит на фронт. «Мы с вами поработаем на славу», — помню слова профессора. Мы так и думали — вот увидим военно-полевую хирургию в действии, наберемся опыта. Казалось, война предстоит недолгая...

— Но ведь опыт наша хирургия приобрела уникальный! И научные труды появились, в частности ваши...

— Да, это так. Но больше, мне кажется, ценен опыт нравственный. И прежде всего осознание бесчеловечности войны.

Мы отправились на фронт на второй день после того, как фашисты напали на нашу страну. Но до Риги так и не смогли добраться. Поезд остановился в Пскове. Навстречу плыла река беженцев...

Шли и солдаты, измученные, в разорванных гимнастерках, разбитой обуви. Потерянные и оглушенные первыми поражениями и быстрым отступлением.

Это было для нас потрясением. О какой организованной медицинской помощи могла идти речь в первые дни войны? Много было непонятно: где медсанбат, где госпиталь, кто справа, кто слева?

В Псков вот-вот должны были нагрянуть немцы, а мы в гарнизонном госпитале начали лечить раненых так, как если бы им предстояло оставаться здесь надолго.

Через Псков прошли последние полевые медицинские пункты. Нам говорили: «Вы что, сумасшедшие? Через сутки город сдадут. Не теряйте времени, уходите».

Но приказа об отходе не было, а раненые все прибывали. Мы забеспокоились: что делать? Один из врачей предложил остаться, вывесить флаг с Красным Крестом: ведь согласно Женевским соглашениям раненые и врачи под его защитой неприкосновенны. Но, к счастью, у нас хватило ума не согласиться с коллегой. С трудом удалось связаться с Военно-санитарным управлением фронта, и но-

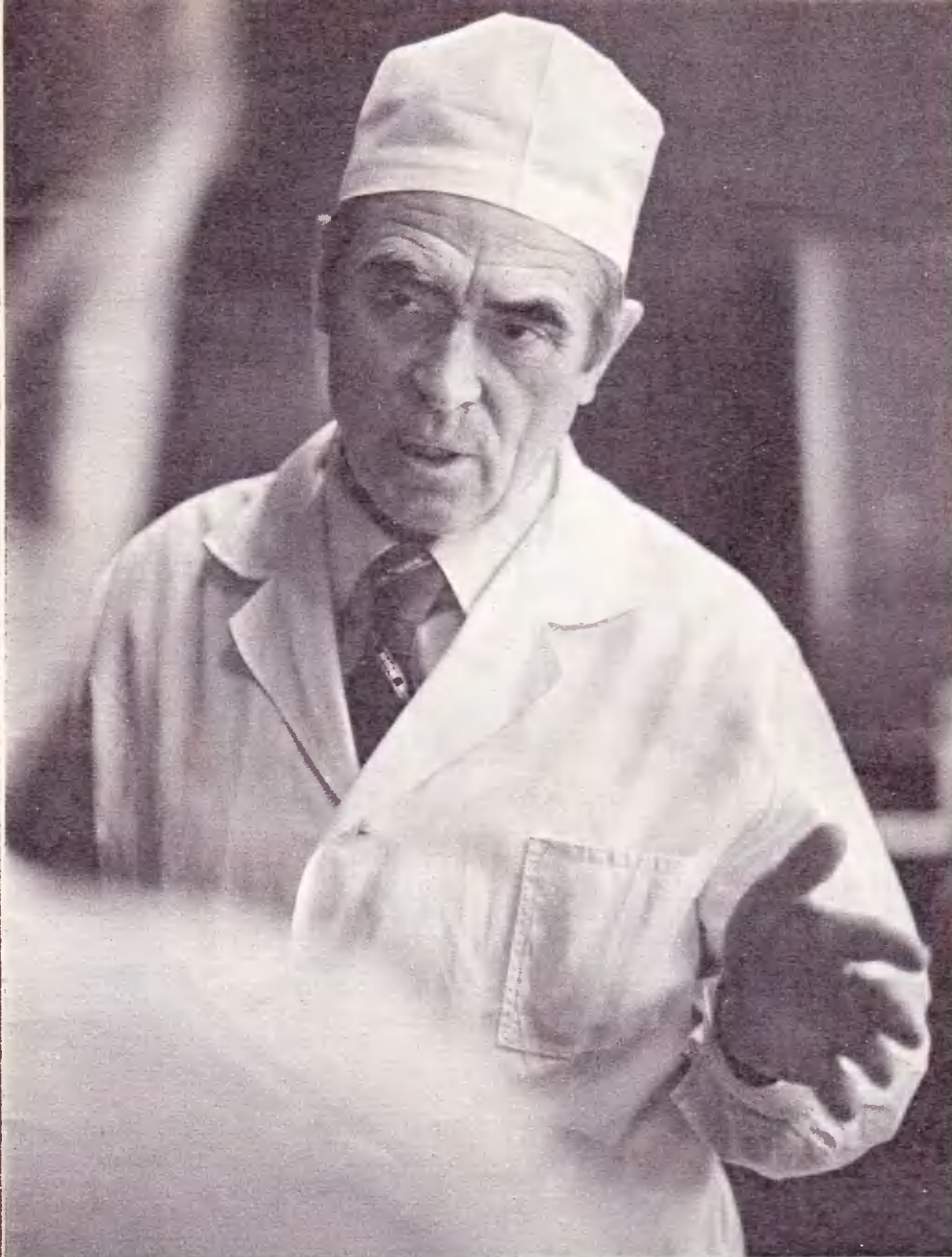


фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА

чью на станцию Псков-Товарный пришел санитарный поезд.

— **Михаил Ильич, совпадает ли ваше сегодняшнее восприятие войны с тем, что было тогда?**

— В какой-то степени переосмысление произошло в первые же дни, когда мы все ощутили нашу неподготовленность к войне. А ведь официальная пропаганда уверяла, что «Красная Армия всех сильнее»... Сейчас мы можем более глубоко анализировать причины первых неудач. Как теперь стало известно, буквально накануне войны были арестованы и расстреляны видные военачальники, командиры армий, дивизий, полков. И потом, что немаловажно, мы намного отставали от фашистской Германии в техническом оснащении войск. Конница против танков — это же утопия. А сколько жизней бойцов и командиров стоила эта с позволения сказать, «стратегия»! Активно формировать танковые корпуса мы стали лишь накануне войны. Многого не успели, не предвидели, упустили время.

— **Всех нас потрясла глубиной правды «Жизнь и судьба» В. Гроссмана. Помните, Михаил Ильич, то место в книге: «...А иногда начальник посылал людей под огонь, чтобы избежать гнева старшего начальства и сказать себе в оправдание, развея рука-**

**ми: «Ничего не мог поделаться, я половину людей положил, но не мог занять намеченный рубеж». Скажите, лично вы наблюдали подобные случаи?**

— Случалось. В академии на кафедре военной подготовки нас учили добывать победу малой кровью, малыми потерями, больше маневренностью действий. Когда мы учились, не было печально знаменитого приказа Сталина «Ни шагу назад». Он появился в 1942 году. Командиров, оставлявших занятые рубежи даже по объективным причинам, расстреливали без суда и следствия. Приказ не требовал разбираться, кто прав, кто виноват, кто струсил, а кто поступал, сообразуясь с обстоятельствами. Но, к счастью, сама фронтовая действительность делала нереальным этот жестокий приказ.

Знаете поговорку: «Не так страшен черт, как его малюют». Приказ приказом, но вплоть до сорок третьего года почти по всем фронтам шло отступление. И если бы всех расстреливали, то кто бы добыл нашу Победу? Где-то приказ побеждал трусость, а где-то разум — приказ.

— **Вы имеете в виду личность командира?**

— Да, конечно. Расскажу вам такой эпизод. В финскую кампанию я был врачом бата-

льона. Шел бой, стрелки отстукивали час за часом, а раненых все не было. Мы с санитаром решили подползти ближе к передовой. Вдруг из леса, а там находился командный пункт, такая отборно-изошренная ругань доносится, вот уж сколько прожил, а подобного не слышал. Спрашиваю санитаря: «Кого ругает?» — «По-моему, вас».

Я думал, меня чествуют за медлительность, за то, что раненых не выношу из боя. А командир кричит: «Тебя 15 лет учили, из тебя врача приготовили! Если убьют солдата, мне его очень жалко, поверь, но завтра пришлют пополнение. Возможно, это звучит цинично, но не бывает войны без потерь. А если убьют тебя, где мне взять врача? Ты не имеешь права рисковать без причины. Поэтому запрещаю тебе выходить за линию моего командного пункта!»

В тот момент я не сомневался: командир прав. Разумнее сохранить врача, чем бойца. он-де потом спасет многих бойцов... А сегодня я думаю иначе: нравственно ли вот так сопоставлять ценность человеческой жизни — если одна более ценна, значит, другая — менее?

Мне представляется, что новое мышление, к которому мы все сегодня так стремимся, предполагает признание ценности человеческой жизни вообще, ее приоритет над всеми другими ценностями в мире.

— **Михаил Ильич, я знаю, что вам приходилось видеть замученных советских военнопленных; ваш брат погиб на войне. Знаю и то, что вы спасали жизнь пленным немецким офицерам и солдатам. С каким чувством вы их оперировали?**

— Чувства, эмоции в нашей работе только мешают. Моя профессия гуманна и милосердна. Врачебный долг обязывает спасать человеческие жизни, и врагов в том числе.

Правда, порой приходилось сдерживаться, особенно в начале войны. Когда раненым немцам требовалось переливание крови, они, помню, высокомерно спрашивали: «А это арийская кровь?» Я объяснял, что не арийская, но она спасет жизнь. Некоторые отказывались. А когда война подходила к победному концу, пленные уже не спрашивали, а умоляли: «Доктор, спасите меня! Гитлер капут!»

— **Роль медицинских работников в победе над врагом оценена высоко. Да и как может быть иначе, если 70% раненых было возвращено в строй! Но вы лично что считаете главным в подвиге фронтовых медиков?**

— Главным я бы назвал самопожертвование. И любовь к людям! Поймите, мы видели смерть ежедневно, ежечасно, ежесекундно. И если к смерти не привыкли, если боролись с ней, не ожесточились, не потеряли человечности, значит, мы одержали нравственную победу. Значит, своим трудом доказали: гуманизм, добро, правда торжествуют!

Врачи, санитары, медсестры почти не стреляли, не брали штурмом высотки, не шли в атаку, но мы, не щадя жизней своих, под огнем выносили раненых с поля боя и рисковали ради других. Мы оперировали по 24 часа в сутки, до мути в глазах, не задумываясь отдавали свою кровь, когда она была нужна, продолжали работать, когда качалась лам-

почка в палатке и грохотали орудия, сотрясаясь земля.

Мне как-то рассказывал Ефим Иванович Смирнов (он в ту пору был начальником Военно-медицинского управления Советской Армии) о том, что слышал от немецких военнопленных: «Войну выиграла «генерал мороз», русский солдат и русский врач».

— **Михаил Ильич, хотелось бы знать ваше мнение: сохранили сегодняшние врачи те высокие качества врачей военных лет?**

— Не будем говорить о врачах вообще. Героические медики есть и сегодня. А есть и равнодушные; равнодушных, к сожалению, много.

Война обостряла чувство ответственности, заставляла врача в самых трудных ситуациях искать и находить выход. А сейчас врачи порой боятся принять самостоятельное решение, кивают на главного врача, на администрацию, устраняются от решения острых проблем.

И объясняется это, я уверен, тем, что в последние годы, в период, когда над всеми нами довлели командно-бюрократические методы руководства, люди постепенно привыкли ждать инструкции. Вот и не решается молодой доктор что-то предложить, не оттачивает свою мысль, не проявляет инициативу...

— **Очень непросто избавиться от инфантильности, инертности, которые присущи еще многим из нас, несмотря на то, что живем мы в бурное перестроечное время. Михаил Ильич, а что вы, как педагог, воспитатель молодежи, считаете сейчас главным в своей работе?**

— Прежде всего воспитание Личности. Воспитывать надо правдой, поднимать самосознание и общественную активность. Учить демократии, воспитывать высокую порядочность, милосердие, честность и желание трудиться. Начинать следует со школы. Надо учить наших детей не повторять заученное, принимая все на веру, а уметь анализировать, сопоставлять, сравнивать. Аудитория должна кипеть, пусть оппоненты «сталкиваются лбами», и каждый доказывает свою точку зрения, но аргументированно, не унижая и не оскорбляя достоинства друг друга.

— **Насколько мне известно, ваш сын состоялся как ученый. Год назад он защитил докторскую диссертацию. Как вам кажется, а как личность он состоялся?**

— Пожалуй, да. На многое он имеет свой взгляд, но не всегда ему хватает напористости в споре. Я в его годы спорил горячо, даже если приходилось доказывать свою правоту человеку старше меня, уважаемому и с громким именем. Правда, у меня за спиной была война, она многому научила...

— **Разрешите поздравить вас, Михаил Ильич, и вместе с вами всех медиков-фронтовиков с Днем Победы. Желаем успеха и в вашей многотрудной деятельности в движении врачей мира за предотвращение ядерной войны.**

— Благодарю за добрые слова. Я сегодня расцениваю как цель жизни борьбу за мир, за неотъемлемое право каждого человека жить в мире, жить свободным, здоровым, счастливым.

Беседу вела В. ШКОЛЬНИКОВА



**С**читанные дни остались до открытия летних пионерских лагерей. Строители спешно белят, красят, ремонтируют, профкомы распределяют путевки, мамы осаждают магазины фирмы «Детский мир» в поисках маек, трусиков, кроссовок. Скоро, скоро по городским улицам двинутся колонны автобусов с красными флажками...

Событие это всегда радостное, праздничное. Но посмотрим пристальнее на быт пионерского лагеря. Все ли получает ребенок, что может он получить, находясь 24 дня на вольном воздухе, да еще под опекой вожатых, педагогов, медицинских работников? И всегда ли помнят руководители пионерских лагерей, что выезд детей за город, как он был задуман еще в первые годы Советской власти, прежде всего преследовал цель укрепления здоровья детей. Так он и обозначался: летняя дет-

# ДЕТКИ В КЛЕТКЕ

Фото О. ИЛЬИНА

ская оздоровительная кампания. Подчеркиваю — оздоровительная!

По роду своей работы мне часто приходится бывать в пионерских лагерях. Листваю записные книжки-дневники прошлых летних посещений пионерских лагерей Одесской и Липецкой областей, Башкирии, Краснодарского края. Позволю себе выделить проблемы, типичные для пионерских лагерей многих регионов страны.

Первая проблема — забвение простого правила: «чистота — залог здоровья». Когда-то все, от мала до велика, подчинялись распорядку: входя в столовую, покажи дежурному руки, а то (заодно) и уши, на ночь — «предъяви» вымытые ножи. Ныне все это считается давно не нужным, устаревшим. И лишь угроза прибытия сотрудников СЭС заставляет иных пионеров вытащить из-под кровати чемодан, из-под матраца — грязные носки, из тумбочки — залежалые продукты.

Вторая проблема — несбалансированное питание. Профсоюзные организации, как правило, ассигнуют теперь полтора рубля, рубль 60 и даже два рубля в день на ребенка. Появляется возможность кормить детей разнообразнее, вкуснее. Но вместо того чтобы ежедневно включать в рацион фрукты, овощи, ягоды, во многих лагерях увеличивают порции, готовят пищу пожирнее: 100 граммов масла каждому ребенку давали минувшим летом в одном одесском пионерлагере!

А по нормам, установленным специалистами, жиров, животных и растительных, ребенку школьного возраста требуется 35—45 граммов. И не на пользу, а во вред идет ему лишний жир! Хотя давно известно, что полный ребенок — это без пяти минут больной ребенок, показателем здоровья почему-то все еще остается «привес». И создается он не только избыточным питанием.

Во весь рост встает перед сегодняшним пионерским лагерем третья и самая важная проблема — гиподинамия.

Проследим день за днем с хронометром в руках, чем занимаются дети в лагере. Отрядный сбор — сидят, дружинный — тоже сидят, линейка — стоят. В подмосковных лагерях «Факел» и имени Миля, например, показывают иногда по два художественных фильма в день — опять дети сидят, притом в душном зале.

Оптимисты твердят: ребята, мол, двигаются на дискотеках вечерами. Но надо видеть своими глазами маленький и сверхдушный зал, где топчутся сотня, две, а то и три ребят самого разного возраста! Тут нет ни движения, ни физической, как, впрочем, и никакой иной культуры.

Пять лет назад Госкомспорт СССР вместе с ЦК ВЛКСМ и ВЦСПС издал хороший приказ: три обязательных часа физкультурно-оздоровительных занятий в день для каждого ребенка. А на деле? Утренняя зарядка — 15 минут. Спортсекции (не обязательные для каждого и не ежедневно работающие) — еще час. Из распорядка дня как-то сами собой выпали «часы спортивных занятий», проводившиеся учителями физвоспитания в каждом отряде поочередно: тут были и легкая атлетика, и спортивные игры, и подвижные. В прошлом же году почти не приходилось видеть спортивных состязаний звеньев и отрядов. Правда, везде организуют лагерные спартакиады. Но они сводятся в ос-

новном к первенству по легкой атлетике да к футбольному турниру. В том и другом участвуют, естественно, сильнейшие, избранные, самые-самые... А более слабые, те, кому физическая тренировка нужнее всего, остаются зрителями.

В большинстве пионерских лагерейожатые не знают даже комплексов утренней гигиенической гимнастики. Одному-двум учителям физвоспитания приходится заниматься утром с армией в несколько сот детей. Какая может быть эффективность таких занятий! Не только нагрузки не подберешь (что тяжеловато для шести-семилеток, то слишком легко для старших), даже просто лиц не разберешь в этом многолюдном море.

Известно, что у нас не лучшим образом организован детский туризм, тем более летний, лагерный. Коль и идут в поход, то один раз за смену и всем скопом. В киевском «Колосе» выводили сразу весь лагерь — человек двести. Какая уж тут физическая да и экологическая культура? В большинстве лагерей отсутствует туристический инвентарь, и поход потому вообще становится нереальным.

Когда рассказываю коллегам, как в далекие 50-е годы мы с вожатыми лагеря имени Н. К. Крупской под Звенигородом выводили ребят на Москву-реку и семь лодок одна за другой шли сначала вверх по течению, потом — вниз, этому уже никто не верит. Как так? А вдруг? А лодки где? А весла? И они, что ж, грести умели? Да, были и лодки, и весла. Да, учили ребят правилам безопасности на воде. Да, и плавать, и грести они умели. И даже, представьте себе, ходили босиком!

«Босиком?!» Сколько раз в ответ на это слово у лагерных начальников поднимались брови, а у кого-то и палец к виску — не сошел ли я с ума?

Но посмотрите на обувь детей в лагере: если не кроссовки, то кеды, и надетые утром на целый день. А потом войдите вечером в детскую спальню и потяните носом...

Притчей во языцех стали дети, особенно малыши, одетые в жару в шерстяные свитеры, кофты. Ну неужто трудно одеть детей по погоде, а то и переодеть, когда погода меняется?! Кажется, мелочь, но ведь подобное отношение к одежде ребенка не исключение, а скорее правило.

Ведь это дети: им хочется бегать и кувыраться, бросать и ловить, купаться и пробежаться босиком. Врач подтвердит: да, нужно бегать и по песочку у реки, и по траве-мураве. Для этого необходимы по крайней мере две вещи: внимание взрослых к детям и время для свободных игр, свободного общения.

Лагерная жизнь расписана по минутам, и дел разных много. Но вот беда, они





однообразны и монотонны: все сидячие, стоячие, статичные. Сейчас не в почете разные смотрят строевой, песенной, военно-спортивной подготовки. Согласен, устарела форма, но, может быть, стоит придумать что-то другое взамен, ведь военные игры в лагере были для детей возможностью побегать, подвигаться, и не просто так, а со смыслом, чтобы интересно было!

Задуматься необходимо над каждым шагом, каждым элементом и воспитательной экологической работы. По-прежнему собираются охалки полевых цветов для гостей, вытаптываются просеки во время общелагерных походов, возле лагерей перестают вить гнезда птицы — громкоговорители «вещают» здесь так, что распугивают не только пернатых: ребята устают от шума, а приезжающие к ним родители не знают, куда деваться.

А ведь как приятно, как важно, как необходимо ребенку со всех точек зрения — оздоровительной, эстетической,

экологической, — выехав за город, побыть наедине с природой, послушать шум леса, журчание ручья. Просто углубиться в себя, послушать тишину негородскую...

Все в воспитании ребенка важно и все взаимосвязано — и духовная культура, и физическая, и экологическая. А мы как-то упустили то, о чем твердил Макаренко: «Человек не воспитывается по частям».

Физическое воспитание, например, тесно связано с трудовым.

Казалось бы, условия жизни в пионерском лагере дают прекрасную возможность осуществить такую связь. Но как часто эту возможность упускают, даже вовсе не предусматривают! Начальник пионерского лагеря одного из крупнейших предприятий Архангельска пожаловался: «Построили дворец «Северный» на берегу Черного моря. Хорошо. Везде стекло, зеркала... Спальни на два человека, в каждом номере-люксе — ковер, цветной телевизор, ванна с душем, горячей водой. А работать детям негде! Что делать? Как, кого воспитывать?»

Тоже ведь проблема. На предсезонной учебе воспитателей инструкторы твердят: занимайте детей самообслуживанием! Хотя тот же Макаренко говорил: самообслуживающий труд из-за своей монотонности и ничтожного мотивационного значения никак не привлекателен и требует как можно скорейшего дополнения другим видом трудовой деятельности. Потому-то в макаренковском коллективе появился труд сельскохозяйственный и примитивные, а потом и непримитивные мастерские. Потому-то там, где дети трудятся систематически, например, в лагере труда и отдыха, ученической производственной бригаде, там и настроение выше, и всяких «ЧП» меньше. Потому-то, если в пионерском лагере организован серьезный труд (а не только уборка территории), то и дети там чувствуют себя уверенней, больше получают полезных знаний. Как, например, в киевском «Алмазном», начальник которого определил пять объектов труда — сад, огород, теплицы, парники, цветники, на которых ежедневно работают все: октябрята по полчаса, пионеры в зависимости от возраста — от часа до полутора.

Распорядок дня в лагере — предмет споров медиков, педагогов, вожатых. Както в одном подмосковном лагере встретила мне после обеда девочка с ракеткой в руках.

— Ты что ж не спишь? — механически спросил я.

— А мне не надо, — ответила она, взглянув на меня, чудака, недоуменно.

Лишь тогда, заметив излишнюю ее полноту, я понял: действительно, не надо. Не спали и другие дети: одни катались на лодках, другие просто прогуливались.

Естественно, не мое, а специалистов-педиатров, физиологов дело — решать проблему детского послеобеденного сна в лагере, но решать ее надо. Пока же

минувшим летом послеобеденное время было по-прежнему самым тревожным: воспитатели стояли возле спален, укладывая пионеров (и комсомольцев!), большая часть которых не приучена, конечно, спать днем. Ребята всячески стремились выйти из-под контроля (читали под простыней, выскакивали в окна, отпрашивались в туалет).

В одних лагерях разрешили детям не спать, а читать в постели, но врачи-офтальмологи возражают. В других сказали: играйте, но только тихо! А как можно тихо играть даже в шахматы — непонятно...

Ясно, что пересмотреть надо отношение ко всем аспектам жизни в пионерском лагере. К режиму и прежде всего двигательному распорядку дня. К питанию и к соблюдению санитарных норм.

И что же — ждать каких-то указаний «сверху», распоряжений, инструкций? А разве не может коллектив каждого лагеря, заручившись помощью своей профсоюзной организации, комсомольцев, родителей, сделать жизнь ребят в пионерском лагере более содержательной, насытить ее движением, радостью? Разве непозволительно им проявить свою инициативу? Ведь для всего того, о чем шла речь, не нужны ни ассигнования, ни новое строительство, ни дополнительные штаты. Только посмотреть на дело здраво. Только отказать от рутины!

Л. ЧУБАРОВ,  
педагог



# НОВЫЕ ЛЕКАРСТВА И НОВЫЕ ПОДХОДЫ

Около тридцати тысяч заболеваний известны современной медицине. Количество же лекарственных препаратов, применяемых для лечения болезней, во много раз больше — оно достигло 300 тысяч и продолжает расти. Что заставляет ученых, исследователей непрерывно приумножать и без того немалый арсенал лекарственных средств? Какие цели ставят перед собой создатели новых препаратов, ведущие непрекращающийся поиск? На вопросы нашего корреспондента О. ЗЕДАИН отвечают директор Института фармакологии АМН СССР, академик АМН СССР Артур Викторович ВАЛЬДМАН и директор ВНИИ по изысканию новых антибиотиков, доктор биологических наук, профессор Юрий Васильевич ДУДНИК.

**А. В. ВАЛЬДМАН.** Максимум эффекта, минимум вреда — вот два основных требования к каждому вновь создаваемому лекарству. Просто множить число препаратов нет смысла: оно так велико, что даже термин появился — «фармацевтический взрыв». Однако препараты, которые имеют, не в полной мере удовлетворяют практическую медицину, всегда существуют некое «но», которое не дает лекарству быть идеальным во всех отношениях.

Вот, к примеру, широко всем известные кардиотонические средства. Сравнительно недавно приходилось довольствоваться настоем трав: наперстянки, ландыша, некоторых других. Затем резкий рост сердечно-сосудистых заболеваний, наблюдающийся во всем мире в последние десятилетия, потребовал средств более эффективных. Из травяного сырья выделили действующее химическое начало, оказывающее стимулирующее влияние на сердечную деятельность, и на его основе создали целую группу препаратов — сердечные гликозиды. Все они повышают сократительную способность миокарда, улучшают его кровоснабжение и питание, ускоряют кровоток, уменьшают или устраняют застойные явления и кислородное голодание тканей. К тому же каждый препарат этой группы наделен еще и специфическим фармакологическим действием, что позволяет выбрать именно то лекарство, которое даст наилучший эффект в данном случае. Скажем, при хронической сердечной недостаточности, обусловленной пороками сердца, артериальной гипертонией, нарушением легочного кровообращения, назначают гликозиды наперстянки. При острой же сердечной недостаточности, сердечной астме, отеке легких прибегают к внутривенному введению быстродействующего строфангина и его аналогов.

Казалось бы, практическому врачу есть из чего выбирать и чем лечить. Но... Есть у этих препаратов такие отрицательные свойства, которые заставляют врача пользоваться ими с большой осторожностью. Недаром говорят, что сердечные гликозиды в руках терапевта то же, что нож в руках хирурга. Поэтому нельзя считать проблему решенной и нельзя прекращать поиска новых препаратов.

**Ю. В. ДУДНИК.** Одна из главных причин, которая не позволяет остановиться на достигнутом и заставляет искать все новые и новые препараты — это возникновение устойчивых форм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов. Многие из них с поразительной скоростью приспосабливаются к антибиотикам. Пример тому — пенициллин, открывший всего несколько десятилетий назад эру антибиотиков.

Сейчас, увы, он сдает свои позиции (по зарубежным данным, примерно 80% штаммов стафилококков устойчивы к нему) и все больше используется как исходный продукт для получения новых полусинтетических пенициллинов.

Кроме того, заявили о себе так называемые оппортунистические инфекции, возбудителями которых стали ранее непатогенные микроорганизмы. Они выявляются у больных иммунодефицитами, и в частности СПИДом. У них, например, часто развиваются тяжелые пневмонии, вызываемые пневмоцистой. Этот микроб доволно безобиден и практически непатогенен для здорового человека. И лишь ослабление защитных сил организма, недостаточность иммунной системы делают пневмоцисту болезнетворной.

Естественно, против новых возбудителей приходится искать новые средства защиты. Совсем недавно создано новое по-

коление бета-лактамовых антибиотиков (цефалоспоринов). У них очень широкий спектр действия. И пока микроорганизмы не выработали к ним резистентности, то есть устойчивости, цефалоспорины можно считать высокоэффективными средствами борьбы со многими тяжелыми инфекциями.

**Корр.** Юрий Васильевич, к сожалению, вера в эффективность и надежность антибиотиков в последнее время сильно пошатнулась. Многие считают антибиотики вредными лекарствами, и нередко больные, наслышанные о побочных действиях этих препаратов, предпочитают травы, гомеопатические средства. Действительно ли антибиотики выделяются из общего ряда частотой и тяжестью побочных действий?

**Ю. В. ДУДНИК.** Как правило, врач назначает антибиотики, когда инфекционное заболевание протекает тяжело, с различными осложнениями. В частности, при стафилококковых инфекциях траволечение бессильно, а с помощью современных полусинтетических антибиотиков удается излечивать до 70% больных (до их создания этот показатель не превышал 25%).

Теперь о побочном действии антибиотиков. Конечно, оно есть. Потому что любое противомикробное средство уничтожает не только наших врагов — возбудителей заболевания, но и наших союзников — микробов, обитающих в пищеварительном тракте. Но, как правило, отрицательные свойства антибиотиков выдвигаются на первый план в тех случаях, когда препараты применяют неумело, бесконтрольно.

Не стану утверждать, что врачи всегда к месту применяют это сильнодействующее оружие. А ведь эффективность любого лекарственного средства зависит не только от того, какими свойствами наделили его создатели, но и от того, насколько правильно его применяют на практике.

В идеале каждый раз из богатого арсенала препаратов надо выбирать именно тот, который подействует на данного возбудителя заболевания. А сделать это можно, лишь выделив возбудителя и определив его чувствительность к имеющимся антибиотикам. К сожалению, такая бактериологическая служба действует лишь в некоторых крупных лечебных учреждениях. Она должна стать обязательной принадлежностью каждой больницы. Только такой подход позволит разработать оптимальную стратегию использования антибиотиков и свести к минимуму их побочное действие.

**Корр.** Из того, что говорилось, следует, что побочные нежелательные эффекты свойственны всем группам лекарственных веществ. А возможно ли создание лекарственного средства, полностью лишённого этого недостатка?

**А. В. ВАЛЬДМАН.** Как невозможно изобрести лекарство-панацею на все случаи жизни, так же маловероятно, что будет синтезировано медикаментозное средство, состоящее из одних плюсов и полностью лишенное минусов. Но вся история поиска лекарств — это стремление максимальную пользу сочетать с минимальным вредом. И, пожалуй, сегодняшний уровень развития науки и техники позволяет к этому приблизиться.

Когда исследователи обладали знанием о структуре и функции на уровне органа — сердца, печени, почек, подход к созданию лекарств был одним. И совсем иным он стал в наши дни, когда стали известны тонкие, интимные процессы жизнедеятельности, протекающие не только в тканях, клетках организма, но даже на субклеточном, молекулярном уровнях. Создание лекарств близких, родственных по своей структуре тем биологически активным веществам, которые работают в организме человека, — вот одно из принципиально новых направлений фармакологии, развитие которого стало возможным благодаря обретенным знаниям.

Возьмем, к примеру, нейропептиды — белковые вещества, вырабатываемые клетками головного мозга. Их насчитывается несколько сотен, и каждый нейропептид участвует в регуляции нескольких функций в организме. Науке уже известны нейропептиды, которые вызывают чувство голода или, напротив, сытости, возбуждают двигательную активность, уменьшают болевые ощущения, усиливают память, способность к обучению...

Но все природные нейропептиды крайне нестойкие соединения — в организме они, выполнив свою роль, под действием ферментов распадаются за считанные минуты. Усилиями ученых и практиков удалось синтезировать некоторые нейропептиды и, защитив от расщепляющего действия ферментов, сделать их «долгожителями». А это значит, что мы стоим на пути реального создания лекарственных средств, не чужеродных для организма. Но даже в этом случае нет основания думать, что они не будут обладать каким-либо побочным действием.

**Ю. В. ДУДНИК.** Заповедь «Не вреди!» исповедует не только врач, выписывающий лекарства больному, но и создатели этих лекарств. И все же, как бы мы ни старались, изобрести препарат без побочного действия практически невозможно.

Например, тот же пенициллин обладает стопроцентной избирательностью: его мишень — клеточная стенка бактерии. На клетки организма человека он не оказывает непосредственного повреждающего действия. Но тем не менее в некоторых случаях он способен включать иные меха-

низмы и провоцировать тяжелые аллергические реакции.

Противоопухолевые антибиотики, над созданием которых работают сотрудники нашего института, обладают значительно меньшей избирательностью и, следовательно, более выраженным побочным действием. Это и понятно: если клетка бактерии сильно отличается от любой клетки организма человека по структуре, по биохимическим реакциям, то опухолевая клетка — та же человеческая, только переродившаяся. Именно поэтому крайне сложно снизить повреждающее действие противоопухолевых препаратов на здоровые клетки. Повысить избирательность лекарства, нацелить его действие исключительно на больные клетки — сложная задача, решение которой требует многих и многих усилий.

**Корр.** Испокон века и почти до середины нашего столетия появление нового препарата было, как правило, делом случая. Поиск велся методом проб и ошибок. Сегодня он прочно базируется на рациональной основе: лекарства конструируют, открытия планируются. Насколько такой путь эффективней? Не исключает ли он счастливую случайность?

**А. В. ВАЛЬДМАН.** В настоящее время существуют миллионы и миллионы биологически активных соединений. И если все их наугад перебирать, отыскивая то, что может стать основой лекарственного препарата, не хватит целой жизни. Поэтому во всех лабораториях мира, в том числе и в нашей стране, идет направленный синтез лекарственных препаратов.

Что же касается счастливого случая, то, как говорится, от него никто не застрахован. Такой случай произошел, например, с отечественным препаратом клофелином (зарубежные аналоги — гемитон, катапрезан). Он широко применяется в комплексном лечении гипертонической болезни, а также глаукомы — заболевания глаз, основным проявлением которого является повышение внутриглазного давления. А ведь задумывался клофелин как средство... от насморка. Но когда препарат проходил клинические испытания, выяснилось, что он обладает специфическим влиянием на сосудодвигательный центр продолговатого мозга и способен снижать артериальное давление.

Но такие сюрпризы — все же исключение из общего правила. Нет никаких сомнений в том, что направленный поиск лекарственных средств и в дальнейшем будет главным. А удача, как правило, сопутствует тем, кто знает, что и как искать.

*«Читала в вашем журнале, что вирус СПИДа со слюной не передается. Однако в последнее время зарубежные радиостанции сообщали противоположные сведения. Внесите, пожалуйста, ясность в этот вопрос.»*

*И. Семенова, Москва*

## СЛЮНА НЕ СОДЕРЖИТ ВИРУСА СПИДА

Отвечает кандидат медицинских наук  
В. В. ПОКРОВСКИЙ.

Есть немало доказательств, подтверждающих вывод о том, что слюна человека, зараженного и даже больного СПИДом, не содержит вируса, вызывающего эту болезнь, или содержит его в столь низкой концентрации, что попадание такой слюны в кровь здорового человека не грозит ему заражением. В США произошел такой случай. Психически больной человек, зараженный СПИДом, покусал 30 человек, и ни один из них СПИДом не заразился.

В США сейчас насчитывается более 80 тысяч больных СПИДом. Но не зарегистрировано ни одного случая внутрисемейной передачи ими вируса близким людям (родственникам, членам семьи), с которыми они не состояли в половой связи, но пользовались общей посудой.

Творетически (на практике такого случая не зарегистрировано) есть опасность заражения при сексуальном поцелуе, когда целующий может прикусить и поранить слизистую оболочку полости рта того, кого он целует. Но и в этом случае заражение может произойти только при условии, что у зараженного СПИДом язвенный стоматит, кровоточивость десен (пародонтоз) и в его кровь попадает в ранку в полости рта здорового человека.

Случай в Элисте, когда зараженный СПИДом ребенок заразил мать, кормившую его грудью, произошел, можно полагать, вследствие того, что у ребенка был язвенный стоматит, кровь смывалась с его слюной, а во время кормления он ранил сосок матери имеющимися у него уже несколькими зубами. Кроме того, на соске были трещины, и кровь ребенка, содержащая возбудитель СПИДа, неоднократно попадала в ранки на груди матери.

Таким образом, существуют только три пути передачи ВИЧ (вируса иммунодефицита человека), вызывающего СПИД: при половом контакте, из крови — в кровь и от зараженной или больной матери — плоду или новорожденному, которого она кормит грудью. Эти пути возможного распространения СПИДа назвал и доктор Джонатан Манн — директор глобальной программы ВОЗ по СПИДу. Он приезжал в Москву в марте этого года для участия в Европейском совещании по профилактике СПИДа и борьбе с ним.

*«Слышала, что создано общество борьбы со СПИДом. Каковы его задачи?»*

*В. М. Иванова, Казань*

## ДЛЯ БОРЬБЫ СО СПИДОМ

В феврале 1989 года в нашей стране создана Ассоциация борьбы со СПИДом. Она имеет целью способствовать пропаганде профилактики СПИДа, стимулировать научные исследования в этой области, а также возглавлять социальную реабилитацию людей, больных и зараженных СПИДом, оказывать им моральную, а при необходимости и материальную поддержку.

Среди пяти депутатов, избранных от Советского детского фонда имени В. И. Ленина народным депутатом СССР,—

Марина Николаевна РАХМАНОВА, профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии Оренбургского государственного медицинского института, председатель областного отделения Советского детского фонда.

Вскоре после выборов с М. Н. РАХМАНОВОЙ встретилась наш корреспондент И. БЫКОВА.

## МОЯ ЗАБОТА— ЗАЩИТА ДЕТСТВА

— *Марина Николаевна, поздравляем вас и желаем больших успехов в депутатской деятельности. Как вы восприняли высокое звание народного депутата СССР?*

— Прежде всего огромное волнение, осознание колоссальной ответственности. И перед теми, кто меня выдвинул и избрал, и перед теми, кому я призвана служить,— нашими детьми.

Раньше я уже избиралась депутатом местного Совета. Но прежние выборы несравнимы с нынешними! Теперь все было необычным, начиная с открытого, истинно демократического выдвижения, и очень серьезного обсуждения кандидатур.

Со своей предвыборной программой я вывзжала в Казахстан, Белоруссию, на Украину. Люди очень внимательно слушали, задавали острые вопросы. И всегда было ощущение, что тебя хотят хорошенько проверить, выяснить, как ты ориентируешься в современных проблемах детства, насколько умеешь мыслить по-государственному.

Я полностью отдаю себе отчет в том, что прошло то время, когда избрание депутатом было только почетно. Сейчас всем нам предстоит большая, напряженная работа.

— *Марина Николаевна, вы единственный врач среди народных депутатов СССР от Советского детского фонда. Какие первоочередные проблемы детства, по вашему мнению, надо сейчас решать?*

— Я убеждена, что охрана здоровья ребенка должна начи-

наться до его рождения. Поэтому я поддерживаю, в частности, серьезную работу фонда по планированию семьи. Считаю, что необходимо повысить ответственность медицинских и государственных учреждений да и самих родителей за рождение неполноценного, заведомо больного ребенка. Если мы усилим внимание к женщине, меньше будет рождаться больных детей.

Меня очень беспокоят низкие показатели как физического, так и психического здоровья детей. Считаю необходимым организовывать в тех регионах, где слаба материальная база детского здравоохранения, современные лечебно-диагностические комплексы, наподобие Центра детского здоровья СДФ имени Ленина и Минздрава СССР, который сейчас создается в Оренбурге.

Многие отклонения в состоянии здоровья детей обусловлены неблагоприятной экологической обстановкой. И наша группа СДФ будет бескомпромиссно бороться за ее оздоровление. Приложим все силы к тому, чтобы сделать достоянием широкой гласности статистику детской заболеваемости и вменить в обязанность местным органам здравоохранения систематически ее анализировать в сопоставлении с региональной экологической обстановкой. Это даст возможность выявить неблагоприятные факторы, установить степень их влияния на детский организм и в конце концов найти меры защиты, разработать конкретные региональные программы оздоровления экологической обстановки.

— *А какие видите вы еще пути укрепления здоровья ребенка?*

— Ключ от здоровья и счастья наших детей в руках семьи. Она — начало всех начал: здоровья, воспитания, становления характера, личности, нравственности, культуры человека.

Бесспорно, очень важно экономически укрепить семью, и наша депутатская группа намерена добиваться пересмотра положения о льготах, пенсиях, пособиях семьям, более широкого использования фондов предприятий для помощи молодым и многодетным семьям.

Наша общая боль — дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Практика последних лет убеждает, что государственные материальные вложения достаточны, чтобы их накормить, одеть и обустроить. Но ни существующее, ни дополнительное финансирование не может решить таких важнейших проблем, как создание ребенку необходимой эмоциональной атмосферы, улучшение его социальной адаптации. Это может дать только семья! Поэтому я ратую за то, чтобы как можно больше детей отдавать на усыновление и под опеку.

— *И все-таки как конкретно вы предполагаете осуществлять свою депутатскую программу?*

— Я буду прежде всего всемерно содействовать образованию постоянно действующей комиссии Верховного Совета по правам ребенка. Пока такой комиссии нет. Кроме того, приму активнейшее участие в создании Закона СССР о правах ребенка, необходимость в котором давно назрела. Постараюсь как можно полнее использовать свое право народного депутата делать официальные запросы в министерства и другие правительственные организации по тем или иным конкретным вопросам, касающимся здоровья и благополучия детей.

— *Марина Николаевна, недавно вы избраны членом правления Фонда милосердия и здоровья. В чем будет заключаться ваша работа в этой общественной организации?*

— Буду представлять в ней интересы детства. Потому что на учредительной конференции Фонда милосердия и здоровья было выдвинуто предложение, чтобы в его правление были включены представители Советского детского фонда для координации деятельности обеих этих организаций.

— *А теперь, Марина Николаевна, хотелось бы, чтобы вы ответили на такой вопрос: откуда у вас берется сила и для врачебной, и для педагогической, и для огромной общественной, а теперь еще для депутатской деятельности?*

— Считаю, что мне очень повезло, когда жизнь свела меня с Детским фондом. Я вижу большую отдачу от своей работы, и это открыло мне второе дыхание. Уже 26 лет работаю я педиатром, и мне казалось, что знаю все детские боли и беды. Оказывается, нет! Но я увидела и другое, сколько у нас по-настоящему хороших и добрых людей, готовых и стремящихся прийти на помощь! У нас в Оренбурге большой актив, много помощников, причем совершенно бескорыстных. Иногда они меня поражают. Приходит в общественную приемную, например, женщина, преподаватель английского языка, и говорит: я вырастила двоих детей, а теперь хочу взять на воспитание детей из детского дома, причем больных, чтобы помочь им стать здоровыми.

А другая пишет: я не могу взять ребенка на воспитание, но хочу познакомиться с какой-нибудь девочкой из детского дома и оформить на нее свадебное страхование с тем, чтобы, когда она вырастет и выйдет замуж, у нее были на первое время деньги.

Люди сейчас потянулись к добрым делам. Есть на кого опереться. Это дает и силы работать, и уверенность в успехе.



Фото С. ГУРАРИЯ

Ю. П. СОЛОДОВНИКОВ,  
доктор медицинских наук,  
профессор

## КАК УБЕРЕЧЬСЯ ОТ БРЮШНОГО ТИФА

**С**овременная медицина все еще не в состоянии победить эту болезнь: брюшной тиф широко распространен во всех без исключения регионах мира. В нашей стране ежегодно им болеют около 10 тысяч человек. Вполне вероятно, что эта болезнь будет сопровождать человечество и в XXI веке, продолжая наносить ему большой социальный и экономический ущерб.

Брюшной тиф — тяжелейшее инфекционное заболевание, одинаково опасное для детей и взрослых. Организм больного буквально нафарширован брюшнотифозными бактериями, которые попадают с током крови практически во все органы и ткани. В результате могут развиваться такие серьезные осложнения, как брюшнотифозный паротит, гнойный плеврит, пиелонефрит, цистит, спондилит, остеомиелит, артрит, менингит, абсцессы различной локализации, поражения периферических нервов. К числу наиболее опасных осложнений относятся перфорация (прободение) брюшнотифозных язв, ведущая к разрыву кишечной стенки с последующим развитием перитонита (воспаления брюшины), а также угрожающие жизни кишечные кровотечения.

Брюшной тиф так же, как дизентерия и холера, — чисто человеческая инфекция, так называемый антропоноз. Болеют им только люди, и заражение происходит только от больных людей. Однако при брюшном тифе главным источником возбудителей этой болезни (*Salmonella typhi*) являются не больные, которые из-за тяжелого клинического течения болезни обычно соблюдают постельный режим, а так называемые хронические брюшнотифозные бактериовыделители.

В силу особенностей развития брюшного тифа от 3 до 5% переболевших людей и после выздоровления продолжают в большом количестве выделять брюшнотифозные бактерии, заражая окружающих. Эпидемиологическая опасность резко возрастает в связи с тем, что процесс выделения бактерий у хро-

**ВЗЯТУЮ ИЗ ОТКРЫТЫХ ВОДОЕМОВ И КОЛОДЦЕВ ВОДУ, ПРЕДНАЗНАЧЕННУЮ ДЛЯ ПИТЬЯ, МЫТЬЯ ПОСУДЫ, ФРУКТОВ И ЯГОД, НАДО ОБЯЗАТЕЛЬНО КИПАТИТЬ.**

нических носителей продолжает еще многие годы — десятки лет, а иногда и всю жизнь.

Нетрудно рассчитать: если в стране в последнее время ежегодно брюшным тифом заболевают около 10 тысяч человек, а из каждых 100 переболевших 3—5, возможно, будут продолжать выделять бактерии, то, следовательно, каждый год могут прибавляться 300—500 новых хронических брюшнотифозных бактериовыделителей. В этом и заключается одна из главных причин широкого распространения брюшного тифа.

Многие бактерионосители, сыграв свою коварную роль источника инфекции и передав ее многим, получили даже всемирную известность. Особенно «прославились» две американки. Одна из них по имени Мэри, работавшая поваром, заразила многие сотни людей. Другая, ее звали Салли, занималась приготовлением пищи на частной ферме. Она стала источником заражения не только членов обширного семейства, но и многих родственников. Несколько человек умерло.

Многочисленные и не менее трагические истории можно рассказать о бактериовыделителях, живущих у нас. Одни из них заражали людей, разнося молоко от коров или коз, которых они держали. Другие участвовали в приготовлении угощения для праздничных столов, и это не раз приводило к трагическому финалу. Через месяц после одной из свадеб молодая жена стала вдовой; вскоре после другой свадьбы от

брюшного тифа скончались жена и невеста, а многие гости тяжело заболели.

Как же происходит распространение инфекции? Бактерионоситель выделяет брюшнотифозные микробы с калом, с мочой. После посещения туалета они могут попасть на руки, и если нечистоплотный человек не вымоет рук, он легко переносит бактерии на пищу, посуду, различные предметы.

Особую опасность представляют в этом отношении женщины, так как, во-первых, у них после болезни чаще развивается бактерионосительство, а во-вторых, они, как правило, хозяйничают на кухне.

Предотвратить распространение брюшного тифа очень просто. Для этого надо соблюдать самые элементарные правила гигиены: мыть с мылом руки после посещения туалета, перед приготовлением пищи, перед едой.

Известен и другой путь передачи инфекции. Брюшной тиф широко распространен на территориях, где отсутствуют канализация и централизованное водоснабжение населения. Именно поэтому у нас более 70% всех заболеваний брюшным тифом ежегодно регистрируется в республиках Средней Азии, в Казахстане, где проблема централизованного снабжения населения доброкачественной водой еще полностью не решена.

А ведь больные и бактерионосители выделяют с фекалиями огромное количество брюшнотифозных бактерий, которые на территориях, где нет канализации, попадают в почву, а из нее — в воду рек, арыков и других водоемов, сохраняют в ней болезнетворность до 5 месяцев, распространяются по течению на большие расстояния. И если загрязненная вода из открытых водоемов используется для питья некипяченой — заражения брюшным тифом не избежать.

При попадании в организм брюшнотифозных бактерий с водой вероятность заражения больше, чем в том случае, когда возбудители проникают в него с пищей. Дело в том, что имеется естественный барьер, защищающий организм от болезнетворного действия микробов: кислое содержимое желудочного сока в какой-то мере подавляет их активность. Вода разбавляет желудочный сок, он становится менее кислым, и его барьерная функция ослабевает. Вот почему взятую из открытых водоемов, колодцев воду, предназначенную не только для питья, но и для мытья посуды, фруктов и ягод, надо обязательно кипятить. Эта простая мера надежно предохранит от заражения брюшным тифом и многими другими кишечными инфекциями, распространяющимися через воду.



А вы не забываете приучать своих детей к этому элементарному правилу гигиены?

Ж. В. СТЕПАНОВА,  
кандидат  
медицинских наук



**НИКОГДА НЕ ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЧУЖИМИ РАСЧЕСКАМИ, МАНИКЮРНЫМИ ПРИНАДЛЕЖНОСТЯМИ, МОЧАЛКАМИ, ПОЛОТЕНЦАМИ.**

**Т**рихофития — заболевание, которое в народе более известно как «стригущий лишай». Возбудители его — грибы, причем одни из них паразитируют на волосах и коже только человека (антропофильные), другие вызывают заболевания и у животных (зоофильные).

Трихофития, обусловленная антропофильными грибами, поражает лишь верхние слои кожи и потому протекает легче. Заражаются ею, когда на кожу попадают чешуйки кожи или волосы больного. Обычно это случается, если человек надевает головной убор больного трихофитией, пользуется его расческой, мочалкой, полотенцем, маникюрными принадлежностями.

При поражении волосистой части головы на ней появляются мелкие шелушащиеся очаги. Волосы на этих участках редуют и ломаются на уровне 2 — 3 миллиметров от поверхности кожи, выглядят как бы подстриженными. Вначале ни зуда, ни боли человек не испытывает. И поэтому он не всегда знает, что болен трихофитией. Тем более что шелушение кожи можно принять за перхоть. Если трихофития развивается на коже туловища, рук, ног, на ней образуются единичные округлые или овальные очаги розового или красного цвета, шелушащиеся в центре, с периферическим валиком, на кото-

# СТРИГУЩИЙ ЛИШАЙ

ром возникают пузырьки, подсыхающие в корочки.

Ногтевые пластинки чаще бывают поражены на пальцах рук, реже на ногах. Заболевание начинается с появления у свободного края ногтя или на боковых частях одного или нескольких ногтей сероватых пятен или полос, которые постепенно увеличиваются в размере. Ногтевая пластинка становится утолщенной, с бороздками, серовато-грязного цвета, крошится.

Если своевременно не обратиться к врачу, трихофития становится хронической, а больной — постоянным источником заражения окружающих. На его коже образуются участки красновато-синюшного цвета, не имеющие четких границ, с шелушением и узелками на поверхности. Волосы, преимущественно на затылке и темени, обламываются у самого основания, и на их месте остаются лишь черные точки, то есть на голове образуются плевшины. Больного начинает беспокоить зуд.

Зоофильные грибы попадают к человеку от больных мышей, крыс, сусликов, морских свинок, от больных кошек, свиней, овец, ослов; а также от крупного рогатого скота. Чаще трихофитией болеет молодежь.

Больные животные значительно теряют в весе. В остальном трихофития протекает у них незаметно, и только при внимательном осмотре на коже можно обнаружить шелушащиеся очажки, расчески, поредение волос.

Заражение людей происходит в большинстве случаев непосредственно от самих животных или через предметы, загрязненные их шерстью: подстилки, щетки, кормушки. Шерсть больных животных может попадать и на рабочую одежду работников животноводческих ферм. И те из них, кто приходит домой в рабочей одежде, что категорически запрещается, способствуют заражению членов своей семьи. Порой дети помогают взрослым ухаживать за телятами, гладят их, прижимают к себе и так заражаются трихофитией.

Распространить заболевание могут мыши, обитающие на скотных дворах и живущие в сене. В осеннее время они в поисках корма и прячась от холода забираются в стога сена, в склады с зерном. Пыль, поднимающаяся при разгребании зерна, сена, соломы, содержит кожные чешуйки и волосы грызунов, зараженные грибами, которые оседают на коже и волосах работающих людей.

Зоофильные грибы, так же, как и антропофильные, могут поражать волосистую часть головы, кожу лица, туловища, рук, ног, реже ногти. На голове, в области подбородка и над верхней губой появляются слегка воспаленные шелушащиеся очаги, округлых или овальных очертаний, с четкими границами. Со временем они увеличиваются, приобретают вид опухолевидных образований темно-красного цвета, покрываются гнойными корками. Больных беспокоят головная боль, слабость, отсутствие аппетита, повышается температура тела. Через несколько недель или 3 — 4 месяца обычно процесс заканчивается, но не проходит бесследно. На месте бывших очагов образуются рубцы.

Обнаружив на теле или волосистой части головы даже незначительные проявления трихофитии, необходимо немедленно обратиться к врачу. Вовремя начатое лечение позволяет избежать развития рубцовых изменений. Смазывать очаги на коже йодом или какой-либо мазью ни в коем случае нельзя, так как это затруднит диагностику. До посещения врача допустимо заклеить очаг лейкопластырем. Для профилактики трихофитии очень важно соблюдать правила личной гигиены. Нельзя пользоваться чужими расческами, маникюрными принадлежностями, мочалками, полотенцами. Ведь, как уже говорилось, человек может не знать, что он страдает трихофитией, и передать болезнь другому.

До и после мытья необходимо чистить ванну специальными



Трихофития ногтей; заражение произошло от больного человека.



Так выглядят пораженные трихофитией участки волосистой части головы и кожи человека, заразившегося от животного.

моющими средствами («Гигиена», «Пемоксоль»), а губки и мочалки промывать горячей водой с мылом и просушивать.

Работники животноводческих ферм не должны забывать, что, входя к животным, надо обязательно надевать спецодежду. Идти в ней домой нельзя, ее следует оставлять в рабочем помещении. Руки после работы мойте с мылом, а спецодежду не реже раза в неделю замачивайте в растворе едкой щелочи (столовая ложка на литр воды), кипятите в течение 10 минут, и лишь после этого ее можно стирать. Высушив, прогладьте рабочую одежду горячим утюгом.

Если у животного есть на теле расчески, корочки, шелушение, плевшиность, его следует незамедлительно показать ветеринарному врачу, а до этого отделить от здоровых животных. Помещение на ферме, где находятся больные животные, чаще проветривайте и обязательно дезинфицируйте.

А. В. ЛУБОЦКИЙ, кандидат медицинских наук

## НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ



“ ЕСЛИ МЕСТО В ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ДОЛГО ПУСТУЕТ, ВОЗНИКАЕТ ЦЕПОЧКА НЕПРИЯТНОСТЕЙ. ”

**Н**е секрет, что ни к какому другому врачу визит не откладывают так долго, как к зубному. Принимают аналгин, идут «заговаривать» зуб, но только не лечит! Сознательно посещающих стоматолога как положено — два раза в год — считанные единицы. Обращаются к специалисту в том случае, когда не помогает ни одно из «домашних» средств или когда без удаления зуба уже не обойтись.

Но вот зуб удален... Возникает новая проблема — протезирование. На это решиться для некоторых тоже стоит немалых усилий. Время идет, состояние зубо-челюстной системы становится все хуже. Ведь если место в челюсти после удаления зуба долго пустует, возникает целая цепочка неприятностей. Из-за того, что затруднено откусывание и пережевывание пищи, зубные ряды и даже целые участки челюстей деформируются. Зубы «расходятся», заполняя пустующее пространство, отклоняются в сторону образовавшегося дефекта, теряют из-за возникшей перегрузки устойчивость, расшатываются, и их тоже приходится удалять. Одним словом, число

зубов уменьшается, искажается речь, появляются косметические недостатки.

Нарушение акта жевания не проходит бесследно для желудка, может развиться гастрит. Тянуть время — значит терять зуб за зубом. Поэтому пересильте свой страх, отложите другие дела и отправляйтесь к зубному врачу.

Начать надо с консультации у стоматологов — ортопеда, терапевта и хирурга, потому что, приступая к протезированию, врач должен оценить общее состояние полости рта. Рентгенологическое исследование всех опорных зубов поможет ортопеду решить, какой вид протеза необходим. Если терапевт найдет кариозные полости, он их запломбирует, снимет зубной камень. Требуют лечения и заболевания пародонта. Зубы, сильно расшатавшиеся из-за пародонтита или длительного отсутствия соседних зубов, хирург удалит.

В некоторых случаях, когда на одной из челюстей приходится удалять сразу 3 или больше зубов, предварительно должен быть изготовлен так называемый имediat-протез. Это пластмассовый пластиночный протез, которым через 10—15 минут после операции, пока еще действует анестезия, замещают удаленные зубы на то время, пока будет изготовлен постоянный протез. Особенно это важно при удалении передних зубов. Во-первых, имediat-протез способствует быстрому заживлению ран после удаления зубов. Во-вторых, благодаря ему оставшиеся зубы избавляются от перегрузки и восстанавливаются недостающие контакты с соответствующими зубами-антагонистами, расположенными на противоположной челюсти.

Изготовление такого протеза особой сложности не представляет, и сделать его могут в любой стоматологической поликлинике.

И. В. ГУДОВА, кандидат медицинских наук

## ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ



“ ПЕРЕНЕСШЕМУ ОПЕРАЦИЮ ВСЮ ЖИЗНЬ НЕЛЬЗЯ ПОДНИМАТЬ ГРУЗ БОЛЕЕ 10 КИЛОГРАММОВ. ”

**Е**динственное проявление катаракты — снижение остроты зрения. За счет чего оно происходит?

В здоровом глазу лучи света свободно проходят через сложную оптическую систему, основным звеном которой является хрусталик, и на сетчатке получается изображение предметов внешнего мира.

У взрослого человека хрусталик — это прозрачное, слегка желтоватое, сильно преломляющее лучи света тело, имеющее форму двояковыпуклой линзы. При катаракте происходит частичное или полное помутнение хрусталика, острота зрения снижается или глаз вовсе перестает видеть.

До настоящего времени спорным остается вопрос о том, является ли катаракта нормальным проявлением старения тканей хрусталика или заболеванием. Нет еще и четких данных о пусковых механизмах ее развития. Известно, что у женщин катарак-

та отмечается чаще, чем у мужчин. Установлено, что и ряд заболеваний, например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, а также длительный прием в больших дозах таких лекарств, как кортикостероиды, некоторые психотропные средства, predisполагают к развитию катаракты. Этому же способствует облучение ультрафиолетовыми и солнечными лучами.

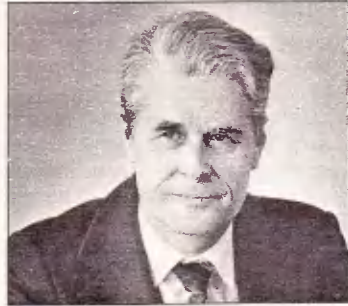
Катаракта развивается, или, как говорят, созревает, постепенно, в среднем от трех до пяти и более лет. В начальных ее стадиях применяют медикаментозное лечение, направленное на нормализацию метаболических (обменных) процессов в хрусталике. Для этого назначают витаминные капли, с помощью которых удается замедлить прогрессирование помутнения хрусталика, улучшить состояние сетчатки глаза.

Однако основной метод лечения катаракты в наши дни — хирургический. За один только год в нашей стране производится более 300 тысяч таких операций. Благодаря широкому внедрению в практику лечения глазных болезней микроскопов, микрохирургических инструментов, благодаря разработанной новой технике удаления катаракты резко сократились ограничения, которые еще несколько лет назад предписывались больным в послеоперационном периоде. Сейчас уже через 2—3 часа после операции пациенту разрешают вставать, и на 5—6-й день, а в некоторых клиниках и раньше, его выписывают из стационара.

Дома пациенту не возбраняется читать, смотреть телевизионные передачи, выполнять

В. П. КОЗАЧЕНКО,  
профессор

## ЖАЛОБ НЕТ...



„ **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ — ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.** „

**С**разу хочу обратиться к женщинам: не избегайте профилактических осмотров у гинеколога! Только систематическое медицинское наблюдение позволит выявить на самых ранних стадиях заболевания, которые, если их не лечить, могут привести к злокачественному перерождению тканей. Предраковые изменения шейки матки или ее тела нередко не дают о себе знать какими-либо проявлениями. У женщины жалоб нет, к гинекологу она не идет, а болезнь развивается. Поэтому крайне важно вовремя обнаружить неблагоприятные изменения и принять все меры для излечения.

В последние годы в распознавании и лечении предраковых и онкологических заболеваний достигнуты немалые успехи. Цитологические и кольпоскопические методы исследования доступны врачам буквально каждой женской консультации и смотрового кабинета. С их помощью можно быстро и достоверно определить начало болезни. А значит, и достаточно эффективно лечить!

Цитологический метод исследования безвреден и безболез-

нен: с поверхности влажной части шейки матки берут мазок и затем исследуют его под микроскопом.

Кольпоскопия также дает врачу большую информацию о состоянии шейки матки: влажную часть шейки матки осматривают через оптическую систему при небольшом увеличении. Используя безвредные реактивы (в большом разведении уксусная кислота и слабый раствор йода в глицерине), можно уточнить особенности любого участка слизистой оболочки половых органов.

Надо твердо усвоить, что в здоровом организме возникновение злокачественной опухоли маловероятно. И в то же время статистика показывает, что самое отрицательное воздействие на состояние защитных сил организма оказывают алкоголь, табак, ожирение, беспорядочная половая жизнь. Японский исследователь Тукухата доказал, например, что у курящих женщин рак половых органов развивается чаще.

Пожалуй, наиболее уязвима шейка матки. Особенно внимательными к себе должны быть женщины, у которых обнаружен такой дефект покровных тканей шейки матки, как эрозия. Слово «эрозия» по латыни означает поверхностную ссадину. Обычно она проявляется под влиянием гормональных сдвигов в организме женщины или воспалительных заболеваний половой сферы.

Предраковые изменения в виде очаговых разрастаний покровного эпителия шейки матки могут возникнуть и при заживлении эрозии. Об этом надо знать и обязательно показываться врачу в установленные сроки.

К предраковым изменениям относятся и некоторые виды лейкоплакий. Это белые бляшки различной толщины, расположенные на слизистой оболочке шейки матки и влагалища. Они бывают и нежными, имеющими вид белесоватого облачка, и грубыми. Именно последние представляют собой повышенную

опасность и требуют упорного лечения.

Иногда на шейке матки появляются опухолеобразные выросты — полипы. Они редко становятся виновниками развития рака, но тем не менее, чтобы наверняка быть спокойной, их надо обязательно удалить.

Причиной возникновения предраковых изменений шейки матки, а затем и злокачественных новообразований могут стать хронические воспалительные заболевания половых органов, особенно длительно текущие воспаления шейки (цервицит) и влагалища (кольпит). На это я хотел бы прицельно обратить внимание женщин, так как многие не особенно тревожатся по поводу наличия у них этих заболеваний и соответственно не выполняют скрупулезно назначений врача.

В последние годы многие специалисты объясняют развитие



рака шейки матки инфицированием половых путей женщины особым микроорганизмом — вирусом человеческой папилломы. Рак шейки матки является как бы разновидностью венерической болезни, передаваемой половым путем. Как уберечься от заражения, особенно при случайных половых контактах? Пока известно только одно средство — мужской презерватив.

И все же пусть это не покажется банальным — главное, что может уберечь женщину от са-

обычные домашние дела. Через 2—3 недели он может приступить к работе. Но есть ограничения на всю жизнь: нельзя, например, поднимать груз более 10 килограммов, передвигать тяжелую мебель. Поэтому тем, кто занимается тяжелым физическим трудом, приходится после операции менять работу. Нельзя заниматься и силовыми видами спорта, к примеру, поднимать штангу. Однако поскольку катаракту удаляют чаще в пожилом возрасте, такие проблемы возникают редко.

После удаления помутневшего хрусталика глаз нуждается в коррекции. Через месяц после операции врач выпишет больному очки. Роль хрусталика с успехом может принять на себя и контактная линза. Сейчас существует много различных типов мягких и жестких контактных линз. А в последние годы все чаще врачи заменяют мутный хрусталик искусственным — метилметакрилатовой линзой, которую вводят внутрь глаза. На сегодня это наиболее эффективный способ реабилитации больных с удаленным хрусталиком, позволяющий им вернуться к профессии, требующей высокого зрения.

Тем не менее мы, врачи-офтальмологи, полагаем, что идеальный способ лечения катаракты — рассасывание помутнения хрусталика. В этом направлении во всем мире ведется интенсивная и постоянная научно-исследовательская работа. Пока, к сожалению, результаты ее малоутешительны. И все же отдельные достижения позволяют верить в то, что будущее — за консервативным, терапевтическим лечением катаракты.

мых разных заболеваний, в том числе и онкологических, это здоровый, нравственный образ жизни. Я утверждаю это на основании многолетнего опыта клинических наблюдений. Ведь в беседах с больными раком шейки матки нередко выяснялось, что они рано — до 16 лет — начали половую жизнь, часто меняли сексуальных партнеров, искусственно прерывали беременности в возрасте до 18 лет. Все это, конечно, не могло не сказаться пагубно на состоянии половой сферы.

Если у женщины с помощью цитологического и кольпоскопического методов выявлены заболевания, предшествующие возникновению рака, то она нуждается в специальной терапии, иногда в небольшой операции.

В наши дни в комплексе лечения используют такие достижения физики, как диатермокоагуляция (электрокоагуляция), замораживание болезненно измененной части шейки матки (криодеструкция), воздействие лучами лазера, а также иссечение шейки матки с помощью скальпеля или специального электрода.

В последние годы во всех экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости раком тела матки и яичников. Нет сомнения во взаимосвязи возникновения этих заболеваний с нарушениями менструального цикла. Вот почему любые дисфункции в детородном возрасте, появление выделений из половых путей после прекращения менструаций — веский повод для обращения к врачу-гинекологу. С расширением наших представлений о причинах и механизме развития рака тела матки появились новые возможности профилактики и лечения этой болезни, в частности новые лекарственные препараты.

Для предупреждения и раннего распознавания опухолей женских половых органов достаточно систематической, не реже раза в год, осмотр гинеколога. При этом врач обследует и молочные железы, и прямую кишку, в которых также могут возникнуть опухоли. Раннее их выявление — главное условие эффективности лечения. Поэтому я призываю всех женщин преодолеть неверие в возможности медицины, инертность, легкомысленное отношение к собственному здоровью. Вы убережетесь от многих бед, если будете доверять гинекологу и следовать его советам.

Е. М. ПОГОДИНА, врач

## КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Упражнения, в том числе дыхательные, вы начали делать еще в стационаре. Как только вы стали подниматься, ходить, следите за своей осанкой!

Упражнения, которые рекомендуется делать дома, выпивавшись из больницы, направлены на укрепление мышц плечевого пояса и рук, на увеличение объема движений в плечевом суставе руки на оперированной стороне (в дальнейшем для краткости будем называть ее больной рукой).

1. Ходьба на месте, со свободными, размашистыми, содержащими движениями рук. Дыхание произвольное.

2. Обопритесь о спинку стула здоровой рукой, больную руку опустите и выполняйте ею до утомления круговые и маятниковые движения вперед — назад, влево — вправо, круговые. Дыхание произвольное (рисунок 1).

3. Положите кисти на плечи и сделайте 4 круговых движения в плечевых суставах вперед, затем столько же назад. Дыхание произвольное.

4. Положите руки за голову, отведите локти назад — вдох, вперед — выдох (рисунок 2).

5. Поставьте руки на пояс — глубокий вдох, отведите локти назад, стараясь сблизить лопатки; локти вперед — выдох.

6. Соедините пальцы в «замок» перед грудью, медленно поднимите руки над головой, глядя на ладони. Дыхание произвольное.

7. Соедините пальцы в «замок» за спиной, вытяните руки, максимально отводя их назад, подбородок вверх. Дыхание произвольное.

8. Встаньте лицом к стене, обопритесь о нее ладонями на уровне плеч. Максимально разведите локти в стороны — вдох, затем прижмите их к туловищу — выдох (рисунок 3).

9. Встаньте лицом к стене и,

скользя по ней ладонями, поднимите руки вверх, стараясь дотянуться больной рукой до уровня здоровой. Дыхание произвольное.

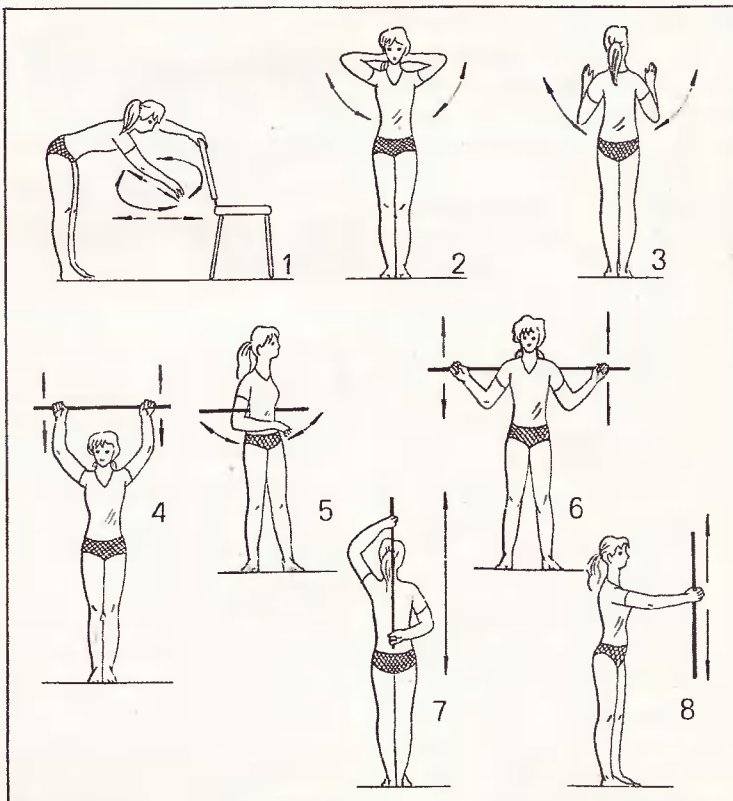
Через 3—4 недели занятий лечебной гимнастикой можно, если разрешит врач, выполнять упражнения с гимнастической палкой.

10. Встаньте прямо, расправив плечи, держа палку перед

дите за спину. Поднимайте и опускайте палку за спиной. Дыхание произвольное (рисунок 7).

14. Встаньте прямо, вытяните больную руку вперед, держа в ней вертикально палку. Перемещая пальцами, перемещайте палку вверх, затем вниз. Дыхание произвольное (рисунок 8).

Каждое упражнение повторяйте от 3 до 10 раз. Если устали, отдохните. Между



собой в опущенных руках. Поднимите палку над головой — вдох, опустите — выдох (рисунок 4).

11. Держа палку за спиной в согнутых локтях, поворачивайте туловище в стороны, ноги от пола не отрывайте. Дыхание произвольное (рисунок 5).

12. Ноги на ширине плеч, палка в опущенных руках. Поднимите палку над головой — вдох, заведите ее за плечи — выдох. Выполняйте упражнение в медленном темпе (рисунок 6).

13. Встаньте прямо, ноги вместе, возьмитесь за концы палки и, держа ее вертикально, заведе-

упражнениями выдерживайте паузы по 5—15 секунд.

3—4 раза во время занятий выполняйте дыхательные упражнения. Сядьте удобно, откиньтесь на спинку стула, положите одну руку на грудь, другую — на верхнюю часть живота. Сделайте глубокий вдох через нос, выпятите живот, на выдохе приблизьте подбородок к груди, живот втяните.

После выполнения всех упражнений расслабьте мышцы, отдохните; можете полежать.

*Уважаемые читатели! После того, как в журнале открылась новая рубрика (см. «Здоровье» № 2 за 1989 год), а больным было предложено заполнить опубликованную анкету и переслать ее к нам, в Институт экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР, мы получили огромную почту. Внимательно ознакомившись с вашими письмами и анкетами, мы пришли к весьма удручающему выводу: многие больные сахарным диабетом не представляют себе, что происходит в организме при этом заболевании, каков механизм его развития, не знают, что сахарный диабет бывает двух типов, от чего зависят и методы лечения, и режим жизни, и многое, многое другое.*

*Поэтому мы решили в первую очередь вооружить вас теоретическими знаниями, а в последующих публикациях дадим и практические рекомендации.*

**С**ахарный диабет — сложное системное заболевание, вызванное абсолютным или относительным дефицитом гормона инсулина, вследствие чего в организме развивается нарушение углеводного обмена, в частности угнетается утилизация тканями глюкозы. Первый признак диабета — повышение содержания в крови глюкозы (гипергликемия) и как следствие этого — выделение ее с мочой (глюкозурия). Одновременно или несколько позднее нарушаются и процессы обмена жиров, белков, водно-солевой баланс. Так формируется мощный шлейф гормонально-метаболических (обменных) изменений, который в конечном итоге может привести к так называемым поздним диабетическим осложнениям: развитию инфаркта миокарда, инсульта, тяжелых поражений сосудов сетчатки глаз, почек и других систем.

Это ставит диабет в ранг острых медико-социальных проблем, требующих неотложного решения.

Установлено, что диабет чрезвычайно разнородное заболевание. Бывает, что он — лишь проявление основного заболевания. Это так называемый симптоматический диабет, сопутствующий, например, поражению эндокринных желез: щитовидной, поджелудочной, гипофиза, надпочечников. Такая форма диабета может быть вызвана и приемом некоторых лекарств. При успешном лечении основного заболевания исчезают и кли-

нические проявления сахарного диабета.

Истинный же диабет делится на два основных типа: инсулино-зависимый (I тип), ранее называемый юношеским, и инсулино-независимый (II тип), или диабет взрослых.

**Диабет I типа возникает чаще у людей в возрасте до 30 лет, им страдают в среднем 10—15% от всего числа больных. Одна из причин развития диабета I типа — поражение вирусами бета-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, продуцирующих инсулин. У ряда пациентов выявлению диабета предшествуют вирусные заболевания, в частности эпидемический паротит (свинка), краснуха, вирусный гепатит. Ученые предполагают, что вирусы поражают бета-клетки поджелудочной железы только у тех, кто имеет наследственную предрасположенность к диабету.**

У многих диабет I типа представляет собой аутоиммунное заболевание. В основе которого лежит дефект иммунной системы организма. Используя разработанные в последнее время методы определения в крови особых белков — антигенов, можно установить, существует ли для данного человека риск развития диабета, вызванного нарушениями иммунной системы организма.

**Подавляющее большинство больных (около 85%) страдают инсулино-независимым (II тип) сахарным диабетом. Причем из них примерно 15% имеют нормальную массу тела, остальные страдают ожирением. Иными словами, тучность и диабет почти всегда идут рука об руку.**

Причины развития диабета I и II типов принципиально различны. У страдающих диабетом I типа вследствие вирусной инфекции или аутоиммунной агрессии распадаются бета-клетки, продуцирующие инсулин, из-за чего развивается его дефицит со всеми драматическими последствиями.

У больных диабетом II типа бета-клетки вырабатывают достаточное

или даже повышенное количество инсулина, но ткани утрачивают свойство воспринимать его специфический сигнал. Если диабет сочетается с ожирением, то главная причина невосприимчивости тканей к инсулину состоит в том, что жировая ткань как своеобразный экран блокирует действие инсулина. Чтобы прорвать эту блокаду, бета-клетки начинают работать с повышенной нагрузкой, и в конечном итоге наступает их истощение, то есть относительная недостаточность переходит в абсолютную. Однако, и это очень важно подчеркнуть, инсулино-независимый диабет не переходит при этом в инсулино-зависимый.

У страдающих диабетом II типа и имеющих нормальную массу тела причиной болезни является нарушение восприятия сигнала инсулина рецепторами, расположенными на поверхности клеток.

Но какова бы ни была первопричина возникновения диабета, в организме при этом замедляется превращение сахара, поступающего с пищей и содержащегося в крови, в животный крахмал гликоген, который откладывается в мышцах и печени.

Увеличение содержания сахара в крови сопровождается усиленным выведением его с мочой. Выделение больших количеств жидкости из организма вызывает обезвоживание тканей, у больных возникает жажда: вместо полагающихся по норме 1,5—2 литров жидкости в сутки они выпивают до 8—10 литров. Соответственно увеличивается и количество мочи, то есть развивается порочный замкнутый круг.

Наряду с повышенной жаждой нарастает общая слабость, появляются кожный зуд, сухость во рту. По мере развития диабета, как уже говорилось, нарушаются не только углеводный, но и жировой, и белковый обмен. В результате у больных сахарным диабетом снижается сопротивляемость многим, в том числе инфекционным заболеваниям, у них более тяжело и длительно протекают другие заболевания.

Истинный дефицит инсулина или нарушенное восприятие его клетками замедляют не только превращение сахара в гликоген, но и сгорание глюкозы в тканях. Поэтому организму в качестве энергетического материала приходится использовать жир. Происходит интенсивный выход жирных кислот из жировых депо и активное их расщепление, что, в свою очередь, приводит к накоплению в крови и тканях так называемых кетоновых тел: ацетона, ацетоуксусной и бета-оксимасляной кислот. Повышенное содержание кетоновых тел в крови вызывает отравление организма и прежде всего центральной нервной системы, а это способствует развитию тяжело-

И. И. ДЕДОВ,  
профессор

# ДВА ТИПА ДИАБЕТА

го осложнения диабета — диабетической комы. У пациента нарушаются жизненно важные функции, в том числе кровообращение и дыхание, и, если вовремя не принять мер, он может погибнуть.

Главная цель лечения больного любой формой диабета — снизить содержание сахара в крови, нормализовать по возможности все виды обмена в организме, предупредить развитие тяжелых осложнений.

Средства лечения различны в зависимости от типа заболевания. **Страдающим инсулино-зависимым (I типом) диабета необходимы инъекции инсулина.** Как их делать, почему важно четко соблюдать назначенную врачом дозу инсулина, что предпринять, если наступит гипогликемия — резкое снижение уровня сахара в крови, какую соблюдать диету, мы расскажем в последующих публикациях.

**Больным II типом диабета назначают сахароснижающие препараты;** иногда удается нормализовать сахар в крови одной только диетой.

Хочу подчеркнуть, что диетотерапия — это краеугольный камень в лечении больных сахарным диабетом независимо от его клинической формы. Каждому пациенту с учетом массы его тела, возраста, пола, физических нагрузок следует строго рассчитывать калорийность рациона, содержание в нем углеводов, белков и жиров, микроэлементов и витаминов. Этому мы также постараемся обучить наших пациентов.

Благотворное влияние на состояние больного оказывает умеренная строго индивидуальная физическая нагрузка. В процессе выполнения физических упражнений происходит усиленное окисление в мышечной ткани глюкозы, поступающей из крови, а следовательно, уменьшается содержание сахара в крови. Вот почему страдающим диабетом в любом возрасте необходима физическая нагрузка. Рассчитать ее, составить комплекс упражнений поможет врач.

Тем, кто хочет следить за публикациями рубрики «Школа для больных сахарным диабетом» и не успел подписаться на наш журнал, сообщаем, что вы можете это сделать с любого месяца в любом почтовом отделении. Напишите в редакцию, какая информация о сахарном диабете вас особенно интересует и вы найдете ответ на волнующий вас вопрос, почерпнете много необходимого для вас сведений.

# ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ- ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИИ

И. И. МАРТЬЯНОВА, врач

Т. Я. ШЕЛОФАСТ, врач

Как свидетельствуют найденные при археологических раскопках фигурки, относящиеся к каменному веку, ожирение с древности сопутствует человеку. И уже в давние времена с ним пытались бороться, хотя и весьма оригинальными способами. В древней Спарте, например, молодых мужчин, масса тела которых превышала принятые стандарты, изгоняли из города.

Современная медицина доказала, что ожирение губит здоровье, сокращает годы жизни. Данные статистики неумолимы: ожирение укорачивает среднюю продолжительность жизни на 7—10 лет, смертность тучных людей после 40 лет возрастает в 2 раза по сравнению с имеющими нормальную массу тела. И ни для кого уже не секрет, что ожирение — фактор риска сахарного диабета, подагры, заболеваний печени и желчевыводящих путей, нарушенной деятельности сердечно-сосудистой системы.

Особенно часто ожирению сопутствует артериальная гипертония: ею страдает каждый четвертый среди тучных.

Каким же образом лишние килограммы влияют на повышение артериального давления?

Ученые наблюдают интересную закономерность, причина которой в настоящее время изучается. У тучных людей за счет прироста жидкого компонента — плазмы — увеличен общий объем крови. Сердцу приходится перекачивать кровь с большей нагрузкой, поскольку возрастает количество крови, выбрасываемой им за одно сокращение. А сердечный выброс является одним из основных параметров, формирующих уровень артериального давления.

Играет роль и избыточное потребление с пищей поваренной соли. Ведь ожирение, как правило, развивается вследствие переедания, а во всех продуктах содержится

хлористый натрий. Кроме того, ожирение сопровождается специфическими изменениями обмена веществ, при которых увеличивается задержка солей натрия в тканях организма. А то, что хлористый натрий является фактором, способствующим повышению артериального давления, уже никем не оспаривается.

Существуют и многие другие причины, обуславливающие развитие артериальной гипертонии при ожирении. Ученые их интенсивно изучают.

Из сказанного можно сделать четкий вывод. Для тех, кто склонен к полноте, у кого масса тела превышает норму, и, безусловно, для страдающих ожирением главный путь профилактики артериальной гипертонии — борьба с лишними килограммами. Учтите: при снижении массы тела на 1 килограмм артериальное давление (среднее) понижается на 1 миллиметр ртутного столба независимо от исходного уровня давления.

Чтобы постоянно и квалифицированно следить за динамикой массы своего тела, надо уметь определять идеальную и относительную массу тела. Для этого существует множество таблиц и формул. Предлагаем формулу, разработанную польскими учеными:

$$\text{для мужчин ИВ} = P - \left(100 + \frac{P - 100}{20}\right),$$

$$\text{для женщин ИВ} = P - \left(100 + \frac{P - 100}{10}\right),$$

где ИВ — идеальный вес тела в килограммах, P — рост в сантиметрах. Относительная масса тела — это отношение в процентах фактической массы к идеальной. Если эта величина составит 120—129%, немедленно начинайте принимать меры, чтобы сбросить лишние килограммы, так как у вас наблюдается I степень ожирения. При более выраженных степенях ожирения (II — 130—149%, III — 150—199%, IV —

200% и более) требуется уже лечение, а часто и госпитализация.

Есть только два способа снижения массы тела: соблюдение диеты и режим повышенной физической активности.

Хотим сразу же предостеречь от опасного и небезразличного для здоровья голодания. Оно возможно лишь под контролем опытных специалистов в условиях стационара. Самостоятельное бесконтрольное голодание может стать тяжелым стрессом, привести к усугублению и без того нарушенного обмена веществ, развитию витаминной недостаточности.

О том, как сбросить лишние килограммы при помощи диеты, не раз говорилось на страницах нашего журнала (см. «Здоровье» №№ 5, 6, 7, 10, 11 за 1988 год, №№ 2, 3 за 1989 год).

Но многие, ограничивая свой рацион, соблюдая низкокалорийную диету, забыва-

ют о физической активности. А ведь поухудеть и сохранить бодрый, свежий, подтянутый вид без физкультуры невозможно.

Регулярные физические тренировки поддерживают отрицательный энергетический баланс в организме, благодаря чему человек активно худеет. Физическая нагрузка важна еще и потому, что после нее длительное время остается расширенным просвет сосудов мышц конечностей и кожных капилляров. А это стойко снижает и нормализует повышенное артериальное давление. После адекватной возможности организма нагрузки диастолическое (нижнее) артериальное давление снижается в среднем на 9—18 миллиметров ртутного столба.

Прежде чем приступить к занятиям физкультурой, желательно пройти обследование у лечащего врача или в физкультурном диспансере, где вам снимут ЭКГ.

проведут тест с велоэргометрической нагрузкой. Это позволит свести к минимуму риск возможных осложнений и более дифференцированно подобрать индивидуальную тренировочную нагрузку. Если вы будете делать это самостоятельно, то учтите, что интенсивность нагрузки можно дозировать по пульсу.

Посчитайте пульс в течение первых 10 секунд сразу же после тренировки. В это время частота сердечных сокращений (ЧСС) еще соответствует максимальной нагрузке. А ее рассчитывают по формуле  $180 - \text{возраст}$ . Для начинающих прибавлять к физкультуре ЧСС сразу же после тренировки не должна превышать 60—65% максимальной нагрузки.

Необходимо также считать частоту пульса до начала тренировки и через 10 минут после ее окончания. При правильно подобранном тренировочном режиме через 10 минут после тренировки пульс должен быть равен исходному. Если этого не происходит, надо снизить нагрузку и обратиться за советом к врачу.

Желательно вести дневник самонаблюдений, где регистрировать самочувствие в процессе занятий, динамику массы тела, результаты измерений частоты сердечных сокращений.

Эффект тренировок зависит не только от их интенсивности, но и от их длительности и регулярности. Нарращивайте длительность занятий постепенно. Первые 4 недели (период вработывания) тренируйтесь через день. В первую неделю — 10 минут, во вторую — по 15—20, в третью — по 20—40 и, если вы не чувствуете никаких неприятных ощущений, — по 40—60 минут в четвертую неделю. В дальнейшем достаточно заниматься 3 раза в неделю по 40—60 минут. Нагрузке должна предшествовать пятиминутная разминка, состоящая из общеукрепляющих упражнений.

Одна из главных задач физических тренировок — увеличение максимального потребления кислорода (МПК), что является физиологической основой общей выносливости и работоспособности. Этот показатель увеличивается при занятиях всеми циклическими видами спорта: бегом, лыжами, плаванием, велоспортом, быстрой ходьбой. Каждый может выбрать себе наиболее приемлемый вид физической активности, ориентируясь на собственные возможности и время года. Очень полезны занятия на тренажерах, например, на велоэргометре.

Но какой бы вид физкультуры вы для себя ни выбрали, если тренировки будут посильны и регулярны, если они станут доставлять удовольствие и радость, вам удастся избавиться от лишних килограммов, предупредить развитие артериальной гипертонии.

*Лежать, накапливая лишние килограммы, да еще на солнцепеке — вот уж чего ни в коем случае нельзя делать тем, кто страдает ожирением и артериальной гипертонией: под воздействием интенсивного солнечного облучения нарушается кровоток в сосудах мозга, увеличивается нагрузка на сердце, происходит «удар» по иммунной системе организма. А последствия? Вы легко их можете себе представить...*

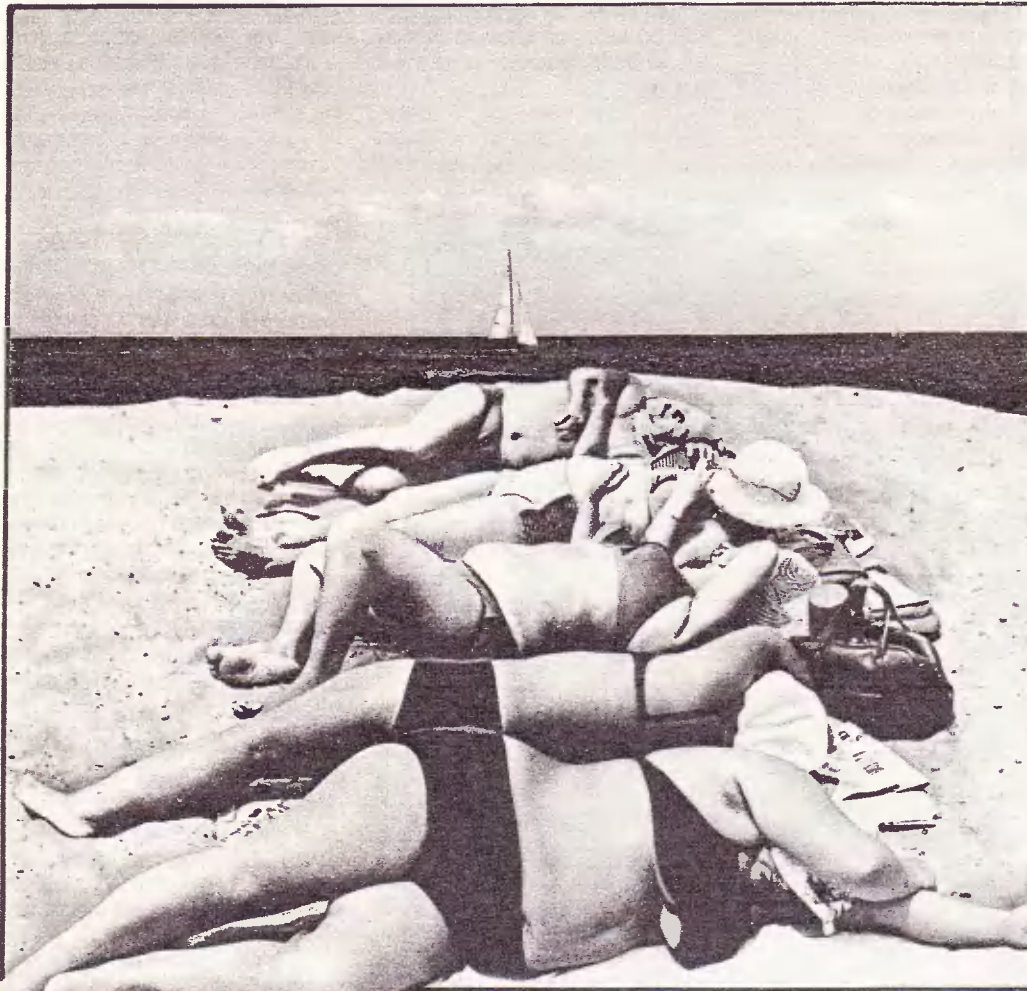


Фото нашего читателя Е. КОМПАНИЙЧЕНКО (Запорожье)

# У КОМПЬЮТЕРА ДЕТИ

М. И. СТЕПАНОВА,  
кандидат медицинских наук

Все труднее найти сферу человеческой деятельности, где бы не использовались электронно-вычислительные машины. «Нашествие» компьютеров — уже не завтрашний, а сегодняшний день. А это значит, что школьник должен быть готов к тому, что помощником в его будущей профессии станет компьютер. Для приобщения детей к электронно-вычислительной технике компьютерами сейчас оснащаются школы, дома пионеров, пионерские лагеря и даже детские сады. И в ребячьем досуге компьютерные игры занимают все больше времени.

Дети быстро преодолевают робость перед незнакомой техникой, осваивают ее даже легче, чем взрослые. А педагоги и психологи отмечают, что работа с компьютером развивает логическое мышление, целеустремленность, организованность, уверенность в себе. Порой ученик, теряющийся у доски, чувствует себя намного смелее, выдавая решения на экране дисплея. Ведь возможности компьютера

позволяют регулировать темп работы соответственно индивидуальным возможностям каждого ребенка.

Но родители должны знать, что увлеченность электронной техникой таит в себе и определенные опасности. Не случайно работа операторов ЭВМ занимает одно из первых мест по утомляемости. Она требует огромной концентрации внимания, сосредоточенности, напряжения зрения и мысли.

Поэтому ребятам необходимо помочь освоить правила работы с компьютерами, познакомить с элементарной техникой «компьютерной безопасности».

Известно, что дисплеи могут стать источником различного рода электромагнитных излучений, ультрафиолетового, инфракрасного, радиочастотного и других. Исследования компьютеров, чаще всего используемых в школе, показали, что уровни этих излучений значительно ниже предельно допустимых и не представляют опасности для здоровья. Но если дисплей неисправ-

ен, эти уровни могут быть значительно выше. Об этом надо помнить и следить, чтобы специальная техническая служба контролировала исправность компьютеров.

К сожалению, приходится признать, что компьютеры, которыми располагают школы, в большинстве своем технически несовершенны. И в роли дисплея часто используется обычный бытовой телевизор, что значительно снижает качество изображения. Ребенку приходится напрягаться, вглядываясь в экран.

В этих случаях важно прежде всего создать условия работы, благоприятные для глаз, отрегулировать, наладить изображение, которое должно быть четким и контрастным, не иметь бликов и отражений рядом стоящих предметов. Необходимо позаботиться и о том, чтобы исключить возможность засветки экрана, поскольку свет, попадая на экран дисплея, снижает контрастность и яркость изображения.

Экран дисплея должен находиться на расстоянии не менее 50—55 сантиметров от глаз. Школьникам, страдающим близорукостью, обязательно нужно при работе с компьютером надевать очки.

Для того чтобы снизить статическое напряжение, ребенку следует сидеть перед дисплеем

так, чтобы центр экрана находился на линии зрения. Вместо обычных стульев лучше приобрести удобные кресла с подлокотниками, подобранные по росту детей. В этом случае спина и ступни имеют опору, а мышцы спины и предплечий напрягаются намного меньше.

В школах, где оборудован дисплейный класс, в компьютерных клубах непременно найдутся «фанаты», которые способны просидеть за экраном дисплея несколько часов подряд. Это вполне понятно: ведь возможности даже не очень совершенного компьютера огромны.

Но как это ни странно на первый взгляд, занятия компьютерными играми зачастую более утомительны, чем решение учебных задач. И вот почему: большинство игр очень динамичны, рассчитаны на мобилизацию внимания, на постоянно меняющуюся игровую ситуацию и требуют быстрой реакции и огромного напряжения. Потому хочется предостеречь ребят: многочасовое сидение за компьютером после уроков вредит не только зрению, оно снижает до минимума двигательную активность, необходимую для нормального физического развития. Психологи также отмечают нежелательные последствия «компьютерного фанатизма»: ребенок, проводящий у дисплея все свободное время, начинает испытывать трудности в общении со сверстниками.

По наблюдениям врачей-гигиенистов, оптимальное время непрерывной работы на компьютере для старшеклассников — 25—30 минут, для учеников 7—8-го классов — еще меньше: 15—20 минут, для детей младшего школьного возраста — не более 10 минут. После этого необходимо перерыв на 10 минут для разминки и гимнастики для глаз. Разминка включает потягивания, вращение головой, наклоны туловища в разные стороны.

Гимнастика для глаз тоже не сложна. Это круговые движения глазных яблок, смещение взгляда в разных направлениях, перевод взгляда с близких объектов вдаль, легкий массаж век. Благодаря этим упражнениям снимается напряжение глазодвигательных мышц.

И еще один совет. Ребенку в те дни, когда он занимается с компьютером, не надо «отдыхать» у телевизора, ведь это дополнительная нагрузка не только на орган зрения, но и на нервную систему.



фото М. Вилежанина

# Папоротник мужской

Давно прошла эра господства на земле спороносных растений, к которым относится папоротник. Древовидные папоротники почти вымерли, а вот травянистые чувствуют себя неплохо и в современных условиях. Один из наиболее известных и красивых папоротников — щитовник мужской, или папоротник мужской. Его толстое, косо растущее корневище, одетое широкими мягкими чешуями и остатками листовых черешков, несет на верхушке пучок крупных листьев с дважды перистой пластинкой, напоминающей воронки. Иногда у такой воронки удивительно правильная форма, похожая на огромный фужер. Кстати, слово «фужер» заимствовано из французского языка, и означает оно — папоротник.

Листья достигают порой до полутора метров, но растут очень медленно. Только весной третьего года они достигают полного развития. Осенью листья наших лесных папоротников, как правило, отмирают. Цветов у них вообще не бывает, поскольку размножаются эти растения спорами. Из-за сложного цикла развития их называют еще тайнобрачными.

Щитовник мужской занимает обширные территории от суровой Гренландии до Средней Азии, но основная часть его ареала лежит в лесной зоне. Встречается он во влажных хвойных, смешанных и широколиственных лесах на опушках, в кустарниках и оврагах, на болотистых лугах, по берегам водоемов и болот. Как лекарственное растение известен уже врачам античной эпохи и средневековья.

Биологически активные вещества папоротника — фенольные соединения. И хотя растение используется в медицине вот уже более 160 лет, химический состав его изучен недостаточно.

В нашей стране разрешен к применению густой экстракт корневища мужского папоротника. Обычно его назначают при инвазиях свиным бычьим и карликовым цепнем. Гибнут они быстро, поэтому после дробного приема препарата через 30—40 минут назначают солевое слабительное, способствующее изгнанию паразитов из кишечника.

Необходимо помнить, что корневище мужского папоротника и препараты из него ядовиты и при самолечении могут вызвать острое отравление, выражающееся в судоро-

гах, учащенном сердцебиении, рвоте, помрачении сознания. Поэтому лечение препаратами папоротника проводится под наблюдением врача. Кроме того, они противопоказаны при недостаточности кровообращения, болезнях печени, почек, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, при анемии, туберкулезе, беременности. Препараты не назначают детям до двух лет.

Другие виды папоротника, например, листья папоротника душистого, находят применение в парфюмерии, а папоротник орляк известен как пищевое растение у многих народов Новой Зеландии, Канарских островов, Японии.

Орляк — один из самых распространенных папоротников лиственных лесов и кустарниковых зарослей. Листья его жесткие, крупные, треугольные, чаще всего трижды перистые. Если перерезать нижнюю часть листового черешка, то на срезе будут видны сосудистые пучки, расположение которых напоминает фигуру орла, отчего и произошло его название. В корневищах орляка содержится до 45% крахмала (кстати, в Японии и Китае эти корневища служат источником получения крахмала), они пригодны для изготовления клея.

Появились любители этого растения и в нашей стране, отмечая, что в жареном виде молодые побеги орляка имеют вкус грибов. Заготавливают их ранней весной, в 10—15-дневном возрасте. В эту пору побеги сочны и очень хрупки: с хрустом ломаются при сгибании пальцами. При более позднем сборе они не съедобны. Побеги орляка заготавливают на зиму в сушеном виде или засаливают. После этого их можно жарить, делать фарш, начинку для пирога, салаты.

Вот один из способов приготовления орляка впрок в домашних условиях. Побеги немедленно после сбора отваривают 8—10 минут в подсоленной воде. Воду сливают, а папоротник, разложив тонким слоем, сушат до ломкости побегов. В сухом виде они сохраняются неограниченное время. Перед едой их вымачивают в течение трех суток, меняя около 6 раз воду. Из-за сложности заготовки, строго определенного срока сбора рекомендуем приобретать побеги орляка в магазинах «Дары природы».

Л. М. МОЛОДОЖНИКОВА,  
кандидат фармацевтических наук



Рисунок А. ЮДИНА

- На первой странице обложки: В кабинете лазерной терапии санатория-профилактория «Родник» медицинская сестра Т. Лопатина проводит курс лечения инженеру-технологу Елене Горлач.
- Кислородный коктейль из отваров трав предлагает диетсестра Н. Соколова.
- Кабинет лечебной физкультуры оснащен современным оборудованием.



— Когда в прошлом году у меня начало ломить суставы пальцев рук, поверьте, я, человек, привыкший работать руками, даже запаниковал. Но вот врачи нашего заводского санатория-профилактория «Родник» просветили мои суставы лазером — и боль прошла, — рассказывает обрубчик чеховского завода «Энергомаш» С. А. Дывак.

Чудеса техники? Возможно. Однако для нас в этой истории главное то, что силами сотрудников заводского профилактория профессиональная вибрационная болезнь была, как говорится, убита в самом зародыше.

«Энергомаш» — завод небольшой. Небольшой у него и профилакторий, всего лишь на 50 мест. А располагает он таким набором лечебно-профилактических средств, что многие крупные санатории-профилактории могут позавидовать.

Вот электронный доктор — автоматизированная система медицинских осмотров и исследований. Несложные манипуляции с клавишами дают возможность пациенту вступить в контакт с машиной. Электронная «память» все фиксирует, а в конце выдает «заключение», «рекомендации» и «фактор риска».

Естественно, даже столь умная машина врача не заменит, но работу облегчает значительно.

— Посмотрите, с какими шипами на пяточной кости пришла к нам пациентка, — показывает рентгеновские снимки медицинская сестра кабинета лазерной терапии Т. И. Лопатина. — Жаловалась на постоянную боль, почти не позволяющую шагу ступить. Прошла курс лечения — жалобы прекратились.

По существующему положению заводской профилакторий такого ранга должен иметь самый узкий круг процедурного лечения: физиотерапия с лечебной физкультурой да тепловые ванны. В «Роднике», кроме лазеротерапии и электронной диагностики, есть кабинеты электросна, рефлексотерапии, сероводородные ванны, подводный душ-массаж, кислородные коктейли.

Более того, у такого в общем-то профилактория-невелички обшир-

Продолжение на стр. 18.

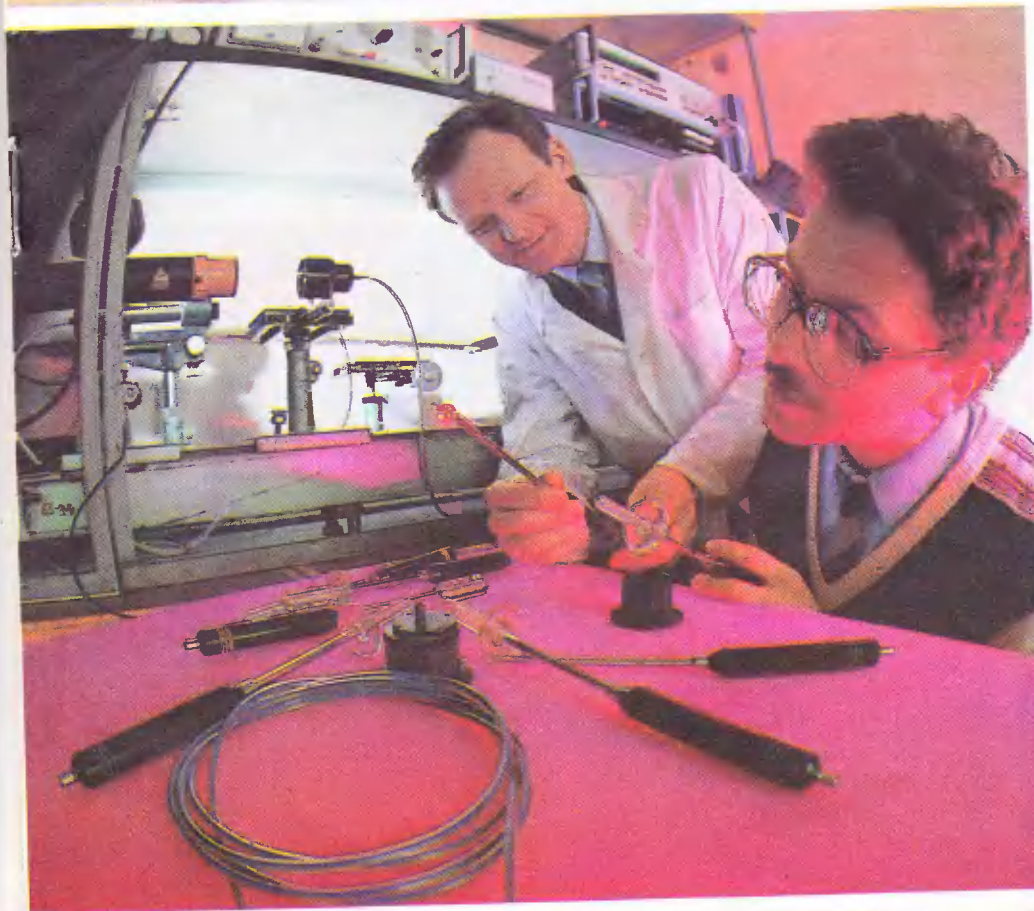
# ЗДОРОВЬЕ- КАТЕГОРИЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ

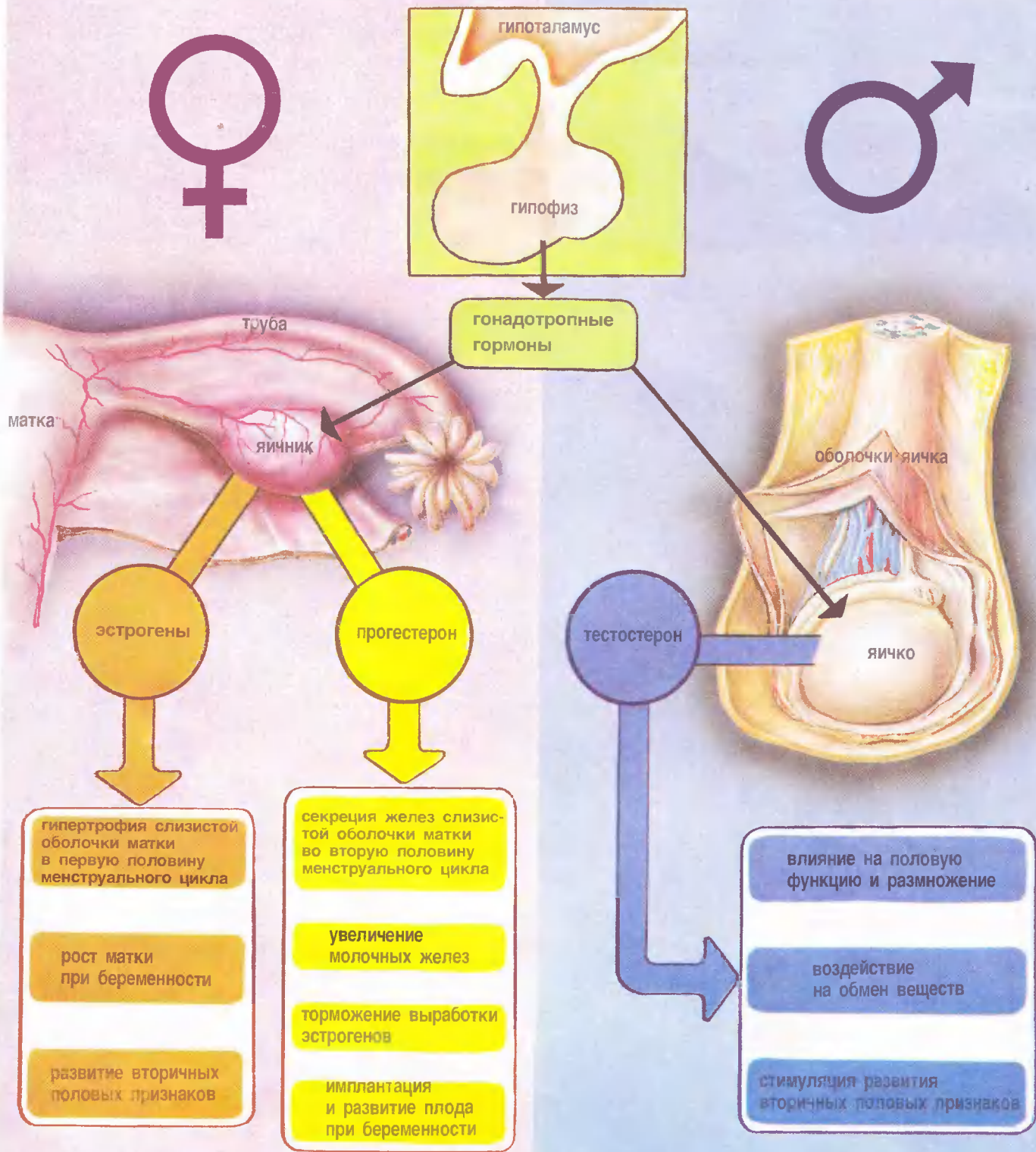
Фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА

Заводской физкультурно-оздоровительный зал всегда в распоряжении отдыхающих.

МНТК «Медицинская радиоэлектроника» — совместное двитицв МОНИКИ Минздрав РСФСР и Радиотехнического института имени академика А. Л. Минца АН СССР. Созданный здесь комплект лазерной вппаратуры «РАМИТ» очвнь заинтересовал глвного врачв «Родника» В. Базильского (справа).

Медсестра Н. Арестурова — хозяйка кабинета водных процедур.





Слева представлена женская половая железа — яичник и гормоны, которые продуцируют клетки этой железы.

Справа — мужская половая железа — яичко и вырабатываемые им гормоны — андрогены

Контролируют и направляют деятельность как женских, так и мужских половых желез гипоталамус и гипофиз.

В. Н. БАБИЧЕВ,  
доктор биологических наук,  
профессор

# ГОНАДЫ

Гонады, или половые железы, не только обеспечивают возможность воспроизводить потомство и продолжать род человеческого, но и обладают широким спектром биологического действия на организм. В значительной степени они ведают созреванием организма, формированием внешнего облика человека, физиологических и психологических его особенностей.

Половые железы — единственные из всех эндокринных органов, анатомия и физиология которых различны у мужчин и женщин.

Яичники — это женские половые железы. Их два — правый и левый. Каждый яичник, по форме напоминающий миндаль, располагается в углублении брюшины и весит 6—8 граммов. В корковом слое яичника концентрируется основная масса фолликулов — специфических контейнеров, в которых созревают яйцеклетки (женские половые клетки). Фолликулы являются также основным источником образования эстрогенов — женских половых гормонов. Главная их задача — подготовить организм женщины к оплодотворению и, если оно произошло, обеспечить оплодотворенной яйцеклетке оптимальные условия для развития.

Производство эстрогенов подчиняется строгому ритму и носит циклический характер. У большинства женщин продолжительность цикла составляет 28 дней, но он может быть короче или длиннее. В первую половину цикла, которая длится примерно неделю и называется фолликулярной, происходит рост и созревание яйцеклеток в фолликулах. В этот период постепенно наращивается продукция эстрогенов, достигая своего пика в середине цикла, когда один из фолликулов лопается и зрелая яйцеклетка поступает в наружное отверстие яйцевода. Этот процесс называется овуляцией (от латинского «ово» — яйцо).

По яйцеводу яйцеклетка продвигается к матке. Обычно здесь и происходит ее встреча со сперматозоидом. Оплодотворенная яйцеклетка проникает в матку и там начинает делиться и расти: развивается организм нового человека. Если оплодотворения не произошло, яйцеклетка вместе со слизистой оболочкой матки отторгается и удаляется из организма за несколько дней, в течение которых длится очередное внемесечное кровотечение — менструация.

Разрыв фолликула и выход

яйцеклетки (овуляция) обуславливают переход к лютеиновой фазе, или фазе желтого тела, которая длится около семи дней. Полость лопнувшего фолликула прорастает гранулезными клетками, наполненными желтым пигментом — лютеином. Желтые клетки продуцируют женские гормоны — прогестины, и в частности прогестерон. Это очень важный гормон: во время наступившей беременности он подавляет рост новых фолликулов, и менструации прекращаются. Во многом благодаря этому гормону происходит подготовка молочных желез к лактации, а в матке образуется детское место — плацента, через которую организм матери обеспечивает плод питанием и кислородом.

Максимальная активность желтого тела приходится на 21—23-й день цикла. Если к этому времени яйцеклетка не оплодотворится и не имплантируется в матку, желтое тело постепенно рассасывается, и соответственно снижается продукция прогестерона. Длится этот процесс приблизительно десять дней. В этот период производятся половые гормоны и их концентрация в крови резко снижается, зато увеличивается содержание гонадотропных гормонов гипофиза, особенно фолликулостимулирующего (см. «Здоровье» № 1 за 1989 год). Благодаря этому на 29-й день (при 28-дневном цикле) начинается новый овариальный цикл. И так из месяца в месяц с 12—14 лет функционируют яичники. С возрастом их активность падает, а затем и вовсе прекращается — наступает климакс.

Направляют деятельность яичников и задают ритм их гормональной активности гипоталамус и гипофиз. С помощью гонадотропных гормонов — фолликулостимулирующего, лютеотропного, они держат под своим постоянным контролем процесс созревания яйцеклетки, ее выход из фолликула и дальнейшие события. Звены системы гипоталамус — гипофиз — гонады тесно взаимосвязаны между собой и работают по принципу обратной связи. Грубые вторжения в систему, которые могут быть вызваны, например, инфекционным заболеванием, бесконтрольным избыточным приемом гормональных препаратов, способны нарушать циклическую секрецию гонадотропинов и нормальное функционирование яичников. С другой стороны, удаление яичников приводит к прекращению циклической дея-

тельности гипоталамических и гипофизарных центров и секреции гонадотропных гормонов.

Яички, или семенники, — мужские половые железы. Они вырабатывают мужские половые клетки — сперматозоиды и выделяют в кровь мужские половые гормоны — андрогены.

В отличие от женских половых желез, этот парный орган располагается не в брюшной полости, а в мошонке. В процессе роста и созревания организма яички претерпевают определенные функциональные изменения. У новорожденного они имеют достаточно большие размеры и примерно в таком виде в фазе относительного покоя сохраняются до 5—6 лет. Затем они начинают постепенно увеличиваться в размерах. Особенно интенсивный рост яичек наблюдается в период полового созревания, начиная от 10 до 15—18 лет.

Каждое яичко, подвешенное на семенном канатике и окруженное семью оболочками, как бы составлено из 250—300 долек. Внутри дольки проходят 2—4 семенных канальца, которые, сливаясь, образуют семявыносящий проток, впадающий в мочевыпускательный канал. Стенка такого канальца состоит из соединительнотканной оболочки и одного слоя эпителиальных клеток, среди которых «вмонтированы» мужские половые клетки — из них-то постепенно и формируются сперматозоиды.

В среднем весь цикл созревания мужской половой клетки занимает около 75 дней. Но созревают все они не одновременно: в любой момент в стенке канальца можно обнаружить сотни и сотни клеток на разных стадиях сперматогенеза — начальных, промежуточных и завершающих. Зрелые сперматозоиды выходят в просвет канальца и «плавают» там в заполняющей его специфической жидкости. Продукция полноценных сперматозоидов начинается в годы полового созревания и заканчивается в период климакса, наступающего обычно после 60 лет.

В соединительнотканной оболочке канальца разбросаны так называемые клетки Лейдига. Они-то и служат основными поставщиками мужских половых гормонов — андрогенов, главным из которых является тестостерон.

Андрогены оказывают активное влияние на созревание сперматозоидов, вызывают структурные и функциональные измене-

ния в органах мужской половой сферы. Под влиянием тестостерона в период полового созревания идет развитие вторичных половых признаков, в том числе увеличение мошонки и полового члена, рост предстательной железы и семенных пузырьков. Они же обеспечивают оволосение по мужскому типу — рост волос на лобке, под мышками на лице, животе, груди, руках и ногах. Кроме того, андрогены усиливают активность кожных сальных желез, поэтому довольно часто в переходный период, когда продукция их заметно возрастает, на лице появляются угри. Влияют эти гормоны и на тембр голоса, так как принимают непосредственное участие в увеличении толщины голосовых складок. А, как известно, чем эти складки толще, тем голос ниже. Андрогены обладают и анаболическим эффектом, то есть активизируют биосинтез белка и способствуют развитию мощной мускулатуры.

Патологические изменения содержания гормонов в организме неблагоприятно отражаются на развитии сперматозоидов, что может привести к бесплодию. Страдает развитие не только органов половой сферы, но и весь организм в целом. Люди, у которых недостаточность яичек наблюдается с раннего детства, имеют нарушения фенотипа: их телосложение называют евнухоидным. Это высокий рост, длинные конечности, отсутствие вторичных половых признаков, недоразвивается половой член, в зрелости сохраняется высокий голос. Лечение подобных заболеваний в основном сводится к компенсаторному замещению недостающих гормонов.

Нормальная деятельность мужских половых желез, так же как и женских, возможна лишь при условии, что в кровь поступают гонадотропные гормоны гипофиза. Если удалить гипофиз, функция половых желез угасает. В свою очередь, андрогены оказывают заметное влияние на центральные регуляторные механизмы гипоталамуса и гипофиза: они формируют их деятельность по мужскому типу, главным отличием которого является отсутствие циклического выделения гонадотропинов.

Интересно, что при всем анатомическом различии женских и мужских половых желез химическая структура их гормонов во многом сходна. А строение гонадотропных гормонов гипофиза у представителей обоих полов вообще не имеет различий.

нейшие связи с наукой. Врачи профилактория с помощью заведующего вычислительным центром Московского областного научно-исследовательского клинического института (МОНИКИ) М. В. Патчина и программиста Ольги Абашевой разработали специальные анкеты для всех без исключения заводчан. Заложи-

Окончание.  
Начало  
на цветной вкладке.

## ЗДОРОВЬЕ-КАТЕГОРИЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ



ли данные в ЭВМ. В результате профилакторий теперь имеет карту здоровья не только каждого отдельного труженика, но и коллективную — цехов, отделов, участков, бригад. Цеховой врач, обладая такой информацией, теперь заранее планирует не только лечение, но и профилактическую работу.

И заводской кабинет лазеротерапии работает под постоянным контролем сотрудников лаборатории профзаболеваний периферической нервной системы МОНИКИ.

— Конечно, мы, медики, — говорит главный врач «Родника» В. А. Базильский, — прилагаем максимальные усилия, чтобы люди были здоровыми. Но не забывайте, наше лечебно-профилактическое учреждение ведомственное. От отношения к своим лечебным службам администрации завода, его общественных организаций зависит очень многое, если не все.

Главный врач прав: с шефами им явно повезло. Завод ничего не жа-

лет для развития и совершенствования охраны здоровья тружеников. Вплоть до приобретения уникального дорогого оборудования. Профсоюзный комитет установил льготы на путевки. При номинальной стоимости путевки в санаторий-профилакторий 180 рублей (на 24 дня) пациенту она обходится в семь раз дешевле. Каждый пятый заводчанин проходит курс лечения бесплатно. В летние месяцы практикуются семейные выезды с детьми.

— К сожалению, у нас нет заводской поликлиники, — рассказывает директор «Энергомаша» Г. И. Мостовой. — Не положена по статусу — чуть-чуть не хватает до пяти тысяч работающих.

Будь у нас поликлиника, мы лечили бы не только сотрудников, но и их семьи, а это уже куда больше пяти тысяч. Не хочется говорить прописные истины, что здоровье трудящихся стоит любых затрат. Наша готовность вложить средства в строительство поликлиники объясняется и чисто экономическими соображениями.

Директор берет карандаш и делает несложный расчет.

— Вот простой пример. Заболевшего вибрационной болезнью высококвалифицированного рабочего нужно немедленно, до полного излечения переводить на другую работу, как правило, более легкую и потому низкооплачиваемую, компенсируя ему зарплату до прежнего среднего заработка. Эта разница достигает 200 рублей в месяц. Умножьте ее на четыре десятка человек, болезнь которых удалось прервать на начальной стадии. Вот вам и средства для приобретения оборудования. Да и больничных листов на заводе за минувший год по сравнению с предыдущим стало на 16% меньше, а это значит — произведено больше продукции, большую прибыль получило предприятие.

Трудно не согласиться с Г. И. Мостовым; что на медицинское обслуживание рабочих нельзя жалеть

средств. Когда дело касается здоровья, вот уж поистине «скупой платит дважды».

— В самое ближайшее время мы хотим перейти на хозрасчет и самофинансирование, — сообщает В. А. Базильский. — Нужно смотреть правде в глаза: по государственным нормам медицинской помощи мы в состоянии только тушить пожар болезни, но никак не предупреждать его. Мы же, работники санатория-профилактория, в свободное от основной работы время хотим взять на себя дополнительные обязанности по оздоровлению людей. Естественно, и за дополнительную, вполне доступную для рабочего человека плату. И, конечно, при строжайшем и отличном выполнении всего обязательного курса лечебно-профилактических процедур. Дополнительные услуги могут быть самыми разными: от обычного массажа до вакуумного, лазеротерапия, психологическая разгрузка в специально оборудованном кабинете. Потребности людей в такой помощи очень велики.

Что ж, замысел интересен. А завод, как и прежде, готов во всем и дальше поддерживать своих медиков. Купили уже вторую лазерную установку. Приняли решение ЭВМ профилактория подключить к АСУ завода с более мощной вычислительной техникой. Медики «Родника» планируют заложить в память машин данные ЭКГ, энцефалограммы, показатели дыхания, состояния сосудов своих пациентов в динамике и с их помощью выявить скрыто протекающие заболевания. Выявить, чтобы помочь человеку справиться с недугом, сохранить свой социальный и личностный статус.

В. АНТОНОВ  
город Чехов Московской области

### В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО

*«В школе, где учится мой сын, паркетные полы время от времени натирают парафином. Напишите, пожалуйста, не вредит ли это здоровью детей? Может быть, парафин вызывает аллергию?»*

С. А. Усолицева, Ленинград

### ПОЛЫ, НАТЕРТЫЕ ПАРАФИНОМ

Отвечает заведующая лабораторией гигиены полимерных материалов ВНИЦ профилактической медицины Минздрава СССР доктор медицинских наук О. В. КАЙСИНА:

— Опасения автора письма излишни. Парафино- и воскодержавшие средства для натирки полов наиболее безопасны, по-

скольку не выделяют в окружающую среду вредных летучих веществ. Более того, они обладают антистатическим действием. Пол, натертый парафином, притягивает к себе пыль, и воздух в помещении становится чище, а это с гигиенической точки зрения немаловажно для здоровья детей.

Хочу только предостеречь школьных работников от использования красящих мастик с резким специфическим и стойким запахом, таких, как «Скипидарная», «Эдельвакс» и другие. Компоненты, входящие в состав

этих мастик, могут спровоцировать сильную аллергию. В крайнем случае пользоваться ими можно только в дни каникул, когда дети не ходят в школу.

Но учитывая, что практически в каждой школе есть склонные к аллергическим реакциям дети, для обработки полов даже в дни каникул следует применять водорастворимые натуральные красители, которые аллергии не вызывают.

Мыть полы лучше всего водой с хозяйственным мылом и лишь потом покрывать водным раствором мастики.

Чему больше всего уделить внимание на пятом месяце? Конечно, прикорму. Обычно прикармливать детей начинают в 4,5 месяца. Но это средний срок, а вы можете его варьировать в зависимости от особенностей вашего ребенка.

Если он находится на искусственном или смешанном вскармливании и особенно если врач обнаружил у него признаки анемии или рахита — тогда поспешите и начните прикорм ровно в четыре месяца. Если же вы кормите грудью, ребенок вполне здоров, можно подождать и до пяти месяцев. Но не позже! Ибо материнское молоко, при всех своих достоинствах, уже не удовлетворяет потребностей растущего организма.

Первое блюдо прикорма, как правило, — овощное пюре. И не только потому, что в нем больше необходимых ребенку витаминов, минеральных веществ, растительных волокон, чем в каше. Есть еще и тактическое соображение: в каши добавляется сахар, и, привыкнув к этому, многие дети потом отказываются от несладкого овощного блюда.

Пюре готовят из самых разных овощей — картофеля, моркови, цветной и белокочанной капусты, свеклы, репы, кабачков. Для начала лучше взять не весь набор, а, скажем, картофель, морковь (если у ребенка нет экссудативного диатеза), капусту.

Овощи разваривают в небольшом количестве воды, а затем чуть-чуть подсаливают и протирают с горячим молоком. На полную порцию (180—200 граммов) полагается 5 граммов (чайная ложка) сливочного, а еще лучше — растительного масла.

Пюре должно быть хорошо протертым и для начала полужидким, чтобы ребенку легче было его глотать. Постепенно делайте его гуще, добавляйте другие овощи.

Конечно, нет правил без исключения. Если у вашего ребенка неустойчивый стул и на соки и фруктовые пюре он реагировал учащением стула, можно начать прикорм с каши из молотой гречневой или овсяной крупы. Худенькому, возбужденному, много срыгивающему ребенку лучше дать для начала манную кашу. Хотя она беднее полезными веществами, но зато легче других усваивается. Плохо переносят манную кашу только дети, страдающие диатезом.

И, наконец, еще одно примечание по поводу овощей: симпатии, которые мы питаем к этому целебному продукту, в последнее время несколько омрачились мыслями о нитратах. Особенно велика вероятность наличия нитратов в ранних овощах, купленных на рынке. Поэтому советуем



## ПЯТЫЙ МЕСЯЦ

принять некоторые меры предосторожности: картофель очень тщательно чистить, не соскребая, а срезая кожицу, у капусты не использовать часть листа, прилегающую к кочерыжке, а у моркови — самую сердцевину.

Общее правило прикорма: его дают, начиная с 1—2 чайных ложек, до кормления грудью или молочной смесью в первой половине дня и постепенно в течение 7—10 дней доводят до целой порции, полностью заменяя одно кормление.

С этой поры ребенка уже надо кормить не 6, а 5 раз в день с перерывом в 4 часа.

По-прежнему давайте ему соки, фруктовое пюре, творог, желток. Положенную порцию сваренного вкрутую и растертого желтка (1/2) удобно добавлять в овощное пюре — оно будет вкуснее. Изредка (раз в 7—10 дней) можно готовить кисель из свежих ягод, добавляя в него сырой отжатый сок. Но это блюдо — не для полных детей. Нельзя его давать склонным к запорам, страдающим диатезом.

Как видите, кормить всех детей по единой схеме не приходится, так же как и воспитывать. Вы очень скоро в этом убедитесь. Один ни минуты не хочет

оставаться мокрым, требовательно кричит, когда голоден, много двигается. Другой терпеливо относится к мелким неприятностям, более покладист, но несколько ленив, флегматичен. Одного надо успокаивать, притормаживать, другого — активизировать.

Умеет ли ваш ребенок играть один, в манеже или кроватке? Если даже умеет, не оставляйте его все же надолго одного: потребность в общении у грудных детей гораздо больше, чем нам кажется! Переодевая ребенка, купая его, готовясь к кормлению, «проговаривайте» с ним все эти ситуации, чтобы он слышал ваш ласковый голос.

Показывайте ему игрушку, побуждая тянуться за ней, попробуйте играть с ним «в прятки», то закрывая свое лицо пеленкой, то открывая. Обычно это вызывает радостное удивление и смех.

К концу пятого месяца многие дети уже умеют поворачиваться со спины на живот, причем обычно в одну сторону лучше, в другую хуже. Лежа на животе, высоко поднимают голову и плечи и опираются уже только на ладошки, а не на предплечья, как раньше.

Продолжайте занятия гимнастикой и массаж. В комплекс можно ввести упражнение, которое называют «скользящие шаги»: ребенок лежит на спине, а вы попеременно сгибаете его ножки в коленях, слегка прижимая стопу к ягодице.

Еще одно новое упражнение — «парение»: подведите обе ладони под живот и грудь ребенка, и, охватив бока большими пальцами, на секунду-две осторожно приподымайте его над столом. В таком положении ребенок свободно приподымает голову и слегка выгибает спину. Если это у него получается, значит, упражнение вы делаете правильно.

Во время занятий гимнастикой или когда вы просто играете с ребенком, возьмите его под мышки, дав ему возможность опереться стопами о твердую плоскость: он начнет радостно сгибать и разгибать колени, как бы пританцовывая. Такое упражнение не только веселит малыша, но и приносит пользу, укрепляя мышцы, активизируя физиологические функции организма — например, помогая справиться с запорами. Настают теплые, солнечные дни, и надо обязательно увеличить продолжительность прогулок до 4—5 часов в день, а если удастся, и больше. Только не ставьте коляску под прямые солнечные лучи! Для профилактики рахита вполне достаточно рассеянного солнечного света.

К концу пятого месяца масса тела ребенка должна увеличиться примерно на 700—650 граммов, длина тела — на 2 сантиметра. Более гармоничным становится телосложение. У большинства детей к 4 месяцам окружность грудной клетки равна окружности головы, а к 5 месяцам уже начинает превышать ее примерно на сантиметр. Но эти соотношения, так же, как и размер родничка, могут несколько колебаться и у вполне здоровых детей.

В среднем родничок пятимесячного ребенка имеет размер 1,5 x 1,5 сантиметра. Если он намного больше или, наоборот, меньше, обратитесь к врачу. Но надо сказать, что раннее закрытие родничка, которое обычно очень тревожит родителей, не опасно для ребенка, если только головка сама по себе нормально увеличивается — на 1—1,5 сантиметра в месяц.

Не забывайте о том, что в 4,5 месяца ребенку предстоит получить по еще одной дозе противополиомиелитной вакцины и вакцины АКДС. Противопоказания к прививкам те же, о которых мы говорили в прошлый раз.

Е. П. БОМБАРДИРОВА,  
кандидат медицинских наук,  
старший научный сотрудник  
Института педиатрии АМН СССР

**Н**еприятное предчувствие зародилось в душе уже с утра. Видимых причин вроде бы не было. Но все равно душу глодал какой-то невидимый червь, мешая сосредоточиться на работе.

Еще раз убедился, что человеческая интуиция — великая вещь, когда вскоре после полудня на рабочем столе зазвонил телефон, и я услышал в трубке взволнованный голос жены.

— Приезжай! Скорей! У сына что-то с ногой. Упал... Не смог подняться... А вот теперь нога распухает.

— Где упал? — машинально спросил я, не отдавая себе отчета в том, что этот вопрос, пожалуй, уже не имеет никакого значения.

— Да на площадке, на льду. Боже! Давай скорей! Я уже вызвала нашего доктора.

Доктор, о котором говорила жена, был наш советский врач, обслуживавший весьма внушительную колонию советских людей в Нью-Йорке. Она лечила гриппы, бронхиты, ставила предварительные диагнозы, то есть делала все то, что можно сделать без специальной диагностической аппаратуры или если, скажем, не требовалось серьезного хирургического вмешательства. Она же давала направления к американским специалистам, когда их помощь представлялась необходимой. В данном же случае не вызывало сомнений, что без американских врачей не обойтись.

Дома я застал преисполненную драматизма сцену. Сынишка лежал на диване с сосредоточенным лицом. Он не плакал, но было видно, что утрата возможности свободно двигаться не на шутку встревожила его.

— Ну, наконец-то, — кинулась мне навстречу жена. — Доктор говорит, что похоже на перелом. Надо везти к врачу. Быстро!

Ехать было недалеко. Тут же, в Бронксе, был травматологический пункт, который содержали несколько врачей и с которым советская колония в Нью-Йорке, по-видимому, установила прочный контакт.

Небольшой, но со вкусом обставленный холл. Из-под незамысловатого светильника на потолке струится неяркий свет.

Пол застлан ворсистым паласом, отчего шаги пациентов и врачей почти не слышны. На журнальном столике — ваза с цветами. переливаются яркими глянцевыми красками последние номера журналов.

Все, кажется, предусмотрено, чтобы человек успокоился, внутренне расслабился перед встречей с Ее Величеством Медициной.

Она же, Медицина, вела себя, словно радушная хозяйка, предельно внимательная даже к случайному гостю.

Мы просидели в приемной не больше двух минут. Отворилась дверь процедурного кабинета, из нее неслышно вышла медсестра в ослепительно белой форме и накрахмаленной шапочке и предложила пройти к врачу.

Быстро сделали рентген, который подтвердил: действительно, перелом.

Через несколько минут был подготовлен гипс. Врач — мужчина средних лет — несколькими сильными движениями выправил ногу и окутал ее быстро застывающим панцирем.

Все мероприятие заняло примерно полчаса. Были получены инструкции по уходу, назначена дата контрольного рентгена, и мы благополучно доставили закованного в гипс малыша домой.

Так состоялось мое первое личное знакомство с американской медициной. Знакомство, оставившее очень приятное впечатление.

Забегая вперед, скажу, что гипс был наложен успешно, кость быстро срослась, и уже через три месяца мой сын бегал как ни в чем не бывало.

Спустя примерно дней десять после нашей поездки к врачу я обнаружил в почтовом ящике плотный конверт. В нем оказался счет из того самого травматологического пункта.

Как вы думаете, во сколько оценили врачи наложение гипса и рентгеновские снимки? Бьюсь об заклад, все ваши догадки не имеют ничего общего с истиной. Более чем в тысячу долларов!

Каждому из нас, наверное, и раньше не раз приходилось слышать о безумной дороговизне американского медицинского обслуживания. Много слышал о ней и я, но, признаюсь, даже очень внушительные цифры, то и дело печатаемые в газетах, не производят такого шокирующего воздействия, как медицинский счет, присланный лично тебе.

Граждане СССР, как известно, пользуются правом на бесплатную медицинскую помощь, в том числе и находящиеся за рубежом. Но невольно представляешь себя на месте американца, который, по идее, должен за все платить сам. И тогда становится не по себе.

А что, если произойдет еще какой-нибудь несчастный случай? Или неожиданно свалит недуг? Ведь стоимость того или иного курса лечения не составляет секрета. Вот только некоторые из тех цифр, которые в середине 80-х годов частенько появлялись в американских газетах:

- операция по поводу аппендицита — 2000 долларов;
- стоимость одного дня пребывания в больнице — 300—600 долларов;
- электрокардиограмма — 200 долларов;
- роды — 2560 долларов;
- дорожное наблюдение — 2000 долларов;
- консультация у педиатра — 40—80 долларов;
- анализ крови — 40—60 долларов;
- рентгеновский снимок — 30—50 долларов;
- зубная пломба — 30—50 долларов.

Теперь же представьте себе, во что может обойтись американской семье рождение ребенка плюс неизбежные в этих случаях анализы. В общем, получит-

ся, что по стоимости родить ребенка в США — это все равно что приобрести скромный малолитражный автомобиль.

Не дай бог, если еще произойдут какие-либо осложнения. Тут уж кривая стоимости лечения неудержимо поползет вверх.

Конечно, условия в американском роддоме будут не такими, к каким, увы, привыкли наши женщины. Там будет сделано все, чтобы максимально обезболить процесс родов. Там будут вежливость и внимание врачей, медсестер, нянечек. Будут вкусное питание, телевизор в палате, телефон и еще множество всевозможных приятных мелочей.

Но есть болезни, которые способны разорить даже миллионера. Как же быть простому американцу? Не лечиться? Или идти по миру с протянутой рукой?

Но нет, что-то непохоже, что бы здесь разыгрывались такие трагедии, хотя в отдельных случаях не обходится и без них. Все дело в том, что за десятилетия в США сложилась и окрепла весьма разветвленная система медицинского страхования, способная защитить человека от разорительных ударов судьбы.

Да, американцы сзымательства страхуют себя от болезней. Смолodu оплачивают свои недуги в старости, рождение собственных детей, их неизбежные свинки, кори и другие заболевания, непредвиденные травмы, зубные

**ОТКУДА  
АМЕРИКАНЦЫ  
БЕРУТ ДЕНЬГИ  
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

пломбы и многое, многое другое.

Как правило, такая страховка предоставляется компаниями и учреждениями, где работает человек. Поэтому обсуждение ее условий — неотъемлемая часть любых переговоров о найме на работу.

Если предприятие страховки не предоставляет, то тогда есть многочисленные страховые компании, которые тоже с удовольствием застрахуют ваше здоровье и здоровье членов вашей семьи. Но тогда ежемесячно вы будете выплачивать компании свой взнос. Большой ли? Это зависит от того, на все ли случаи жизни вы хотите застраховаться, от размеров вашей семьи, вашего образа жизни. Да-да, именно образа жизни, ибо страховой агент обязательно спросит у вас о таких вредных привычках, как, например, курение, употребление алкоголя, и на основании ваших ответов сделает определенное заключение. Если ваш ответ будет утвердительным, то страховой взнос ваш, скорее всего, повысят. Какая же компания захочет прогорать из-за ваших пагубных пристрастий?

Для достигших 65-летнего возраста существует также федеральная программа медицинского страхования — «Медикейр», в соответствии с которой оплачивается значительная часть услуг врачей. Для малоимущих есть аналогичная программа — «Медикейд». Так что большинство американцев охвачено той или иной программой медицинского страхования.

Большинство, но не все. Как подчеркнул, выступая однажды в конгрессе, известный американский сенатор Э. Кеннеди, в стране насчитывается в общей сложности 37 миллионов человек, которые не имеют медицинской страховки вообще. Никакой! И вот для них болезнь или тяжелая травма становится настоящей трагедией.

Клиники отказываются их принимать, врачи, практикующие в частном порядке, — осматривать. Машины скорой помощи не знают, куда их везти. Вспыхивают поистине душераздирающие конфликты, которые нередко выгласкиваются на страницы газет.

«Долго ли такое будет продолжаться?», «Когда же, наконец, у нас будет система медицинского обеспечения, повернутая не к деньгам, а к человеку?» — с возмущением спрашивают журналисты. Вопросы эти

прорабатываются экономистами, социологами, политиками. Но пока никто из них не дает резонного ответа на вопрос «Как быть?».

И впрямь, как?

Существует несколько моделей организации системы здравоохранения. Такая, как у нас, когда все медицинские учреждения финансируются из государственного бюджета, а врачи, по сути, являются государственными служащими; такая, как в США, где практически главенствует частная инициатива, и такая, как, к примеру, в Великобритании, где медицинское обслуживание в принципе бесплатно, то есть финансируется за счет бюджета, но где параллельно существует еще сеть частных медицинских учреждений.

Конечно, бесплатное медицинское обслуживание общедоступно. В этом его огромное социальное преимущество. Но довольны ли мы его качеством? Всегда ли у нас в достатке самая современная медицинская аппаратура, медикаменты? Хороши ли условия в наших больницах? Всегда ли внимательны и доброжелательны к нам наши врачи?

Думаю, что ответы, которые читатель даст на все эти вопросы, будут однозначны.

Качеством своей системы здравоохранения американцы вроде бы довольны. Но вот стоимость... Публикуемые в печати США данные о стоимости тех или иных медицинских услуг частенько попросту повергают их в шок. Но что поделаешь, если по нынешним временам эти услуги действительно столько стоят?

Будем реалистами: ничего не берется из воздуха, в том числе и в системе здравоохранения. Каждая таблетка, каждая процедура имеют свою стоимость. Правда, мы, привыкшие к тому, что медицина обслуживает нас бесплатно, как-то до сих пор не задумывались об этом. А вот американцы задумались! И приведенный выше преискурант на отдельные виды медицинских услуг, хотя и выглядит пугающе, но тем не менее отражает, пожалуй, реальное положение дел в условиях США.

Строительство больниц, современное медицинское обо-

рудование и компьютеры, хорошее питание, современное оснащение больничных палат, медикаменты — все это стоит денег и, как догадывается читатель, отнюдь не малых. Отдельно надо сказать про оплату медицинского персонала. В США она достаточно высока, и это представляется оправданным. Слишком важна медицина для жизни всего общества, и вполне логично поэтому, чтобы она была отдана в руки лучших его представителей. Лучшие же специалисты в условиях свободного рынка рабочей силы могут быть привлечены лишь посредством материального стимулирования. Это дает выигрыш в качестве медицинского обслуживания, но, увы, повышает его стоимость.

Американцы любят считать. Так вот, министерство здравоохранения и гуманитарных услуг США подсчитало, что в 1985 году, например, Соединенные Штаты затратили на медицинское обслуживание и медицинское социальное обеспечение населения сумму, почти вдвое превышающую бюджет Пентагона тех времен.

Американцы не склонны к изlinessам, к бросанию денег на ветер. Поэтому резонно заключить, что вышеприведенная сумма как раз та, которая необходима для хорошего медицинского обслуживания населения на современном уровне.

Откуда брать такие деньги? Из государственного бюджета? Из карманов пациентов? Или из них же при посредничестве страховых компаний? В разных странах на эти вопросы отвечают по-разному. И, честно говоря, трудно сказать, какой вариант лучше.

Хотя, по моему личному мнению, финансирование здравоохранения из государственного бюджета создает лишь иллюзию того, что рядовой гражданин ничего не платит за лечение.

У американцев есть поговорка: «Бесплатных обедов не бывает». Бюджетные средства тоже не берутся ниоткуда. Трудящиеся платят в государственную казну налоги. У государства есть множество других способов получить необходимые ему бюджетные средства. Но в любом случае, прямо или косвенно, они всегда будут взяты из кармана трудящегося, ибо другого источника финансирования у любого государства попросту нет.

Но все же есть в вышеперечисленных системах финанси-

рования здравоохранения одна, на мой взгляд, существенная разница. Она — в системе распределения отведенных на здравоохранение средств конкретным клиникам, исследовательским центрам, на конкретные программы и проекты.

При бюджетном финансировании медицинские учреждения или пусть даже отдельные врачи неизбежно оказываются в роли вечно просителя у государства, которое может выделить средства или отказать.

В США же клиника или отдельный врач представляют пациенту счет. Тот либо оплачивает его сам, либо несет по месту работы, либо в свою страховую компанию, либо в правительственное ведомство, если он подпадает под одну из федеральных программ социального страхования. Но в любом случае деньги всегда придут в медицинское учреждение, выставившее счет. Тем самым клиники и врачебные конторы располагают достаточными средствами для улучшения своей материальной базы, проведения научных исследований и их внедрения.

Как и другие компании, клиники и отдельные практикующие врачи ведут друг с другом конкурентную борьбу за пациента. Борьбу, которая не позволяет им диктовать монопольные цены, заставляет быть всегда вежливыми и обходительными с больными, повышать качество обслуживания, то есть в выигрыше от этой борьбы остается пациент.

Разумеется, такая точка зрения — не истина в последней инстанции. Она — скорее приглашение к серьезной дискуссии по этой проблеме, а также к серьезному, беспристрастному изучению опыта других стран, в том числе и США, где медики в последние десятилетия осуществили немало самых дерзновенных экспериментов.

Была среди них и серия экспериментов с пересадкой искусственного сердца.

М. А. КНЯЗЬКОВ,  
корреспондент ТАСС  
специально для  
журнала «Здоровье»

(Продолжение следует)

# ЕЩЕ РАЗ О ВИТАМИНЕ С

В. Б. СПИРИЧЕВ,  
профессор,

Т. В. РЫМАРЕНКО,  
кандидат медицинских наук

Итак, вы уже знаете, что детям 4—10 лет требуется 50—60 миллиграммов аскорбиновой кислоты, детям более старшего возраста и взрослым — 60—80 миллиграммов витамина С в день.

В аптеки поступает ряд препаратов, содержащих аскорбиновую кислоту. Это желтые или белые таблетки по 25, 50 или 100 миллиграммов витамина С в каждой. Соответствующая доза аскорбиновой кислоты, принятая после еды, гарантирует обеспеченность организма витамином С. Если вы курите или работаете во вредных условиях, лучше принимать аскорбиновую кислоту 2—3 раза в день — до 100—150 миллиграммов в сутки.

По данным иностранных страховых компаний, в настоящее время в таких экономически развитых странах, как США, Канада, Англия (а они намного опережают нас по потреблению овощей и фруктов) 50—60% населения регулярно принимают аскорбиновую кислоту или содержащие ее поливитаминные препараты. Среди детей, учащихся, беременных и кормящих грудью количество принимающих витамины достигает 90—100%!

Массовые обследования и опросы населения, проводимые Институтом питания АМН СССР, свидетельствуют, что у нас в стране принимают поливитаминные препараты не более 1—2% населения.

В чем же причина недооценки оздоровительного воздействия витаминов на организм? Прежде всего в нашем легкомысленном отношении к своему здоровью, в неосведомленности и ни на чем не основанных предубеждениях.

Некоторые люди, в том числе и медицинские работники, все еще считают, что аскорбиновая кислота, как и другие «синтетические» витамины, не соответствует «живой», природной, быстро разрушается, хуже усваивается и т. п. Все это не более чем заблуждение. Аскорбиновая кислота, как и все другие аптечные витамины, полностью идентична «природной», присутствующей в натуральных продуктах, — и по химической структуре, и по биологической активности. Технология получения витаминов и поливитаминных препаратов надежно отработана и гарантирует как высокую чистоту, так и хорошую сохранность витамина С, к тому же строго контролируруемую.

Кстати, используемый населением, а также в больницах, санаториях и широко пропагандируемый настой шиповника, к сожалению, не безупречен как источник витамина С. Ведь содержание этого витамина существенно зависит от сорта шиповника, места его произрастания, соблюдения правильных сроков сбора, технологии высушивания, хранения, приготовления настоя.

Так не проще ли, как это делает Маргарет Тэтчер, о чем она в свой последний приезд сообщила телезрителям нашей страны, принимать утром таблетку аскорбиновой кислоты с гарантированным и точным содержанием этого витамина, надежно обеспечивающим физиологическую потребность в нем организма?

Иногда высказываются опасения: не может ли регулярный прием аскорбиновой кислоты и поливитаминных препаратов нанести ущерб организму, создать избыток в нем витаминов, вызвать так называемый гипervитаминоз?

Нет, не может. Прием витаминов в количествах, соответствующих физиологической потребности человека, лишь восполняет их дефицит и никак не может быть причиной гипervитаминоза. Конечно, любое вещество, даже самое безобидное, способно нанести ущерб, если его съедать намного больше, чем нужно. Так и некоторые витамины в количествах, превосходящих суточную норму в сотни раз, могут вызвать неспецифические побочные эффекты в виде тошноты, желудочно-кишечных расстройств, крапивницы и других симптомов. И нужно, конечно, помнить, что витаминные драже не конфеты и не следует отправлять их в рот пригоршнями.

И, наконец, несколько слов о модных рекомендациях использовать большие дозы аскорбиновой кислоты для профилактики и лечения ОРВИ. Подчеркнем, что в этом случае речь идет о регулярном приеме действительно больших, нефизиологических доз аскорбиновой кислоты: от 1 до 10 граммов (!) в день, что в 10—100 раз превышает оптимальную суточную потребность. Не останавливаясь подробно на аргументах в пользу и против такой рекомендации, впервые высказанной американским физиком, лауреатом Нобелевской премии Лайнусом Полингом, поскольку подробное рассмотрение этого вопроса потребовало бы отдельной статьи, мы тем не менее вместе с большинством витаминологов и специалистов по питанию не разделяем этой точки зрения. Не разделяем, поскольку нет убедительных данных, доказывающих, что прием больших доз аскорбиновой кислоты более эффективно предотвращает ОРВИ, чем регулярное восполнение имеющегося в организме дефицита небольшими, физиологическими количествами этого витамина. Кроме того, ряд авторов полагает, что большие дозы аскорбиновой кислоты могут быть небезопасны: вмешиваясь в углеводный обмен, эта кислота повышает риск образования оксалатных камней. И хотя нет четких доказательств этих предположений, не считаться с ними не следует.

Любые крайности вредны — эта истина известна всем. Но мы еще и еще раз подчеркиваем: все высказанные опасения относятся к приему огромных доз витамина С и поэтому не могут и не должны переноситься на использование физиологических количеств аскорбиновой кислоты для восполнения ее дефицита. Ведь недостаток витамина С, как мы уже говорили, держит в большом напряжении иммунную, сердечно-сосудистую и другие системы организма, наносит немалый вред нашему здоровью.



*Хорошо известно высказывание Джека Лондона о том, что пьяный способен на такие дела, каких никогда не замыслил, если б не выпил. Одно из таких преступлений — вожделение машины в нетрезвом состоянии. Это наиболее серьезное нарушение Правил дорожного движения, приводящее к авариям. В целом по стране ежегодно около четверти всех дорожно-транспортных происшествий (ДТП), возникающих по вине водителей, совершаются ими после принятия спиртного. Такие автокатастрофы имеют, как правило, наиболее тяжелые последствия.*

*В минувшем году только на территории Москвы нетрезвые водители совершили 414 ДТП. Для сравнения скажем, в 1987 году — 315. Число же задержанных за рулем «под градусом» вообще измеряется тысячами. Причем почти на 40% возросли такие нарушения со стороны водителей индивидуального транспорта.*

*Особенной болью отзываются аварии на дорогах, когда страдают дети: за прошлый год только в столице было сбито пьяными водителями 35 детей. Печальная статистика продолжает свой счет в этом году. В феврале на улице Малыгина водитель автомашины ВАЗ-2106 Г. Аверкин, выехав в нетрезвом состоянии на тротуар, сбил Дениса Т. и его мать, которая держала мальчика за руку. С серьезными травмами*

они были доставлены в больницу.

Многочисленными исследованиями доказано, что вождение транспортного средства несовместимо даже с легкой степенью опьянения. Алкоголь, находящийся пусть в сравнительно небольших концентрациях в крови, существенно влияет на зрительно-моторную координацию. У водителя теряется ощущение реального времени, ухудшается зрительно-пространственное восприятие, понижается работоспособность, уменьшается мышечная сила.

Пренебрежительное отношение к опасности, нескритичность к своему поведению, неадекватная оценка складывающейся дорожной обстановки приводят к тому, что нетрезвые водители зачастую превышают установленную скорость движения, не выдерживают безопасные интервалы и дистанцию в транспортном потоке, неправильно рассчитывают время, необходимое на выполнение маневра. Езда сопровождается неоправданно резкими виражами, ускорением или торможением, которые зачастую и приводят к дорожным происшествиям.

В соответствии с действующим законодательством за езду в пьяном виде без тяжелых последствий водитель может быть подвергнут штрафу

в размере ста рублей или лишению водительских прав на срок от одного года до трех лет. С июня этого года сумма штрафа будет увеличена до 200 рублей. Думается, сегодня и такая мера наказания слишком мягкая. Поскольку число нетрезвых водителей, выявляемых Госавтоинспекцией, остается значительным, на мой взгляд, целесообразно было бы ужесточить ее. Например, значительно увеличить штраф и срок лишения водительских прав для водителей-профессионалов. А к индивидуальным владельцам применять меры воздействия вплоть до конфискации автомашины в доход государства и запрета на покупку новой в течение длительного срока.

Но ведь кроме юридической ответственности существует ответственность перед своей совестью. Все мы участники дорожного движения. И пока на дороге есть равнодушные, пока хоть один пьяница, садясь за руль, не слышит в свой адрес твердого «нет!» от родных, близких, просто прохожих, сводки о дорожно-транспортных происшествиях будут фиксировать все новые жертвы. Жертвы, которых могло и не быть.

**А. ЩАВЕЛЕВ,**  
капитан милиции,  
сотрудник Управления  
ГАИ Москвы

## ПЬЯНЫЙ ЗА РУЛЕМ— ПРЕСТУПНИК

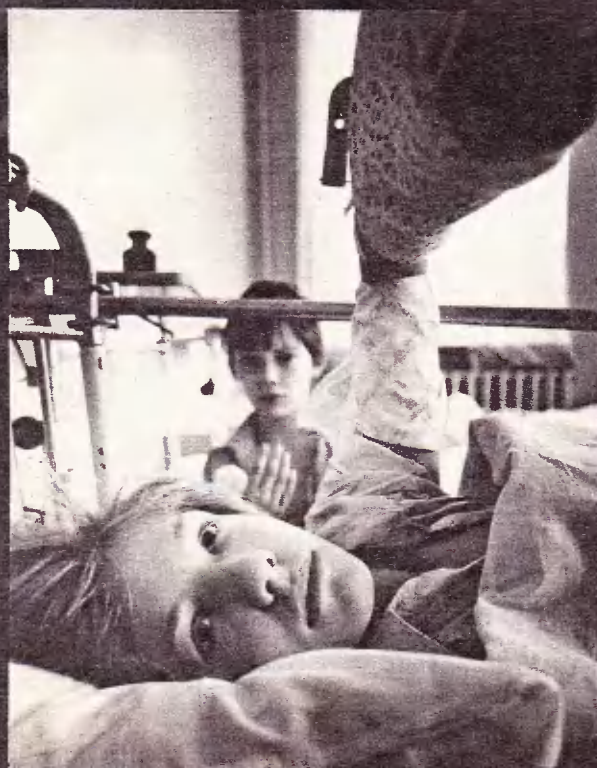


фото О. ИЛЬИНА

## ВЫ ПРОСИЛИ РАССКАЗАТЬ

### НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО ГЕОФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ДНИ

|    |   |    |    |  |
|----|---|----|----|--|
| ПН | 5 |    |    |  |
| ВТ |   | 20 |    |  |
| СР |   |    |    |  |
| ЧТ |   |    | 29 |  |
| ПТ | 9 |    |    |  |
| СБ |   | 24 |    |  |
| ВС | 4 |    |    |  |

Июнь

Вероятно, многие из читателей отмечали зависимость своего настроения от погоды. То ясный, теплый день радует вас, вселяет новые надежды. Вы активно работаете, улыбаетесь окружающим... И все вокруг отвечает вам тем же: щебечут птицы, ласково шелестит листва, журчит ручей... То вдруг через несколько дней вы с трудом заставляете себя подняться с постели. С неохотой идете на работу. Все валится из рук. Вас раздражают шелест бумаг, разговоры коллег. Работа не клеится. А дома? Дома видеть никого не хочется, нет сил делать что-либо по хозяйству. Наваливается бессонница. И, если подряд несколько дней повторяется такая ситуация, появляется чувство безысходности, все видится в черном свете, хоть в петлю лезь. Но проходит еще день-два, и жизнь вновь начинает вам улыбаться.

Люди, испытывающие такие ощущения, не всегда обращают внимание на взаимосвязь своего плохого настроения, своих «черных» эмоций с геофизическими и погодными переменами. Они пытаются искать причины плохого самочувствия либо в болезни, либо во взаимоотношениях с товарищами по работе, с близкими людьми. Непонимание ситуации приводит порой к возникновению конфликтов. Тем более что и окружающие нас люди также в большей или в меньшей мере подвержены влиянию экстремальных геофизических факторов. Число конфликтов растет, как снежная лавина. А причина лишь в том, что люди не знают первоосновы своего плохого настроения — влияния неблагоприятных геофизических ситуаций.

Другая отрицательная сторона такого непонимания — это уход в болезнь, причем часто мнимую. Человек, основываясь на временных недомоганиях, отрицательных эмоциях, начинает придумывать себе неизлечимую болезнь. Даже врачу бывает потом трудно переубедить его в отсутствии этой патологии.

Итак, многих неприятностей можно было бы избежать, если бы не наше недопонимание зависимости внутренних процессов, в том числе эмоций и настроения, от ритмов земной биосферы, космического пульса, рожденного взаимоотношениями Солнца и планет. В этой связи знание неблагоприятных для состояния людей дат, характеризующихся экстремальными значениями геофизических ситуаций, становится вполне обоснованным. Человек может сравнить свое состояние с прогнозом этих дней и убедиться, что все отрицательные эмоции и недомогания краткосрочны и он еще создаст много прекрасного и нужного людям.

Однако наличие метеотропных реакций эмоциональной сферы все-таки нельзя оставлять без внимания. Как показали исследования ученых, появление метеочувствительности — первый признак начавшегося истощения защитных сил организма, переутомления. Поэтому больше внимания уделите отдыху, тренирующим и восстанавливающим силы занятиям физкультурой.

**В. И. ХАСНУЛИН,**  
кандидат медицинских наук

Новосибирск

## Дети тянутся к полезному труду

«Уважаемая редакция!

Прочла в № 1 вашего журнала за 1989 год статью «Дворовый король» и хочу высказать свое мнение об этой проблеме.

Моему сыну 11 лет. Рослый, физически развит, учится посредственно. Более охотно помогает по дому, любит трудиться, но если видны плоды его труда. Как-то пошли мы с ним к моей приятельнице, которая работает в цехе, где слабовидящие на станках изготавливают крышки с пробками для бутылок.

Сын попробовал работать на этом станке — так еле оторвали его. За 3 часа он сделал около 10 килограммов крышек. В общем, за 5 дней (где час, где два-три) он заработал 8 рублей. И отдал их мне с таким счастливым, гордым видом!

Думаю, не только мой сын тянется к полезному труду. Очень было бы хорошо, если бы в каждом микрорайоне родители постарались, сложились и оборудовали спортзал, мастерские, куда пригласили бы различных умельцев. И начали бы мальчишки учиться в свободное от учебы время сапожному ремеслу, гончарному, токарному, фотоделу, чеканке, резьбе по дереву...

Можно устроить и выставки изделий, конкурсы на изобретательство... И обязательно сбыт всего сделанного ребячьими руками.

Может быть, и жильцы будут заказывать своим микрорайоновским мастерам то полочку, то табуреточку; кто кран починить попросит, кто балкон застеклить. И будут тогда гордиться дети и подростки не силой мускулов (вернее, не только этим), но и тем, что умеют делать, в чем достигли мастерства.

Детская мысль — пытливая. И, возможно, мальчишки, те же казанцы, придя в мастерские, столько создадут технических новинок, что мы просто ахнем...

Валентина ШЕМЕТ,  
Макеевка Донецкой области

## Демократия должна охраняться законом

За 10 лет работы следователем я убедился, что в среде подростков групповая преступность растет тогда, когда не действует закон. В этом случае он подменяется диктатом неформальных групп.

Из напечатанного в журнале материала видно, что в Казани происходят массовые нарушения правопорядка, остающиеся во многих случаях безнаказанными.

На мой взгляд, чтобы исправить положение в Казани, нужна постоянная и напряженная борьба общества с преступными группами, которая должна включать как методы убеждения, так и принуждения.



# ДВОРОВЫЙ КОРОЛЬ ПОЧТА ОТКРОВЕННОГО СОБЕСЕДНИКА

Вовлечение подростков в спортивные секции, оперативные комсомольские отряды, кружки и другую положительную общественную деятельность может быть успешным только при условии, что права подростков будут надежно защищены от террора неформальных групп: любая демократия должна охраняться законом. А сейчас этого в Казани не происходит и, значит, подростки не могут чувствовать себя полноправными членами общества, их интересы и реальная свобода грубо попираются преступными элементами. Общественная работа в таких условиях заведомо обречена на провал...

В. Г. ВОЛОЖИН,  
старший следователь,  
майор милиции,  
Свердловск

## Пусть разочаруются в «конторах»

Явление, о котором пишет журнал, видимо, следует отнести к разряду «психологических эпидемий». Значит, и меры борьбы нужно принимать соответствующие — воздействовать на психику подростков.

Например, через печать и особенно местное телевидение развенчать героину «контор». Нужно организовать показ по телевидению цикла передач, в которых тонко и тактично (без прямолинейных нравоучений) были бы показаны вся глупость и бесчеловечность деятельности подростковых группировок, паразитирование «старших» и «королей» на «кодексе чести». Дело нужно поставить так, чтобы в результате у подростков возникло сначала разочарование в «конторах», а затем и отвращение к ним.

Ю. В. ВОЛЮШКО,  
доцент политехнического  
института,  
Владимир

## Что мы утратили

Я думаю, наше общество что-то утратило: человечность, душевность ли, милосердие — мы мало любим своих детей. Мы задариваем их игрушками, потом «тряпками», которые заслоняют от них всю жизнь...

И. В. ЛАПШИНА,  
Дзержинск Горьковской области

## В нашем городе тоже есть «бега»...

В рубрике «Откровенный собеседник» я прочитал статью «Дворовый король».

Я вам хочу сказать, что это явление характерно не только для Казани. В нашем городе тоже есть «бега». И то, что творится в Казани, только цветочки по сравнению с тем, что делается в Кривом Роге. Я «старый» бегун (мы «бегаем», а не «мотаемся») с юности. У нас не так, как в Казани, называют возрастные группы, у нас не так идут драки. Киргичи, арматура, палки — это детские игрушки по сравнению с самодельными взрывными и огнестрельными предметами. В нашем городе гораздо больше группировок. Если вы хотите поближе познакомиться с нами, приезжайте. Мы вам кое-что можем рассказать и показать.

Но запомните! Решить эту проблему невозможно вам — тетям, дядям, милиции! Решить ее можем только мы! Когда это нам надоест, мы прекратим стрелять, взрывать, бить друг друга.

С. Б., 17 лет,  
Кривой Рог

## ОТ РЕДАКЦИИ

Сегодня мы не комментируем письма читателей и не подводим черту в разговоре, начатом корреспонденцией «Дворовый король». Редакция надеется, что читатели дадут оценку этой подборке писем, выскажут другие мнения, новые предложения.

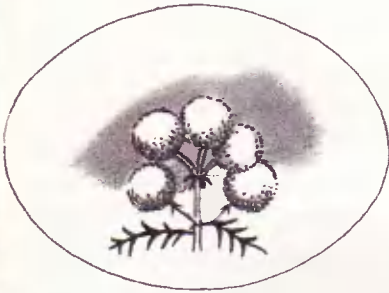
Ждем ваших писем!

# АПТЕКА НА ВАШЕЙ ГРЯДКЕ

Аптечные огороды и грядки, правда, казенные, были известны в России еще со времен царя Алексея Михайловича. А почему бы не возродить эту традицию? Ведь место для грядки, на которой выращивались бы по совету врача различные полезные для вас и вашей семьи лекарственные растения, можно найти и на садовом участке, и на огороде. А дело это, по силам и пенсионеру, и школьнику.

**ВАЛЕРИАНА.** В специализированных совхозах ее размножают семенами. Используется и вегетативное размножение — делением и высадкой частей корневой системы.

В нашей стране валериана встречается почти повсеместно



(за исключением Крайнего Севера) по берегам рек, на влажных низинах.

Разновидностей ее много. И все они лекарственные. Главный признак этого растения — специфический «валериановый» запах корня, который особенно проявляется при сушке.

Совершив экскурсию вдоль реки, найдите несколько расте-

ний валерианы, выкопайте два-три из них. Не увлекайтесь: больше вам не потребуется. Не поведите заросли!

Поделите корень на части, отделите образующиеся на концах боковых корней отростки и вы получите хороший посадочный материал — рассаду для вегетативного размножения. Более мощную часть ее можно сразу высадить на грядку, а слабую дорастить в ящике на окне или в парнике.

При семенном размножении валерианы лучше всего производить посев сначала в специальный разводочный ящик, парничок. Достаточно щепотки семян (в одном грамме до 2 тысяч штук). Обязательно пленочное или легкое соломенное прикрытие. На квадратный метр расходуют 1—2 грамма семян вразброс или рядками на глубину 1—2 сантиметра. Через 1—1,5 месяца рассаду переносят на грядку; расстояние между рядами 50—60 сантиметров и 30—50 сантиметров в рядах.

Если у вас достаточно семян, посейте валериану ранней весной сразу на грядку ручной сеялкой или вручную на глубину 2—3 сантиметра. Берут семена толь-

ко последнего урожая, так как при длительном хранении всхожесть их резко падает. Для ее повышения семена перед посевом в течение двух недель держат под снегом увлажненными. Затем, перед высевом, их необходимо просушить, пока они не станут сыпучими.

Валериана — растение многолетнее, в первый год не цветет. В южных районах к концу осени может дать полноценный урожай корней. Но, как правило, валериану оставляют на грядке на второй год, тоже до осени. Чтобы увеличить корневую массу, ей не дают цвести, удаляя образующиеся цветоносные стрелки. Осенью корни выкапывают, хорошо моют и сушат при температуре около 50°C, оберегая от кошек, которые могут испортить их. При хорошем урожае с квадратного метра валериана дает не менее четверти килограмма сухого корня.

Чтобы получить семена, у растений второго года не удаляют цветоносных стрелок. Семена созревают к концу лета, но не дружно — могут осыпаться. Собирают их регулярным стряхиванием в коробку или мешок.

Обзавестись семенами валерианы вам помогут во Всесоюзном институте лекарственных растений (ВИЛР), при котором создан кооператив «Флора» (113628. Москва, ул. Грина, 7), или на Украинской опытной станции этого института (315510. Полтавская область, п/о Березоточа).

**АПТЕЧНАЯ РОМАШКА.** Это

растение можно выращивать рядом с валерианой. Семена аптечной ромашки (в медицинской практике используют только этот вид) чрезвычайно мелкие (в грамме до 40 тысяч). Очень мелкие и всходы. Поэтому высевают почти поверхностно или с очень мелкой заделкой на мелкокомковато разделанную и хо-



рошо увлажненную почву грядки. Можно сеять в начале осени, в конце осени и очень рано весной. Сеют широкорядно, густые всходы прореживать не надо.

Уход за посевом заключается в рыхлении и прополке междурядий. Убирают ромашку в период полного цветения специальными гребенками или вручную. Соцветия сушат при температуре не более 35—40°C, обязательно в тени.

В небольшом количестве семена можно приобрести в совхозе имени Орджоникидзе (281974, Хмельницкая область, п/о Старая Ушица), а также в кооперативе «Флора».

Н. П. ПЕРЕПЕЧКО,  
профессор  
Каменец-Подольский

## ЭТО ЛЮБОПИТНО

### ЯДОВИТЫЙ ЧАЙ

Китайская медицина наряду с целебными свойствами чая отмечает одновременно и ряд ограничений, связанных с его употреблением, особенно для людей пожилого возраста. Им после ужина вместо чая лучше выпить стакан кипяченой воды, а страдающим гипертонией, заболеваниями сердца и легких рекомендуется пить только слабый чай и в умеренных количествах.

Нельзя запивать чаем лекарства, так как дубильные вещества чая соединяются с составными элементами препаратов и они выпадают в осадок. Это может повлиять на эффективность лекарства. Китайская медицина не рекомендует пить вчерашнюю заварку, а также заваривать чай крутым кипятком — кипящая вода (100°), попав на

чайный лист, разлагает его составные элементы. Заваривать чай надо кипяченой водой, температура которой около 80°, а пить его лучше сразу. Через 20 минут после заварки, считают китайские специалисты, чай превращается в «яд гремучей змеи».

Как видим, точка зрения китайской медицины несколько отличается от наших привычных представлений о чае. Что ж, вам предоставляется возможность выбора.

П. ДЕНИСОВ,  
востоковед



Рисунок Э. ДЕСЯТНИК

«Сегодня понятие «милосердие», как говорится, у всех на слуху. Хотелось, чтобы и в журнале «Здоровье» появилась рубрика для инвалидов, в которой бы нам протянули руку помощи специалисты различных направлений медицинской науки, методисты ЛФК, психологи, спортивные тренеры и многие другие, кто старается хоть чем-то облегчить нашу участь».

Л. ПОТАПЕНКО, инвалид I группы, Харьков

«Не раз читал о силовом жонглере — сегодня президенте Федерации инвалидного спорта — Валентине Дикуле, который сумел не только встать на ноги после тяжелой травмы позвоночника, но и вернуться на арену цирка. Очень хотелось бы воспользоваться его опытом, советом. Дело в том, что у меня тоже поврежден позвоночник, отнялись ноги. Мне 30 лет. Быть всю оставшуюся жизнь прикованным к постели — это трагедия. Не могли бы вы рассказать про тренажер, который рекомендует Дикуль, и о методике его тренировок? Недавно я выписался из больницы и хотел бы тренироваться».

С. ФЕДОРОВ, Новокузнецк

Сегодня Валентин Иванович ДИКУЛЬ в беседе с нашим корреспондентом П. Смольниковым рассказывает о начальном этапе тренировки больных со спинномозговой травмой.



## КАК ПОСТРОИТЬ ТРЕНАЖЕР

В станке-тренажере, которым пользовался после травмы Валентин Дикуль, нет ничего хитрого. Посмотрите на рисунок 1.

— Цифрой 1 обозначены стальные трубы диаметром 30—35 миллиметров, — рассказывает Валентин Иванович. — Из

них собирается рама, стойки которой крепятся к полу. Две горизонтальные трубы, расположенные над кроватью, соединяются со стойками при помощи передвижных муфт (2). Муфты имеют винты — стопоры для крепления. На горизонтальных трубах

при помощи все тех же передвижных муфт устанавливаются металлические планки (3). К планкам приварено по три блока (4). Планки с блоками можно при необходимости установить и на вертикальных стойках.

Таких планок с блоками у Ди-

куля было шесть. Все блоки — на подшипниках для минимального сопротивления при их вращении.

— Этой схеме не нужно следовать точно. Я показываю лишь принцип. Слепо копировать это приспособление нет нужды. Каждый должен найти свой вариант. Можно, например, прикрепить несколько блоков к потолку. Особенно, если он деревянный.

## МИЛОСЕРДИЕ

### БЕЗ СЕРДЦА

После публикации письма инвалида из Харькова и других материалов под общим названием «Коляска — наша жизнь и наша... проблема» в журнале «Здоровье» № 2 и № 11 за 1988 год в адрес нашего предприятия поступает много писем от инвалидов.

Читаю эти письма, и сердце обливается кровью от бессилия и беспомощности, от незащищенности страдающих людей. Диву даешься бездушию, бессердечности отдельных работников рай- и облсобесов, ВТЭКов. Анализируя эти письма, пришла к выводу, что инвалиды в нашей стране предоставлены самим себе со своими проблемами и горем.

Неужели так уж неразрешима проблема издания специального журнала для инвалидов, где бы освещались все самые элементарные рекомендации, инструк-

ции по обеспечению их средствами передвижения и протезирования, обувью, печатались бы медицинские советы?

И вот такой непросвещенностью инвалидов пользуются чиновники из местных органов социального обеспечения, дезинформируют инвалидов, искусственно завышая сроки эксплуатации колясок и протезов. Многие даже не знают, что им положено по инструкции и на какие сроки.

А инвалиды в сельской местности совершенно забыты, никто о них не думает и не заботится, учет их не налажен. Если инвалиды, проживающие в городе, получают протезные изделия бесплатно, то сельские — все за наличный расчет. Хотя по инструкции оплату должен производить колхоз. Но, как правило, колхоз им отказывает в оплате, ссылаясь на отсутствие денег.

А коляска стоит в среднем от 144 до 400 рублей в зависимости от типа коляски, а протез — от 100 рублей и выше. Может ли купить ее инвалид с его мизерной пенсией?

Приведу несколько фактов из писем инвалидов. Вот пишет А. Л. Хохрин, проживающий по адресу: 665370, Иркутская обл., пос. Залари, ул. Кирова, 9.

Он получил коляску в 1983 году, в облсобесе ему сказали, что эта коляска для него на 10 лет — до 1993 года. Сейчас его поставили на очередь, и оказался он в очереди под № 168. Подсчитайте, когда он ее получит, если Иркутский облсобес в 1988 году заказал 21 коляску КЛР (дорожную), а в 1989 году не заказал ни одной, а заказал на всю область только детских 12 колясок КЛСД.

Явный обман инвалидов: ведь дорожные коляски выдаются по инструкции на 3 года, а не на 10 лет. На каком основании Иркутский облсобес и другие создают искусственный дефицит на человеческом горе?

Наше предприятие ежегодно высылает согласно заявкам облсобесов в их адреса коляски.

Значит, заявки не соответствуют действительному учету всех инвалидов.

Так, А. И. Лебедь, проживающий по адресу: Кустанайская обл., Тарановский район, пос. Майский, ул. 60 лет Октября, дом 9, кв. 2, пишет, что не может приобрести коляску для ребенка да и не знает, куда обратиться. Лечащий врач сказал ему: «Делайте сами». Представляете? Почему же не ведут разьянительную работу ВТЭК, райсобес, облсобес?

В. Я. Мусийчук из Кировоградской области, тов. Зущик из Курганской области пишут, что много лет ползают и, куда бы ни обращались: в облсобес, в Медтехнику — везде отказ. Таких писем сотни. Между тем все виды колясок, которые мы выпускаем, внесены в каталоги средств передвижения, которые имеются во всех облсобесах.

Довожу до вашего сведения, товарищи инвалиды, что завод-изготовитель не отпускает коляски в розничную торговлю, он выполняет только заявки облсобесов.

Разработан порядок заказа колясок: инвалид обращается

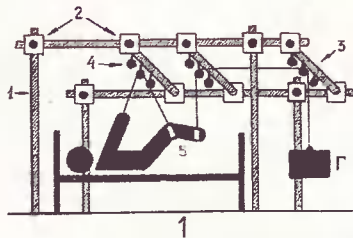
Или к стене. К тому же такое количество блоков вряд ли понадобится сразу. Все зависит от того, какие упражнения и как вы будете выполнять...

Вначале вы можете максимально облегчить работу мышц. А затем наоборот: постепенно нагружать их. Это достигается с помощью тросиков (5) и груза (Г).

— На бумаге все просто,— улыбается Дикуть.— Как говорят: что нам стоит дом построить. Хотя и на деле не очень сложно. Если родственники и друзья постараются. Правда, когда с человеком случается несчастье, друзей у него, к сожалению, сразу становится меньше. С большими хлопотно... Ну, это уже другая тема.

Обычно считают, что к такому хорошему приспособлению нужен универсальный комплекс упражнений, которого наши читатели ждут не дождутся.

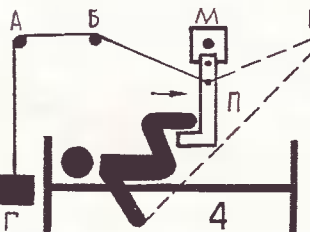
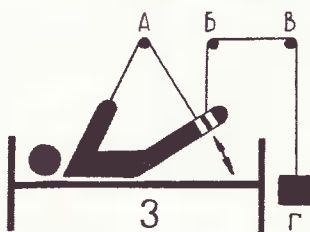
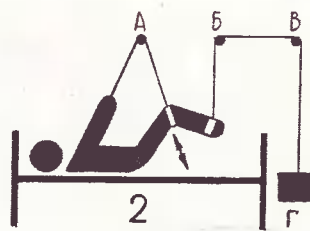
Валентин Иванович отрицательно качает головой:



— В том-то и дело, что нет у меня никакого универсального комплекса. И быть не может. Каждый должен разработать его сам. Применительно к особенностям своего заболевания, советуясь с врачом или специалистом по лечебной физкультуре. Расскажу про упражнения, которые я подобрал для себя...

Дикуть придвигает к себе лист бумаги и начинает рисовать.

Это упражнение (рисунок 2) для тренировки неподвижных ног. Через блоки Б и В при помощи груза Г Дикуть уравновешивал ноги так, что они как бы парили в воздухе, приподнятые над кроватью. Тросик, проходящий через эти блоки, он прикреп-



лял к щиколоткам при помощи ремешка.

Второй тросик Валентин Иванович пропускать через блок А и закреплял его за колени. Потянув за этот тросик, он выпрямлял ноги.

— В этом положении,— говорит В. Дикуть.— груз Г помогает выпрямлять ноги. Уменьшая груз, я заставлял мышцы напрягаться сильнее. И наоборот.

В следующем упражнении (рисунок 3) принцип тот же. Только работают прямые ноги. Вначале груз Г Дикуть подбирал так, чтобы ноги держались на весу без усилия. Руками подтягивал ноги вверх. И так же, как в предыдущем упражнении, медленно отпускал тросик руками, ноги опускались.

В этом упражнении (рисунок 4) ноги закреплялись на качающейся планке П, которая в свою очередь, крепилась к передвижной муфте М. Груз Г Валентин Иванович подбирал так, чтобы иметь возможность с небольшим усилием откачивать планку, полностью выпрямляя ноги.

— Поначалу мне это не удавалось,— говорит Дикуть.— Я не мог разогнуть ноги даже без груза. Тогда через блок В я прикрепил к планке тросик, концы которого брал в руки. И тянул, помогая ногам разгибаться...

На рисунке этот тросик обозначен пунктиром.

(Продолжение в следующем номере)

в райсобес по месту жительства, а райсобес, учитывая всех нуждающихся, подает заявки в облсобес.

Все инвалиды должны знать: коляски выдаются бесплатно — дорожные на 3 года, комнатные на 4 года и малогабаритные для инвалидов без обеих ног на 1 год. Кроме малогабаритной, инвалидам без обеих ног полагается дорожная коляска.

А облсобесы умудряются выдавать даже малогабаритные коляски на 5—7 лет! Вот и мучаются инвалиды, пишут нам, просят прислать запасные части, колеса, что сделать мы, к великому сожалению, в большинстве случаев не можем, хотя по мере возможности стараемся помочь кое-какими деталями.

Положение давно уже сложилось таким образом, что Министерство автомобильной промышленности отпускает нам полуфабрикаты и комплектующие изделия только на производственный план, игнорируя наши потребности в ремонте и других работах. Дальше так оставаться не может.

Складывается парадоксаль-

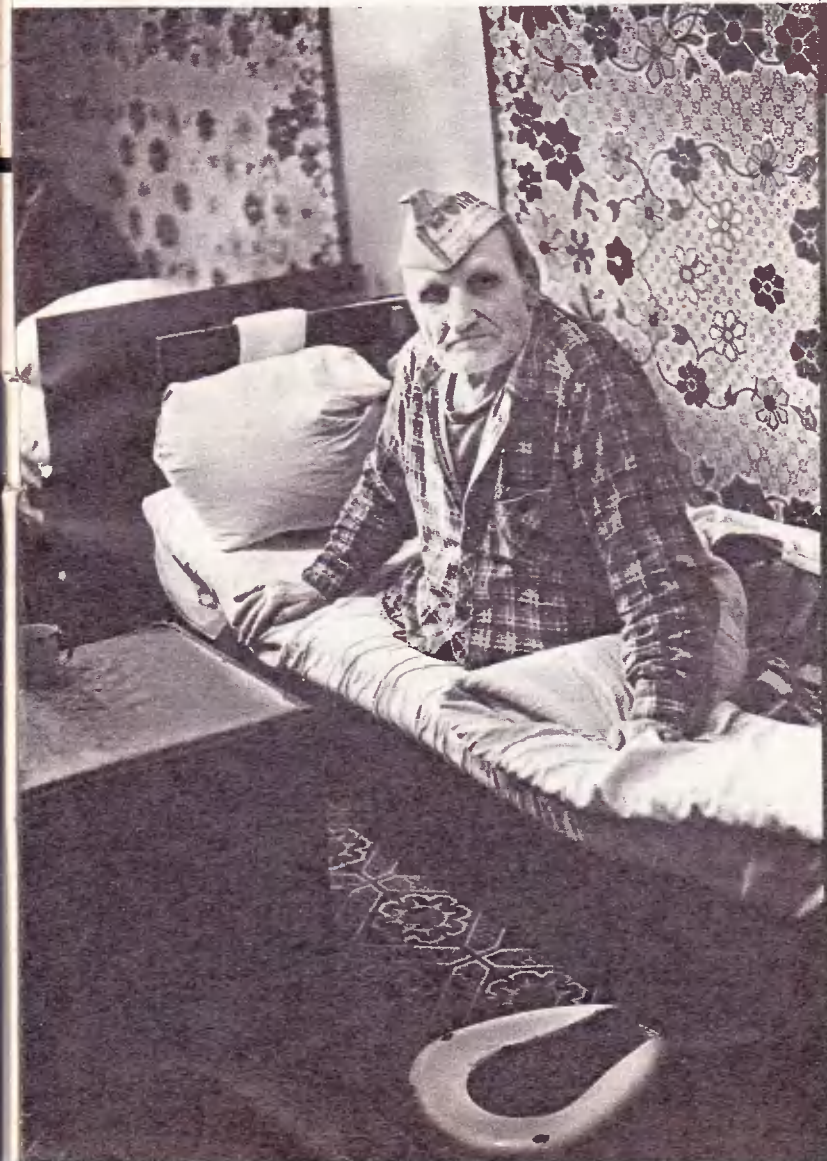
ная ситуация: в больницах, поликлиниках полностью отсутствуют элементарные сведения о протезных предприятиях, их специфике, номенклатуре изделий, порядке протезирования в стационарах. Человеку ампутируют конечность, и... все.

А ведь сразу же после операции инвалиду должны разъяснить, когда и где он может протезироваться. Инвалид должен знать, что протезирование производят на протезно-ортопедическом предприятии по месту жительства. Он должен знать, что зоны обслуживания определяются вышестоящими республиканскими протезными организациями. А на обслуживание вне зоны то же предприятие дает разрешение.

Я считаю: чтобы хорошо работали наши органы социального обеспечения, нужно их заведующими назначать инвалидов, которые прекрасно знают и понимают боль и чаяния этих людей.

З. В. МИХАЙЛОВА,  
диспетчер

Львовского экспериментального предприятия средств передвижения и протезирования



## НЕРАЗРЫВНОЕ ЕДИНСТВО МИРА

Китайская традиционная медицина уходит своими корнями в глубокое прошлое. В течение тысячелетий она впитывала огромный эмпирический опыт народа и развивалась в неразрывной связи с самобытной китайской философией.

Представления древних китайцев об окружающем мире формировались с течением веков и прошли длительный путь от культа природы (земли, гор, солнца, луны и планет) до религиозно-философских систем (конфуцианство и даосизм с VI века до н. э. другие учения) и наивно-материалистической философии, которая возникла в Китае в середине I тысячелетия до н. э. и получила развитие в трудах китайских философов в эпоху древних империй.

Древние китайские философы полагали, что существует единая изначальная материя «тайцзи»; она порождает две противоположные по своим свойствам субстанции — активное (мужское) начало «ян» и пассивное (женское) «инь» («принцип полярности сил»). В результате их взаимодействия и борьбы возникли «пять первостихий» («у син»): вода, огонь, дерево, металл и земля, из которых и создается все многообразие материального мира — «десять тысяч вещей» («вань у»), включая человека.

Таким образом, человек — часть природы, часть великой триады Небо — Человек — Земля, и потому он находится в гармонии с окружающим миром, который познаваем и пребывает в постоянном движении и изменении. Так, пять первостихий, с одной стороны, могут породить (созидать) друг друга (вода порождает дерево, дерево — огонь, огонь — землю, земля — металл, а металл — воду), а с другой — угнетают друг друга (вода тушит огонь, огонь плавит металл, металл разрушает дерево, дерево — землю, а земля засыпает воду).

Эти стихийно-материалистические воззрения древних китайских философов (с элементами диалектики) и составили теоретическую основу традиционной китайской медицины. Здоровье, например, понималось как равновесие обоих начал «инь» и «ян» и пяти первостихий «у

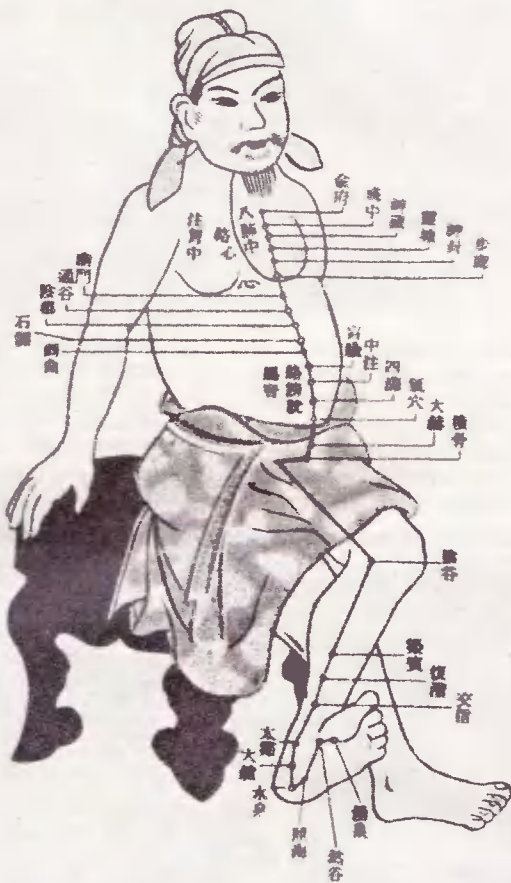
син», а болезнь — как нарушение их правильного взаимодействия. Различные варианты этих нарушений объединялись в две группы синдромов: синдром избытка — «ян» и синдром недостатка — «инь». Многообразие болезней объяснялось широтой взаимодействия организма с окружающим миром, особенностями самого организма, длительным пребыванием в одном из эмоциональных состояний (гнев, радость, печаль, размышление, огорчение, боязнь, страх), а также другими естественными причинами. Задача врачевания заключалась в восстановлении нарушенного равновесия.

В наши дни трудно принять на веру или четко интерпретировать с позиций современной науки учения о «пяти первостихиях» или «полярности сил». Важно другое: великие догадки древних мудрецов о материальности мира и его целостности, взаимосвязи всех явлений природы, включая человека, позволили им использовать эти наблюдения для лечения болезней и сохранения здоровья, ибо уже тогда задачи медицины виделись в том, «чтобы излечивать больных и укреплять здоровье здоровых».

## «ПУЛЬС — ВНУТРЕННЯЯ СУЩНОСТЬ СТА ЧАСТЕЙ ТЕЛА»

Одно из величайших достижений философской и естественнонаучной мысли древнего Китая — представление о круго-

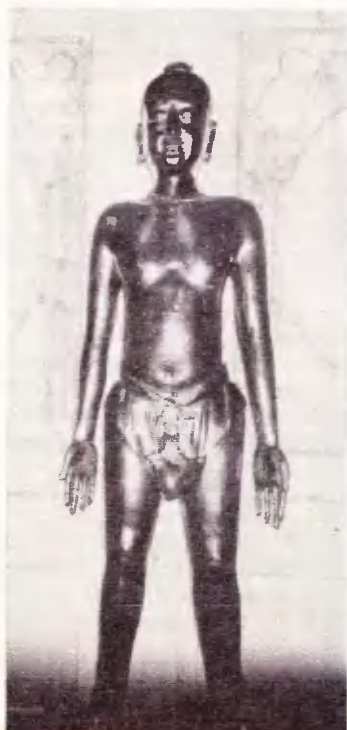
# ДРЕВНИЙ КИТАЙ: ЖИЗНЕННОСТЬ ТРАДИЦИЙ



圖五十九 — 仿明版古圖(五)

足少陰腎經之圖

凡二十七穴  
左右共五十四穴



вом движении крови. О нем говорится уже в самом древнем из дошедших до нас медицинском сочинении Китая — трактате «Нэй цзин» («Трактат о Внутреннем»), записанном в III веке до н. э.: «Сосуды сообщаются между собой по кругу. В них нет начала и нет конца... Кровь в сосудах циркулирует непрерывно и кругообразно... а сердце хозяйничает над кровью»: «Без пульса невозможно распределение крови по большому и малым сосудам... Посмотришь вперед, оглянешься назад — все идет от пульса. Пульс — это внутренняя сущность ста частей тела, самое

*Полая бронзовая фигура человека с каналами для освоения практических навыков в иглоукальвании. XIV век. Рига. Музей истории медицины имени П. Я. Страдыня.*

*Схема канала почки с точками традиционного иглоукальвания. Период династии Мин (XIV—XVII вв.).*

тонкое выражение внутреннего духа...».

Врачеватели древнего Китая пришли к этим выводам путем длительных наблюдений. Обследуя больного, они изучали пульс не менее чем в девяти точках и различали 28 видов пульса. Основными из них считались десять: поверхностный, глубокий, редкий, частый, тонкий, чрезмерный, свободный, вязкий, напряженный, постепенный. Эмпирически врачи пришли к заключению, что каждый орган и каждый процесс в организме имеет свое выражение на периферии, то есть по изменению пульса в нескольких точках можно опреде-

лить, какой болезнью страдает человек.

Древний метод пульсовой диагностики постоянно совершенствовался многими поколениями китайских врачей и со временем превратился в стройное учение о пульсе. Наиболее полно оно изложено в 10-томном «Трактате о пульсе» («Мо цзин») известного китайского врача III века н.э. Ван Шухэ, одного из отпрысков династии Чжоу.

За пределами Китая учение о пульсе распространилось относительно поздно. В средние века оно проникло в Индию, государства Средней Азии, арабоязычные страны Ближнего и Среднего Востока. В знаменитом «Каноне медицины» выдающегося врача средневекового Востока Абу Али ибн Сины (980—1037 годы) теоретическое обоснование исследования пульса во многом сходно с положениями традиционной китайской медицины.

## ЧЖЭНЬ-ЦЗЮ — ЖЕМЧУЖИНА КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Согласно преданию, метод чжэнь-цзю («чжэнь» — иглоукалывание, или акупунктура; «цзю» — прижигание) зародился в глубокой древности, когда было замечено, что уколы, порезы или ранения в определенных точках тела приводят к исцелению некоторых недугов. Например, сжатие центральной ямки

*Процедура прижигания (с китайской гравюры).*

верхней губы позволяет вывести больного из состояния обморока, а введение игл в определенных точках у основания первого и второго пальцев излечивает от бессонницы. Таким образом, на основе длительных наблюдений врачеватели древнего Китая пришли к наивному на первый взгляд выводу о существовании «жизненных точек», раздражение которых способствует регуляции жизненных процессов.

Достоверные сведения об успешном применении чжэнь-цзю содержатся в хрониках династии Хань (III век до н.э.— III век н.э.), которые повествуют о чудесных исцелениях легендарного врачевателя Бянь Цзюэ (жившего в XI веке до н.э.) и его учеников, искусно применявших иглотерапию и прижигание (самое раннее упоминание о применении чжэнь-цзю), массаж и местные лекарственные средства.

Первое подробное изложение теории и практики чжэнь-цзю приведено в уже упоминавшемся трактате «Нэй цзин».

Первый специальный трактат по иглоукалыванию «Чжэнь цзю цзя и цзин» («Классический канон по иглотерапии и прижиганию») был составлен в 265 году знаменитым врачом Хуанфу Ми. Этот труд был известен за пределами Китая уже в V веке и вплоть до XI века оставался главным источником знаний в этой области.

Первые иглы для акупунктуры были каменными. Они имели тончайшее отверстие (подобно игле шприца), по которому, как полагают, движется начало «ян».

Впоследствии иглы стали изготавливать не только из кремня или яшмы, но из кости, бамбука, а позднее и из металлов: бронзы, серебра, золота, платины, нержавеющей стали.

Метод иглотерапии издавна применялся в сочетании с массажем и прижиганием, то есть тепловым воздействием на «жизненные точки». Лечебный эффект достигался приложением тлеющих сигарет, начиненных сухими листьями лекарственных растений. Наиболее часто для этого использовали растение мокса (полынь обыкновенная).



*Современные китайские иглы: шесть нитевидных для погружения в ткани и одна трехгранная для пункции вен. Из коллекции автора.*

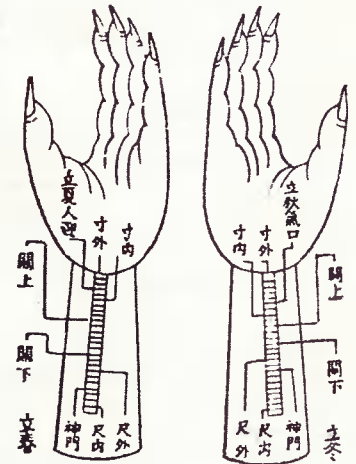
При этом считалось, что эффективность моксы возрастает с годами хранения. Так, для лечения прижиганием болезни, которая возникла семь лет назад, рекомендовалась мокса, собранная три года назад.

Искусство чжэнь-цзю передавалось в древнем Китае от учителя к ученику. Первое государственное заведение, где обучали традиционной медицине — Императорская медицинская школа, — основано в средние века. В ней было 20 учеников, один преподаватель, его помощник и 10 инструкторов. При школе работало 20 мастеров, изготавливавших иглы.

Важное значение для преподавания имело создание двух первых бронзовых фигур, которые были отлиты в полный человеческий рост под руководством врача Ван Вэйи в 1027 году. На поверхности фигур были обозначены все точки и их названия. Каждой точке соответствовал глубокий канал для введения иглы. Снаружи фигура покрывалась воском, а изнутри заполнялась водой. Если ученик вводил иглу правильно, на поверхности появлялась вода. Копирование фигур началось в XIII веке.

В середине I тысячелетия н.э. метод чжэнь-цзю вышел за

пределы Китая и стал распространяться в различных государствах Азии. В XIII—XVII веках он проник в Европу, а затем и в Америку. В России первое сообщение о методе чжэнь-цзю сделал профессор Петербургской медико-хирургической академии П. А. Чаруковский, который в 1828 году опубликовал статью об иглоукалывании в «Военно-медицинском журнале». Изучение и практическое применение иглоукалывания и прижигания в СССР началось в 1956 году после командировки в Китайскую Народную Респуб-



*Теория пульса. Иллюстрация из книги «Мо цзин».*

лику группы советских врачей под руководством профессора В. Г. Вогралика. Сегодня этот метод успешно используется в различных клиниках и научно-исследовательских институтах страны.

В современном мире традиционная медицина — сокровищница народного опыта — имеет большое будущее как один из истоков научной медицины. Яркое свидетельство тому — принятое в 1980 году решение Всемирной организации здравоохранения о признании иглоукалывания научно обоснованным методом и рекомендация применять его в практике лечения различных заболеваний.

Т. С. СОРОКИНА,  
доктор медицинских наук



**ХВОЙНЫЕ ВАННЫ БЛАГОТВОРНО ВОЗДЕЙСТВУЮТ** на верхние дыхательные пути, кожные покровы тела, а через нервные рецепторы кожи — на центральную нервную систему. Такие ванны снимают утомление, повышают общий тонус организма. Их рекомендуется принимать 1—2 раза в неделю.

В домашней ванне примерно 200 литров воды; тщательно растворите в ней либо 50—70 граммов экстракта в брикете, либо 1—2 таблет-

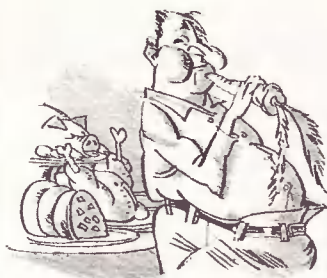


ки, либо 100 миллилитров жидкого экстракта. Температура воды — 36—37°.

Поскольку страдающим многими заболеваниями ванны противопоказаны, посоветуйтесь с лечащим врачом, не повредят ли вам эти процедуры.

Т. Р. СМЕРНОВА,  
кандидат  
медицинских наук

**ЕСЛИ ВЫ НАЧАЛИ ПОЛНЕТЬ**, попробуйте изменить режим питания. Ешьте 5—6 раз в сутки, но понемногу.



Чтобы не возбуждать аппетит, откажитесь от острых и соленых закусок, приправ. Последний раз ешьте не менее чем за 3—4 часа до сна, а на ночь, если вас мучает голод, выпейте стакан кефира или съешьте яблоко, морковь.

М. П. ВОДОВОЗОВА,  
кандидат  
медицинских наук

**НЕКОТОРЫЕ ОШИБОЧНО СЧИТАЮТ, ЧТО НЕОБЯЗАТЕЛЬНО МЫТЬ ФРУКТЫ**, ягоды, собранные на своем садовом участке. Но они, конечно же, переменяли бы свое мнение, если бы под микроскопом увидели воду, в которой были вымыты несколько ягод клубники: в одной капельке воды «уместилось» яйца гельминтов, множество возбудителей брюшного тифа и многих других болезнетворных организмов.

Л. П. ИЛЬИНА,  
врач

**ОЗЕЛЕНЯЯ ЛОДЖИЮ ИЛИ БАЛКОН ВЫСОКИМИ РАСТЕНИЯМИ**, обязательно оставляйте между ними просвет. Поэтому высаживайте растения на расстоянии не менее 20 сантиметров друг от друга. Это даст приятную пеструю тень с солнечными бликами, не помешает проветриванию комнаты и ее освещению, особенно в пасмурные, дождливые дни.

А. Р. ЗАВЬЯЛОВ,  
кандидат  
биологических наук

**ПРИНИМАЯ ЛЕКАРСТВА, НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ НЕ ПЕЙТЕ СПИРТНОЕ!** у вас может развиться тяжелая аллергическая реакция! К тому



же, как установили ученые, в сочетании с алкоголем извращается действие более 100 видов препаратов.

П. Г. ОРЛОВ,  
доктор  
медицинских наук

Весной кожа лица, особенно сухая, чувствительная, нуждается в витаминах. Рекомендуем несколько масок, которые наносят на 15—20 минут в любое удобное время, а затем смывают теплой водой. Две первые маски — для сухой и нормальной кожи, третья — для увядающей кожи.

1. Столовую ложку измельченного в кофемолке или ступке геркулеса (можно взять и обычную овсянку) смешайте со столовой ложкой любого растительного масла (если есть, предпочтительнее оливковое, персиковое, абрикосовое), столовой ложкой молока и чайной ложкой подогретого (до 40—50°) меда. Помните, теплый мед лучше проникает в поры, а потому более эффективен. Но ни в коем случае нельзя добавлять мед в маску женщинам, у которых на лице видны мелкие кровеносные сосуды.

2. Чайную ложку мелко измельченных листьев молодой березы залейте четвертью стакана крутого кипятка. Настояв 1,5—2 часа, отцедите. Добавив 1 столовую ложку такого настоя в питательный крем для сухой кожи, вы получите витаминную маску. Намажьте ею лицо тонким слоем.

3. Хорошо промытые листья молодой крапивы, одуванчика, мяты (в равной пропорции) проверните через мясорубку или измельчите ножом и заварите кипятком. Вода должна слегка покрывать массу. Смешайте по одной столовой ложке кашицы из листьев, творога и подогретого меда — маска готова.

М. С. ВАСИЛЬЕВА, кандидат медицинских наук

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ

Молния — гигантский электрический разряд, возникающий вследствие сильной электризации атмосферы во время грозы.

От удара молнии нередко разрушаются здания, возникают пожары, гибнут люди и животные. На теле пораженного молнией остаются специфические ожоги в виде красноватых полос.

Наибольшее число несчастных случаев в грозу (90%) происходит в сельской местности. Чаще всего молния поражает человека на открытых местах или под одиноко стоящим деревом, несколько реже — в помещении и еще реже — в лесу.

**ЗАПОМНИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ГРОЗЫ. ИЗБЕГАЙТЕ ОТКРЫТЫХ МЕСТ. ЕСЛИ ВЫ ОКАЗАЛИСЬ В ГРОЗУ ВНЕ ПОМЕЩЕНИЯ, ПОСТАРАЙТЕСЬ УКРЫТЬСЯ В НЕБОЛЬШИХ ЛОЩИНАХ ИЛИ КАНАВАХ. НЕ БЕГИТЕ, ЛУЧШЕ ЛЕЧЬ НА ЗЕМЛЮ.**

КРАЙНЕ ОПАСНО НАХОДИТЬСЯ НА ВОЗВЫШЕННОМ МЕСТЕ, СКАЖЕМ, НА ВЕРШИНЕ ХОЛМА, ВОЗЛЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ, НАПРИМЕР, ВОЗЛЕ ЖЕЛЕЗНОЙ ОГРАДЫ, ПРЯТАТЬСЯ ПОД ОДИНОКО СТОЯЩИМ ДЕРЕВОМ ИЛИ НАВЕСОМ. НЕЛЬЗЯ СИДЕТЬ У ОТКРЫТОГО ОКНА, ДЕРЖАТЬ ВЫСОКО НАД ГОЛОВОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ПРЕДМЕТЫ.

Находясь во время грозы в помещении, соблюдайте дополнительные меры предосторожности: выключите из сети телевизор, радиоприемник, другие электроприборы, не прикасайтесь к водопроводным кранам, отойдите от печей, имеющих дымоходы.

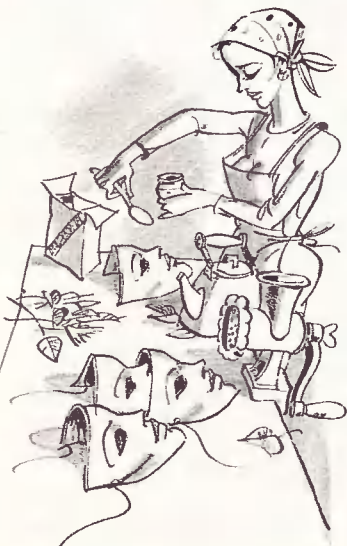
Прохождение разряда молнии сквозь человека чаще всего ведет к мгновенной смерти. Но возможна оглушенность, временное прекращение дыхания и остановка сердца. В любом случае незамедлительно вызовите «Скорую» и начните проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание (см. «Здоровье» № 1 за 1989 год).

Прекращать меры реанимации можно лишь после приезда «Скорой», восстановления у пострадавшего самостоятельного дыхания или появления явных признаков смерти: ооченения, трупных пятен.

**СОВЕРШЕННО НЕДОПУСТИМО ПОРАЖЕННОГО МОЛНИЕЙ ЧЕЛОВЕКА ЗАКАПЫВАТЬ ИЛИ ЗАСЫПАТЬ ЗЕМЛЕЙ.** Вопреки укоренившемуся предрассудку этот метод абсолютно неэффективен и может стоить пострадавшему жизни, так как ему не будут вовремя оказаны меры первой помощи.

Пораженного молнией надо постараться поскорее доставить в ближайшее медицинское учреждение.

Т. Н. БОГНИЦКАЯ,  
доктор медицинских наук



**Калининская Служба знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу: 170005, Калинин, ул. Фарафоновой, д. 43-б, Служба знакомств, абоненту №...**

**Абонент 12**

Буду рада встрече с умным, добрым человеком до 43 лет, который смог бы стать надежным другом. Мне 35 лет, рост 159, образование высшее, считаю себя хорошей хозяйкой. Условия для совместной жизни есть. Воспитаваю сына 14 лет.

**Абонент 29**

Вдова. 51 год, рост 164, сумеет окружить заботой и вниманием, создать теплую семейную атмосферу спокойному, выдержанному, порядочному мужчине до 55 лет.

**Абонент 70**

Простая русская женщина 30 лет, рост 178, образование среднетехническое, характер добрый и мягкий, хорошая хозяйка. Ищет порядочного мужчину для создания здоровой, полноценной семьи, основанной на взаимопонимании. Условия для совместной жизни есть.

**Абонент 123**

Буду счастлива разделить все трудности и радости семейной жизни с добрым и умным мужчиной, способным стать опорой и поддержкой на жизненном пути. О себе: симпатичная, 24 года, рост 172, образование высшее. Верю в лю-

бовь и верность. Надеюсь, что буду неплохой хозяйкой в доме. Отвечу на письмо мужчины не старше 32 лет.

**Абонент 126**

За годы одиночества превратилась в домохозяйку. На работе женский коллектив, а знакомиться на улице считаю неприличным. Была бы благодарна судьбе за встречу с надежным и умным мужчиной до 47 лет. Мне 38 лет, рост 162, сыну 11 лет, экономист, миловидная блондинка, предрасположенная к полноте, сердечная, веселая, энергичная.

**Абонент 191**

Хочу познакомиться с честным, добрым мужчиной, ростом не ниже 172, равнодушным к спиртному, способным быть верным спутником жизни. При наличии этих качеств я сделаю все возможное, чтобы наша совместная жизнь стала по-настоящему счастливой. Мне 31 год, рост 160, образование высшее, экономист, воспитываю дочь 10 лет. Ценю домашний уют, люблю заниматься кулинарией, вязанием.

**Абонент 148**

Пусть откликнется тот, кто хочет иметь рядом добрую, ласковую, порядочную и верную жену. О себе: 29 лет, рост 159, образование среднее специальное, веселая, люблю семейный уют, детей нет. Отвечу на письмо мужчине до 36 лет.

**Абонент 263**

Хочу принести счастье человеку с романтически возвышенной натурой, обладающему полной гармонией человеческих качеств. Мне 32 года,

рост 164, образование высшее, замужем не была, проживаю отдельно от родителей в Кировограде. Люблю музыку, живопись, книги, путешествия, домашний уют.

**Абонент 284**

Верю, надеюсь и жду встречи с честным, умным, увлеченным, спортивного типа мужчиной до 38 лет. Мне 33 года, рост 160, образование высшее, блондинка, стройная, эмоциональная, постоянная в своем выборе.

**Абонент 307**

Отвечу взаимностью порядочному, чуткому, интеллигентному, без вредных привычек мужчине до 48 лет, ростом не ниже 176. О себе: вдова военнослужащего, 49 лет, рост 168, образование высшее, не склонная к полноте. Сын живет отдельно, жилплощадью обеспечена.

**Абонент 215**

Современная, симпатичная женщина 32 лет, рост 168, не склонная к полноте, из Подмосквы, разведена, дочери 6 лет, надеется встретить спортивного, интеллигентного мужчину, без вредных привычек, 30—40 лет, ростом не ниже 175. Жилплощадью обеспечена.

**Абонент 58**

Стройная, интеллигентная, доброжелательная вдова 33 лет, по характеру оптимистка, с двумя разнополыми детьми-первоклассниками, желает познакомиться с мужчиной без вредных привычек, трудолюбивым, надежным и добропорядочным, не старше 43 лет. Условия для совместной жизни есть.

ЧТО БОЛИТ?

Рисунки О. ТЕСЛЕРА



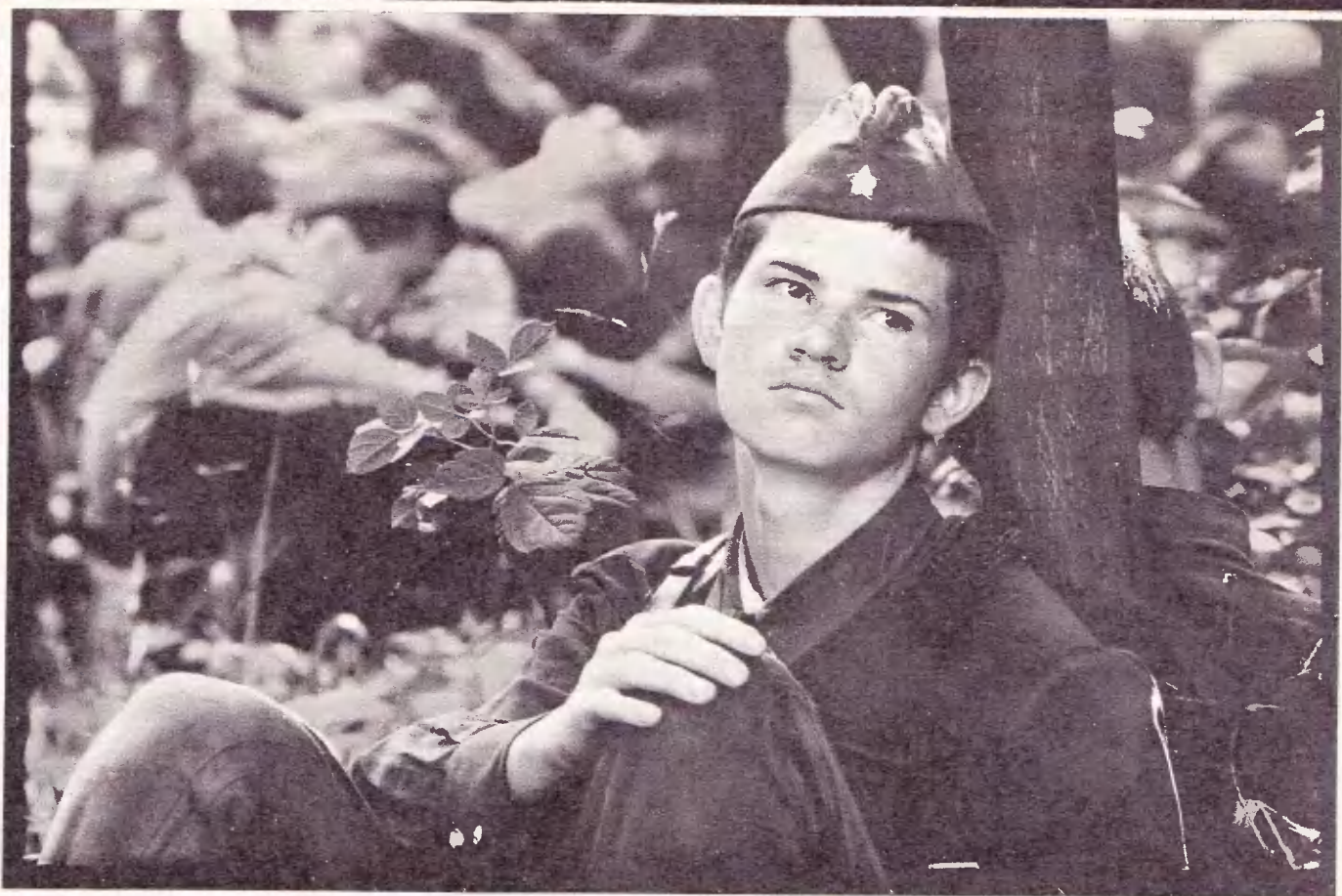


Фото  
Владимира  
ЕФИМОВА  
(Казань).  
«ПИСЬМО  
ИЗ ДОМА».



Фото  
Дмитрия  
ГРАФОВА  
(Челябинск).  
«А МНЕ?».



ФОТОКОНКУРС

«ЗДОРОВЬЕ ВАШЕЙ СЕМЬИ»

II комплекс

КАК ИСПРАВИТЬ ФОРМУ ГРУДИ

Непосредственно на объем молочной железы физические упражнения активно влиять не могут. Но специальными тренировками удастся увеличить пласт грудной мышцы, что поможет тем, у кого железа слаборазвита, создать более крутую линию груди, а при провисании груди поднять ее, улучшив силуэт. Энергичная проработка этой области тела будет способствовать уменьшению жировой прослойки и активизации кровоснабжения, что тоже сыграет свою положительную роль.

Из нескольких предлагаемых упражнений вы можете составить для себя программу из 3—4 упражнений и включить их в обычную тренировку или утреннюю гимнастику.

1. Лежа, жим штанги широким хватом.

2. Лежа, разведение гантелей.

3. Лежа на наклонной скамье, жим гантелей.

4. Лежа на наклонной скамье, разведение гантелей.

Упражнения 3 и 4 хорошо воздействуют на верхнюю часть груди.

5. Лежа на скамье, отведение рук назад за голову (пуловер). Лучше это упражнение делать сразу после глубоких приседаний; тогда оно развивает грудную клетку, улучшает осанку.

6. Отжимание от пола и от разновысоких опор. Например, на одной тренировке вы отжимаетесь от гимнастической стенки (рисунок 6а), на другой — от пола (рисунок 6б), на третьей — от сиденья стула (рисунок 6в). При этом тело находится под разными углами и упражнение укрепляет грудную мышцу, спо-

собствуя формированию красивого рисунка груди.

7. Упражнение с резиновым жгутом. Стоя, правая рука с натянутым резиновым жгутом (он закреплен справа) вытянута на уровне груди в сторону. Провести руку вперед, вернуться в исходное положение. То же другой рукой. Составьте программу так,

чтобы в каждом упражнении менялось количество повторений. Например:

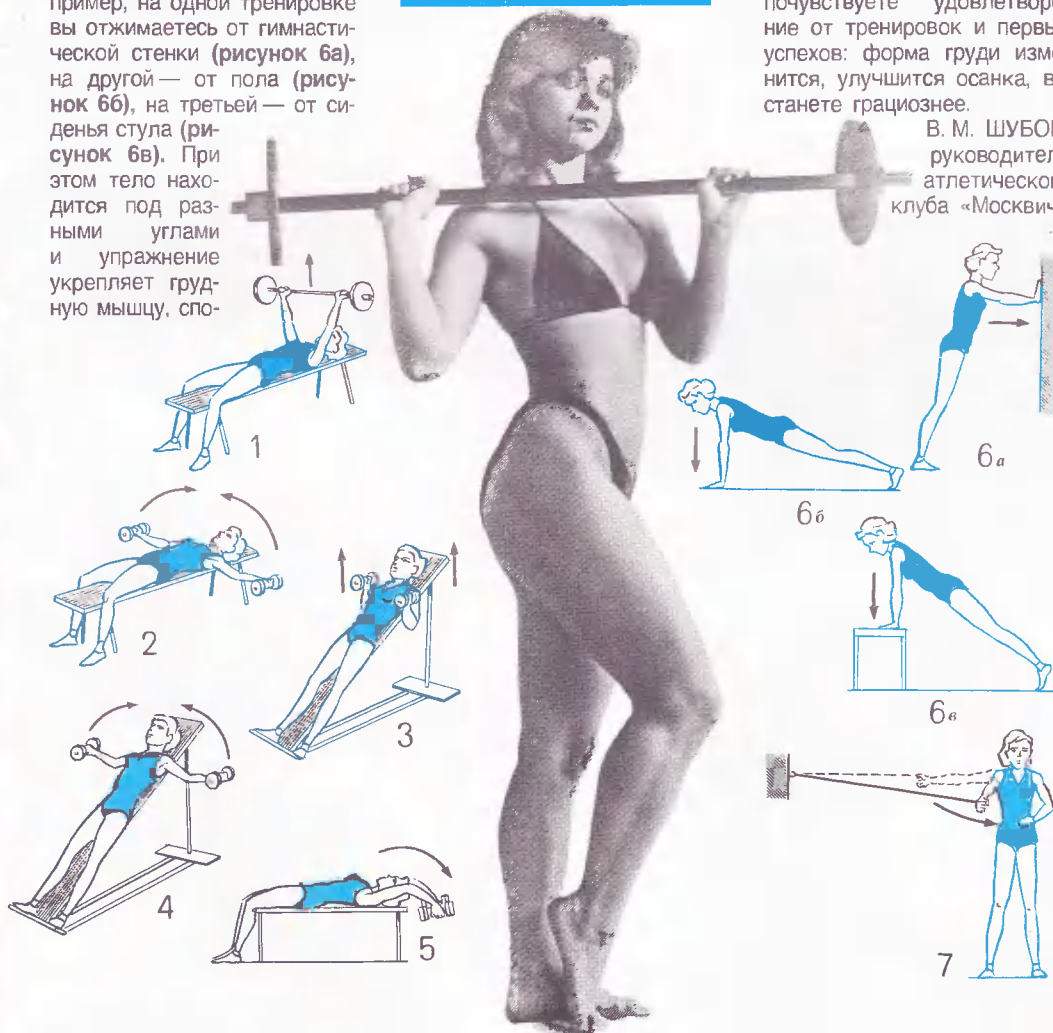
Лежа, жим штанги 10—12 повторений. Лежа, разведение гантелей 14—16 повторений. Упражнение с резиновым жгутом 12—14 повторений.

Выполняйте каждое упражнение в 4 подхода (не сразу, конечно) по 10—16 повторений в каждом; перерывы после подхода до 1 минуты, в более тяжелых упражнениях, например, жим лежа — до 2 минут.

Не ждите быстрых результатов, проявите волю и настойчивость! Через 3—4 месяца регулярных занятий вы почувствуете удовлетворение от тренировок и первых успехов: форма груди изменится, улучшится осанка, вы станете грациознее.

В. М. ШУБОВ,  
руководитель  
атлетического  
клуба «Москвич»

ГРАЦИЯ,  
КРАСОТА,  
ОБАЯНИЕ



Ежемесячный научно-популярный журнал министерств здравоохранения СССР и РСФСР

МОСКВА.  
ИЗДАТЕЛЬСТВО ЦК КПСС  
«ПРАВДА»

Основан 1 января 1955 г.

Главный редактор  
Ю. В. БЕЛЯНИКОВА

Редакционная коллегия:  
А. А. БАРАНОВ  
(зам. главного редактора),  
М. Е. ВАРТАНЯН,  
М. Н. ВОЛГАРЕВ,  
В. А. ГАЛКИН,  
А. П. ГОЛИКОВ,  
А. Л. ГРЕБЕНЕВ,  
М. И. КУЗИН,  
В. И. КУЛАКОВ,  
В. В. МАТОВ,  
Н. Ф. МЕНЬШИКОВА  
(ответственный секретарь),  
Н. М. МУХАРЛЯМОВ,  
Р. Г. ОГАНОВ,  
М. А. ОСТРОВСКИЙ,  
В. Ф. ПОПОВ,  
А. С. ПЬЯНОВ,  
Н. И. РУСАК,  
В. С. САВЕЛЬЕВ,  
Г. И. СИДОРЕНКО,  
В. А. СИЛУЯНОВ,  
В. М. СКРЫЛЕВ  
(главный художник),  
М. Я. СТУДЕНИКИН,  
Т. В. ФЕДОРОВА  
(зам. главного редактора),  
А. П. ШИЦКОВА,  
Т. А. ЯППО.

Технический редактор  
З. В. ПОДКОЛЗИНА

На первой странице обложки  
фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА

На четвертой странице обложки  
фото А. ЖМУЛЮКИНА

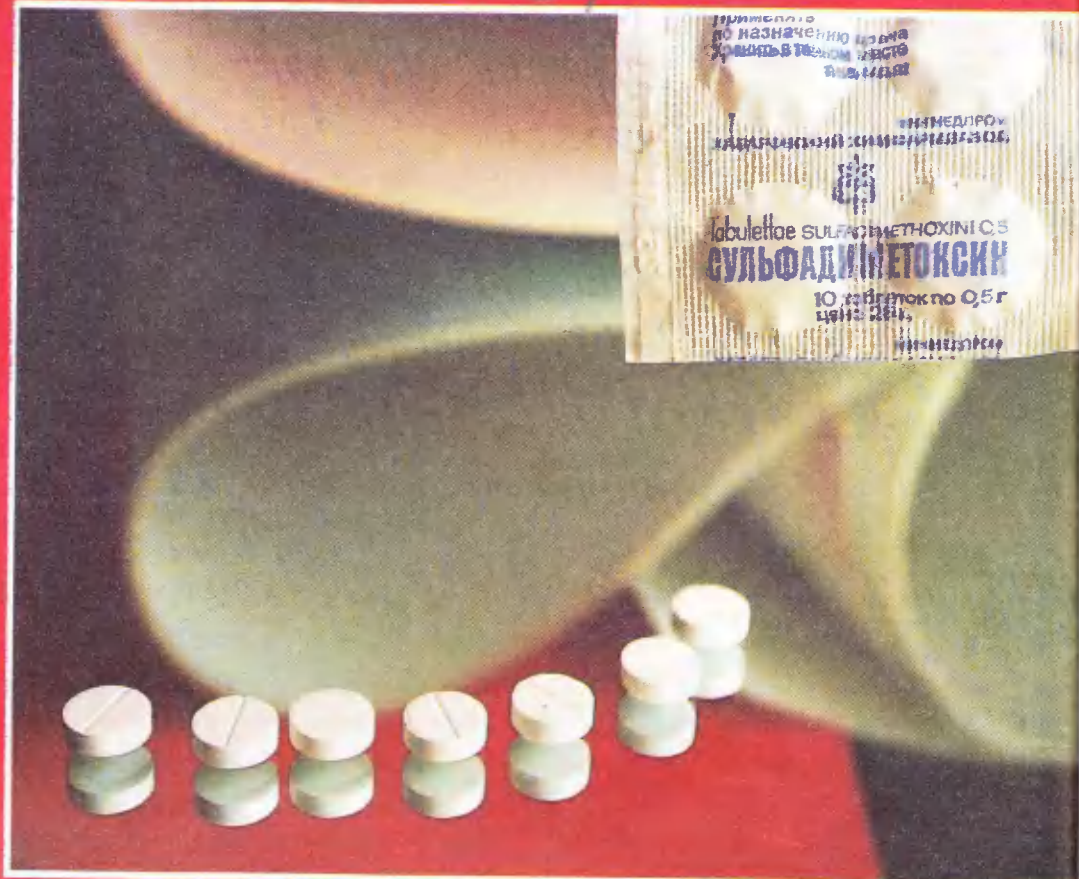
Перепечатка разрешена  
со ссылкой  
на журнал «Здоровье».

Рукописи, фотографии,  
рисунки не возвращаются.

# СУЛЬФАДИМЕТОКСИН

Индекс 70328.  
40 коп.

— сульфаниламидный препарат длительного действия: его суточную дозу принимают за один раз. Эффективен при инфекционных заболеваниях органов дыхания, трахоме, гнойных отитах и ранах, инфекциях мочевыводящих и желчных путей, кишечных инфекциях. Противопоказан при выраженных токсико-аллергических реакциях на сульфаниламидные препараты. Нужна осторожность при наличии заболеваний печени, кроветворной системы, нарушений функции почек и декомпенсации сердечной деятельности. Побочные реакции редки: головная боль, диспепсия, кожная сыпь, лекарственная лихорадка. При длительном применении возможна лейкопения. В этих случаях дозу уменьшают, при необходимости прием препарата прекращают. Хранят в защищенном от света месте. Срок годности 5 лет. В аптеках сульфадиметоксин отпускают по рецепту врача. Во время массовых респираторно-вирусных заболеваний разрешен отпуск препарата без рецепта.



## БАЛИЗ-2

— оригинальный отечественный препарат; эффективен при лечении ран, свежих и инфицированных ожогов, посттравматических остеомиелитов, трофических язв различной этиологии, флегмон, абсцессов, фурункулов, карбункулов. Он стимулирует репаративные процессы в ранах, способствует отторжению некротических тканей, разжижает гной. Может оказать местнораздражающее действие. Для обезболивания на рану предварительно накладывают салфетку, смоченную 2%-ным раствором новокаина. Выпускают во флаконах по 400 миллилитров. Хранят при температуре от +4 до +8°C. Срок годности 2 года. В аптеках отпускают по рецепту врача.

ВСЕСОЮЗНЫЙ ЦЕНТР  
НАУЧНО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ  
ПРИ МИНЗДРАВЕ СССР