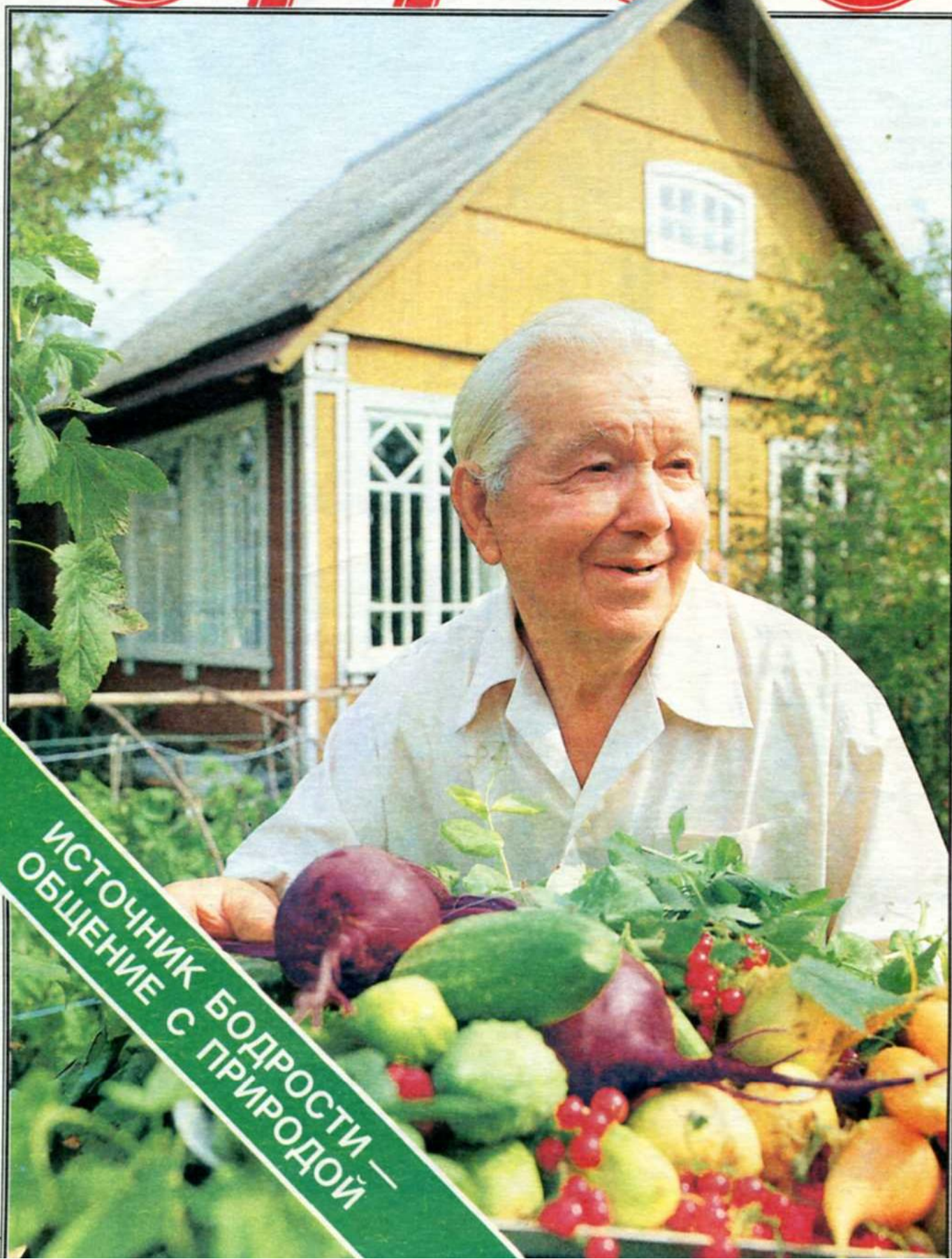


10 '87

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ

ISSN 0044—1945

Здоровье



ИСТОЧНИК БОДРОСТИ —
ОБЩЕНИЕ С ПРИРОДОЙ



**ШИРОКО
ПРИМЕНЯТЬ НОВЫЕ
ПРОГРЕССИВНЫЕ
ФОРМЫ
ОРГАНИЗАЦИИ
НАУЧНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
ПОЗВОЛЯЮЩИЕ
В СЖАТЫЕ СРОКИ
РЕШАТЬ КРУПНЫЕ
МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕ-
СКИЕ ПРОБЛЕМЫ.
СОЗДАВАТЬ
ДЛЯ РАЗРАБОТКИ
И ШИРОКОМАСШТАБ-
НОГО ВНЕДРЕНИЯ
ПРИНЦИПИАЛЬНО
НОВЫХ ВИДОВ
ТЕХНИКИ
И ТЕХНОЛОГИИ
МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕ-
СКИЕ КОМПЛЕКСЫ
И ЦЕНТРЫ.**

Из Основных направлений
экономического и
социального развития СССР
на 1986—1990 годы и
на период до 2000 года.



ПРИОРИТЕТЫ СОВЕТС

Имя профессора Э. С. Аветисова, заслуженного деятеля науки РСФСР, действительного члена Международной академии офтальмологии, в июне нынешнего года обошло всю мировую печать. Всесоюзное научное общество офтальмологов, правление которого он возглавляет, выступило инициатором оказания безвозмездной медицинской помощи слепнушему в тюрьме борцу за права коренных жителей Америки Леонарду Пелтиеру. Советские врачи (вместе с заместителем директора по научной работе Московского научно-исследовательского института глазных болезней имени Гельмгольца Э. С. Аветисовым ездил профессор этого же института Л. А. Кацнельсон) и их коллеги из США установили точный диагноз, определили тактику лечения. Американцам были предложены два новых препарата, которые у нас эффективно используют при подобных заболеваниях. Благородный поступок советских медиков встретил одобрение как американской, так и мировой общественности. Он расценивается как еще один шаг к взаимопониманию, установлению крепких научных, деловых и просто человеческих контактов между нашими народами.

Сегодня наш корреспондент Н. МЕНЬШИКОВА беседует с председателем правления Всесоюзного научного общества офтальмологов Э. С. АВЕТИСОВЫМ о том, с чем приходят специалисты этого профиля к знаменательной дате — 70-летию Великого Октября.

— Эдуард Сергеевич, одним из главных направлений деятельности научного общества офтальмологов, а ему уже более полувека, всегда являлось максимальное содействие повышению эффективности научных исследований по самым актуальным вопросам офтальмологии и быстрому внедрению научных достижений в практику. Как идет этот процесс в последние годы и удовлетворены ли вы влиянием общества на уровень офтальмологической помощи населению?

— Отвечу сначала на вторую часть вопроса. Сегодня, я думаю, никто не может довольствоваться достигнутым. Перестройка в обществе, перестройка здравоохранения, пути которой определены во всенародно



Десятки тысяч километров проехал КамАЗ с огромным се-ребристым кузовом по сельским районам Казахстана. Эта передвижная консультативная - диагностическая амбулатория республиканского офтальмологического центра при Казахском НИИ глазных болезней переебродована сотрудниками института из обыкновенного рефрижератора.

Только за последние два года выездные бригады оказали помощь 12 600 сельским жителям. Одновременно в районы выезжает из областного центра и машина «Мед-техники». Нуждающиеся в очках могут тут же приобрести их.

На снимке: специалисты института И. С. Еременко и В. В. Раевский с передвижной консультативно-диагностической амбулаторией прибыли к труженикам Талгарского района Алма-Атинской области.

Фото В. ГАЛИНСКОГО

поставленных перед коллективом. Лицевого счет станет основой дифференцированной оплаты труда научных работников.

Прекрасным примером организации труда может служить межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» под руководством члена-корреспондента АМН СССР Героя Социалистического Труда С. Н. Федорова. В ближайшее время будут открыты еще несколько его филиалов в разных городах Российской Федерации, и к концу пятилетки комплекс возьмет на себя оказание всей глазной хирургической помощи. Значит, клиники на местах получат возможность больше внимания уделить диагностике и лечению тех заболеваний, которые не требуют хирургического вмешательства, а таких более 80%. И, что особенно важно, в масштабах страны будет шире внедряться программа профилактики развития близорукости и других болезней глаз. Уже сегодня для их распознавания и лечения используются достижения науки и техники — лазеры, ультразвук, низкие температуры, электронная аппаратура.

— И каковы результаты?

— Успешно развивается и внедряется в практику микрохирургия глаза, ставшая магистральным направлением офтальмохирургии. Серьезные успехи достигнуты в области изучения и лечения глаукомы. Разработаны более точные, в частности, автоматизированные методы определения геометрических параметров глаза, необходимые для изготовления мягких контактных линз. Предложена новая система функционального лечения содружественного косоглазия — диплоптика. Входят в практику усовершенствованные методы анатомо-реконструктивной хирургии при травмах органа зрения...

Мы гордимся, что заслуги многих наших товарищей высоко оценены партией и правительством. Звания Героя Социалистического Труда удостоен заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова В. В. Волков. За разработку новых методов профилактики и лечения герпетических заболеваний глаза премия Совета Министров СССР за 1984 год присуждена академику АМН СССР, Герою Социалистического Труда М. М. Краснову, профессорам Всесоюзного научно-исследовательского института глазных болезней А. А. Каспарову и профессору Московского НИИ глазных болезней имени Гельмгольца Н. С. Зайцевой.

— Как и в других отраслях медицинской науки, в офтальмологии также имеет место разный подход научных школ и учреждений к разработке одной и той же проблемы. Не мешает это скорейшему внедрению нового?

— Такой разный подход следует расценивать как положительное явление. Развитие науки тормозит скорее монополизм в ней. Разумное соревнование идей и направлений способствует выяснению истины и в конечном счете — ускорению прогресса.

Понятия «новый метод» и «хороший метод» не всегда тождественны. И тут особенно важно добиваться объективности в оценках, принци-

обсуждаемом сейчас проекте ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», требуют от нас повышения интенсивности и уровня научных исследований, подготовки кадров и совершенствования офтальмологической службы. К удачам относятся конкурсы, в том числе молодых ученых, на лучшую научную разработку теоретических проблем, клинических, микрохирургических, а также проблем детской офтальмологии. Поверьте, одобрение и признание коллег — не менее престижная награда, чем любая другая. Коллеги первыми отмечают все приоритетные, весомые находки. Академик АМН СССР Н. А. Пучковская из Одесского НИИ глазных болезней и тканевой терапии имени В. П. Филатова с коллективом авторов за метод лечения ожогов глаз была отмечена Дипломом общества. Приоритетным стало направление лечения пигментной дегенерации сетчатки, разработанное отделом патологии сетчатки нашего института под руководством профессора Л. А. Кацнельсона и тоже отмеченное уче-

ными. Признана обществом и работа А. Ф. Бровкиной по принципиально новому органосохраняющему лечению больных в офтальмоонкологии, за что она была удостоена Государственной премии СССР.

Но общество, его отделения во всех регионах, бесспорно, должны сегодня решительнее влиять на подбор руководителей кафедр и институтов, на уровень подготовки и переподготовки окулистов, их аттестацию. Нас не может не тревожить такое положение, когда, к примеру, из 11 тысяч 700 врачей-офтальмологов Российской Федерации прошли аттестацию менее трети. Мы даже не знаем, насколько остальные квалифицированы и что кроется за нежеланием многих держать экзамен перед коллегами. Мириться с этим больше нельзя.

Ориентация работы лечебно-профилактических и научных учреждений на конечный результат — повышение уровня здоровья населения — заставляет нас активно готовиться к переходу на хозяйственный расчет. В научном учреждении это не просто. Но у нас в институте, например, уже действует лицевой счет научного сотрудника, по которому наглядно виден вклад каждого в решение задач,

Чуть больше года
назад Всесоюзный
НИИ глазных бо-
лезней переехал
в новое здание
в Москве на улице

Россолимо, 11. На его базе уже дей-
ствуют три Всесоюзных центра: по
микрохирургии глаза, лазерный и по
диагностике и лечению герпес-вирус-
ных заболеваний глаз.

В текущем году начнется строи-
тельство производственного корпуса
для выпуска искусственных хруста-
ликов и контактных линз новых ви-
дов.

3 За десять лет существования Все-
союзного центра контактной коррек-
ции зрения, созданного при Москов-
ском НИИ глазных болезней имени
Гельмгольца, в стране открыто око-
ло 100 лабораторий и 80 кабинетов
контактной коррекции. В ближайшее
время на производственном участке
центра начнет работать купленная
по лицензии чехословацкая линия
для массового производства мягких
контактных линз. Она будет выпу-
скасть 100 тысяч линз в год.

Жителям Чувашской, Марийской,
Мордовской, Татарской АССР, Улья-
новской области, нуждающимся
в кератотомии, теперь необязатель-
но обращаться к московским специа-
листам. Такие операции в ближайшее
время начнут выполнять в Чебокс-
сарском филиале межотраслевого
научно-технического комплекса
(МНТК) «Микрохирургия глаза».

Всего в Российской Федерации
к концу этой пятилетки будет 12 фи-
лиалов МНТК. Многие из них вступят
в строй уже в нынешнем году.

альности и вместе с тем доброжела-
тельности «соперничающих» школ.
Наше общество, его правление, прези-
диум в последние годы, на мой
взгляд, сделали немало для объеди-
нения сил и совместного — пусть
с разных позиций — решения задач,
стоящих перед офтальмологией.

— Эдуард Сергеевич, 8 науч-
но-исследовательских инсти-
тутов, более 90 кафедр вузов
и институтов усовершенст-
вования врачей разрабатывают
актуальные проблемы диагно-
стики, лечения и профилак-
тики заболеваний глаз. Равна ли
отдача их научного потен-
циала?

— Конечно, нет. Разве можно
сравнить, скажем, кафедры 1-го Мо-
сковского медицинского института
имени М. И. Сеченова и Благовещен-
ского медицинского института? Но ведь ка-
чество подготовки кадров сегодня
должно быть и в Благовещенске не
хуже, чем в других городах. Мало-
мощные кафедры, институты пережили
себя. Сегодня надо подумать и о дис-
локации вузов и об их базе, если уж
они необходимы региону. Хотя мы
знаем немало примеров, когда иници-
ативный, творческий человек, воз-
главляющий кафедру, может доби-
ваться весьма серьезных результа-
тов. Вот пример: профессор П. Г. Ма-
каров, заведующий кафедрой глазных
болезней Красноярского медицин-
ского института, разработал оптимальную систе-
му организации офтальмологической
службы. Ее одобрили вначале на пре-
зидиуме общества, а затем и в Мин-
здраве СССР. Так что разработка
красноярских офтальмологов ляжет
в основу организации службы и опла-
ты труда врачей в зависимости от ка-
чества их работы во всей стране.

Плодотворным содружеством нау-
ки и практики отличается деятель-

ность Казахского научно-исследова-
тельского института глазных болез-
ней. В прошлом году ему исполнилось
50 лет. Коллектив института, возглав-
ляемый профессором Г. А. Ульдановым,
награжден орденом «Знак Почета». Отра-
ботана и внедряется в рес-
публике система обслуживания жите-
лей отдаленных аулов и животновод-
ческих участков передвижными оф-
тальмологическими бригадами, спе-
циалисты которых осматривают лю-
дей, при необходимости на месте про-
водят лечение, подбирают очки. Кол-
лектив института стал пионером ши-
рокого клинического эксперимента,
целью которого было внедрение мето-
да воздействия на аккомодационный
аппарат глаза для профилактики
близорукости. Метод разработан в на-
шем институте. Применение его в 3,5
раза уменьшает прогрессирование
близорукости. Эта разработка вошла
в перечень достижений медицины
в одиннадцатой пятилетке.

Помнится, в свое время ставился
вопрос о закрытии НИИ глазных бо-
лезней в Уфе. Но вот пришел сюда
молодой доктор медицинских наук
М. Т. Азнабаев и сумел поднять кол-
лектив на решение самых животрепещу-
щих вопросов науки и практики.
В крае, где 70 лет назад свирепство-
вала трахома, офтальмология доби-
лась больших успехов. А методы хи-
рургического лечения врожденных
катаракта у детей в раннем возрасте
начинают внедрять по всей стране.

— А вставал ли вопрос о кпд
других НИИ на заседаниях
правления научного обще-
ства, на съездах офтальмо-
логов?

— Пока нет. Но нужда в постанов-
ке такого вопроса, думаю, назревает.
Вы обратили внимание, когда прохо-
дили через поликлинику, кто сидит
у кабинетов? Правильно, в большин-
стве своем жители кавказских рес-
публик. Это один из косвенных при-
знаков того, что Азербайджанский
НИИ глазных болезней, единствен-
ный в этом регионе, работает ниже
своих возможностей, что у людей не
вызывают доверия его специалисты...
Большого мы ждем и от Туркменского
НИИ глазных болезней.

— За последние годы было
принято немало правитель-

ственных постановлений и
мер, направленных, в част-
ности, на улучшение снабже-
ния населения корректиру-
ющими очками. Изменилось ли
что-то в этом деле?

— Безусловно. По-моему, все ощу-
тили на себе, что стало легче подо-
брать оправу, заказать нужные очки,
отремонтировать их. Сдвиги большие.
Но на складах скопилось большое ко-
личество линз, не пользующихся
спросом, а вот тех, которые нужны
людям, пока не хватает.

Торговля и промышленность очень
медленно откликаются и на моду.
И еще вопрос. В Москве Центральным
институтом усовершенствования вра-
чей, нашим институтом и училищем по
повышению квалификации среднего
медицинского персонала подготовлен
большой отряд оптометристов — спе-
циалистов по подбору очков и в поли-
клиниках, и в магазинах «Оптика».
К сожалению, врачи поликлиник хо-
тят низвести оптометра до уровня
обычной сестры, а директора магази-
нов не спешат приобретать аппарату-
ру и используют специалиста не по
назначению.

Чтобы поставить всю офтальмо-
логическую помощь на должный уро-
вень, нужно достаточное количество
комплектов микрохирургических ин-
струментов, шовного материала и игл
высокого качества. Создание хорошо
оснащенных диагностических центров,
межрайонных специализированных
отделений, конечно, даст желаемые
результаты. Но надо, чтобы это не
повлекло за собой ослабления и без
того не очень-то оснащенного поли-
клинического звена. Ведь именно
здесь, при первой встрече пациента
с врачом, закладываются и успехи
в лечении, и возможные неудачи. «Бе-
зоружный» врач запаздывает с диаг-
нозом или ошибается в нем — в ре-
зультате с уже запущенной болезнью
человеку требуются стационар, опе-
рация. И из-за недостатков в поли-
клинической помощи приходится на-
ращивать и наращивать мощности ста-
ционных. Уверен, что экономия на
оборудовании глазного кабинета в ам-
булатории и поликлинике — мнимая
экономика.

— Когда я читала стенограм-
мы съездов офтальмологов,

Группой ученых Всесоюзного центра по диагностике и лечению герпес-вирусных заболеваний глаз и Института вирусологии имени Д. И. Ивановского АМН СССР разработан препарат полудан. Этот первый отечественный высокоактивный индуктор интерферона применяется для лечения больных, страдающих вирусным поражением глаз. На одном из заводов Госагропрома Владимирской области уже начат промышленный выпуск этого лекарства в виде порошка.

Кроме того, в центре успешно применяют метод противорецидивного лечения с помощью отечественной противогерпетической вакцины.

обратила внимание: большинство ученых сетует на длинный путь нового метода в широкую практику. Что, по вашему мнению, нужно сделать, чтобы ускорить это?

— Иногда в отчетах глазных отделений больниц, кабинетов находишь довольно внушительные цифры внедрений. Но что за этими цифрами? Зачастую мелкие усовершенствования. Все, что требует переучивания персонала, новых приборов, перестройки организации труда, — не в почете. Пора, мне кажется, и морально, и материально заинтересовать организаторов здравоохранения, практических врачей в использовании в первую очередь новшеств, сулящих значительный эффект. Надо полагать, такая заинтересованность получит право на жизнь в условиях ориентации работников здравоохранения на конечный результат.

— И последний вопрос, Эдуард Сергеевич. Какие чувства вы испытывали, когда распахнулись двери американской тюрьмы и вы встретились со своим пациентом — Леонардом Пелтиером?

— К этой встрече вел нескоро и нелегкий путь, и перед нею я очень волновался, ведь случай беспрецедентный! Но вот передо мной этот мужественный человек, защитник попранных прав индейцев, отбывающий за решеткой «два пожизненных заключения», и я думал только о том, как и чем помочь ему. Было чувство профессионального удовлетворения — мы еще в Москве предвидели именно этот диагноз: тромбоз центральной вены сетчатки левого глаза. У нас были с собой препараты, которые в нашей стране переходят от стадии испытания к широкому клиническому применению. Мы оставили их американским коллегам для лечения Пелтиера. Надеемся, они помогут, жаль только, что болезнь сильно запущена. И еще я думал о том, что многого можно было бы добиться, объедини мы с американскими учеными наши научные силы. Не на создание нового оружия надо их тратить, а на общее наступление на болезнь. Скольким людям дали бы мы счастье прозрения!

Е. В. БАЛАКИНА,
депутат
Верховного Совета СССР

НЕТ КОНТРОЛЯ И НЕТ ЗАБОТЫ

Эстетичность, качество, удобство спецодежды и средств индивидуальной защиты (СИЗ) уже многие годы остаются острой проблемой многих предприятий. Но достаточно ли волнует она их руководителей? К сожалению, надо признать, не всегда.

В апреле 1983 года Минхиммаш СССР по своим предприятиям разослал приказ, согласно которому все они должны принять меры по дальнейшему улучшению снабжения спецодеждой, спецобувью и другими средствами индивидуальной защиты. Но повсеместно приказ не выполняется. Проверка, проведенная группой депутатов Верховного Совета СССР, в числе которой была и я, выявила парадоксальную ситуацию: склады завалены спецодеждой, а многие рабочие носят грязные и рваные «сверхсрочные» брюки, куртки и ботинки. Индивидуальные средства защиты хранятся навалом: не разложены по размерам, ростам, назначению. Поэтому неудивительно, что они порой деформируются и теряют свои защитные свойства. Не организованы стирка, химчистка спецодежды, ремонт обуви.

На московском научно-производственном объединении «Борец», например, хозяйственные руководители на 1987 год не заказали для женщин маслбензостойкую обувь, хлопчатобумажные комбинезоны с огнестойкой пропиткой, брюки и куртки на утепленной подкладке. В результате большинство работниц в малярных, гальванических цехах, крановщицы работают в мужской одежде. Много лет действующий на предприятии принцип, возникший когда-то из-за нехватки спецодежды, — «бери, что дают, а то и этого не получишь» — не меняется и в настоящее время. Это привело к тому, что хрупкие, худенькие работницы одеты в грубые робы 54—56-го размеров.

Выборочная проверка на заводе «Компрессор» показала: на протяжении длительного времени (больше года) упаковщики-комплектовщики не

получали фартуки, в гальваническом цехе вместо халатов с кислотостойкой пропиткой выдавали обычные, многие станочницы, маляры, гальваники работают без необходимых средств защиты органов дыхания и зрения, что наносит вред здоровью. В ряде случаев по условиям труда рабочим необходимы такие средства защиты, которые, как оказалось, не предусмотрены нормами. А ведь именно руководители предприятий должны были обратиться в свое министерство, добиться в ЦК профсоюза отрасли введения дополнений в существующие нормы.

НПО «Борец» с целью профилактики профзаболеваний еще в 1982 году просил Минхиммаш помочь достать специальные антивибрационные рукавицы для обрубщиков, формовщиков, стерженщиков и других рабочих, имеющих непосредственный контакт с вибрационным инструментом и оборудованием. Министерство же не сочло нужным заниматься такими мелочами. С тех пор, как при Госснабе СССР организовано подразделение «Союзспецодежда», практически все министерства вообще устранились, пустили на самотек обеспечение рабочих средствами индивидуальной защиты, спецодеждой и спецобувью. Профсоюзные комитеты предприятий, как видно, также смирились с существующим положением. Не контролируют (а это их право и обязанность!), насколько своевременно обеспечены рабочие необходимыми высококачественными средствами защиты.

Думается, что в условиях самооплачиваемости и самофинансирования предприятие должно само устанавливать для себя нормы на ассортимент спецодежды, СИЗ и сроки их использования.

Пора, наконец, коренным образом изменить отношение руководителей предприятий к этой проблеме. Ведь в конечном итоге успех работы каждого производства во многом зависит от, казалось бы, на первый взгляд такой мелочи.

ГОСНАБ ГОТОВ. ДЕЛО ЗА РУКОВОДИТЕЛЯМИ ПРЕДПРИЯТИЙ

Занимаясь подготовкой статьи Е. В. Балакиной к публикации, я обратилась в «Союзспецодежду» Госнаба СССР и попросила познакомиться с номенклатурой СИЗ и порядком распределения их по предприятиям страны.

Первое, что, естественно, порадовало: весь перечень одежды (утепленной, с антикислотной и огнестойкой пропиткой), обуви и других СИЗ, о которых говорится в статье Е. В. Балакиной и которыми почему-то не обеспечены многие работники предприятий Минхиммаша, есть в достатке. Чем же объяснить их отсутствие в цехах и на производственных участках? Нерасторопностью руководителей предприятий? Или их неосведомленностью? Незнанием порядка заказа спецодежды, спецобуви, СИЗ?

На всякий случай сообщаем: заказывать все средства индивидуальной защиты надо через региональные органы Госнаба СССР. Перечень их номенклатуры за два года, предшествующих планируемому, Госнаб рассылает и по регионам, и по отраслевым министерствам. Непосредственно и на предприятиях проводятся совещания, конференции, устраиваются выставки образцов СИЗ. Все это позволяет предприятиям сориентироваться и определить потребность в средствах защиты для женщин и мужчин, исходя из численности работающих, специфики профессий, сроков носки той или иной обуви и одежды, размеров, ростов, защитных пропиток, цвета. Получив от предприятия заказ, региональные органы Госнаба СССР заключают с ним договор. В конце нынешнего года, например, заказы будут приняты на 1989 год.

— Конечно, есть у нас еще сложности, — говорит заведующая техническим отделом Главного управления по снабжению и сбыту специальной одежды, специальной обуви и предохранительных приспособлений Госнаба СССР Е. Е. Костюхина. — Не хватает полушубков, некоторых тканей. Химики задерживают разработку новых стойких красителей. Но в целом мы готовы выполнить практически все заявки буквально каждой отрасли промышленности.

Товарищи руководители производства, так в чем же дело? Неужели не ясно, что халатное отношение к обеспечению работников необходимыми средствами индивидуальной защиты ставит под угрозу их здоровье и производственный план.

Н. САВИНА

ЗДОРОВЫЙ
ОБРАЗ ЖИЗНИ.
ВАШЕ
МНЕНИЕ?

„МЕДЛЕННО В НАШЕМ



Этого человека представлять не надо. Его знают в нашей стране и далеко за ее пределами. Владислав Третьяк, заслуженный мастер спорта, трехкратный олимпийский чемпион, десятикратный чемпион мира и 13-кратный чемпион страны.

Четыре раза Третьяка называли лучшим вратарем мира, трижды — лучшим хоккеистом Европы.

В 1969 году шестнадцатилетний Владислав дебютировал в качестве вратаря хоккейной команды ЦСКА, а через год был приглашен в сборную команду страны.

Спортивные журналисты любят повторять, что талант, помноженный на труд, сделали Третьяка Третьяком. А тренеры добавляют, что Третьяка Третьяком сделали железная самодисциплина и беззаветная любовь к спорту.

Сегодня подполковник Владислав Александрович Третьяк работает в ЦСКА. Он заместитель начальника отдела спортивных игр по политической части. Наш корреспондент П. СМОЛЬНИКОВ беседует с прославленным вратарем о том, какую роль, с его точки зрения, играет здоровый образ жизни в становлении личности.

— Сегодня, наверное, уже все понимают, что занятия физкультурой и спортом — неременный компонент здорового образа жизни. И многие наши читатели хотели бы приобщиться к таким занятиям. Но не знают, с чего начать, где получить квалифицированный методический совет. До стадиона бывает далеко, а в спортивную секцию не всякого возьмут. А ведь в каждом дворе и микрорайоне в этом могли бы помочь спортсмены-разрядники. Их в стране миллионы. Как вы думаете, Владислав Александрович, почему до сих пор не используется такой резерв?

— Мне кажется, здесь недорабатывают и спортивные комитеты, и спортивные общества профсоюзов. Медленно идет перестройка в нашем физкультурном хозяйстве. По-прежнему главное внимание — большому спорту, подготовке сборных команд. Например, в областях РСФСР очень популярны летние и зимние спартакиады. Займет на таких соревнованиях совхозная команда, например лыжников, призовое место, о ней пишут, ее снимает телевидение, директор совхоза ходит именинником. И никто не интересуется, а сколько всего занимающихся спортом

ИДЕТ ПЕРЕСТРОЙКА ФИЗКУЛЬТУРНОМ ХОЗЯЙСТВЕ"

Одна из блестящих страниц
советского хоккея!

Вячеслав Фетисов и Владислав Третьяк
с кубком чемпионов мира
(ФРГ, 1983 год).

Фото А. БОЧИНИНА

в этом совхозе. Может, здесь только одна
эта лыжная команда?

О физкультуре для всех мы пока больше
говорим и пишем. А надо от слов перейти
к делу. Тут требуется инициатива. Возможно,
кто-то должен выступить с почином
«Каждому спортсмену-разряднику — груп-
пу общей физической подготовки»...

— Когда-то уже было движение
«1+2». Пришел на стадион сам, привле-
ки к занятиям спортом двух своих това-
рищей. Почему оно заглохло?

— Все по той же причине. Дальше слов
и призывов дело не пошло. Привести на
стадион двух товарищей — это еще полде-
ла. Нужны и база, и инструкторы, и органи-
заторская работа...

— А чем вы объясните тот факт, что
еще многие люди на словах — за здоро-
вый образ жизни, а на деле к физкульту-
ре и спорту приобщаются... сидя у теле-
визора?

— Я думаю, дело тут не только в лени
и инертности. У многих людей просто нет
возможности воспользоваться услугами
стадиона, спортзала или простейшей пло-
щадки. В нашей стране по статистике
очень много спортивных сооружений. Но
все они до последнего времени были недо-
ступны для рядового физкультурника.
В микрорайонах и сейчас не хватает про-
стейших спортивных сооружений: волей-
больных, футбольных и хоккейных площа-
док, теннисных кортов. Все свободное ме-
сто в наших дворах заполнили автомаши-
ны, которые больше некуда ставить. А ря-
дом со своей машиной автолюбитель не
позволит гонять ни шайбу, ни мяч.

И хозрасчетных спортивных сооруже-
ний у нас мало. Даже в Москве платные
теннисные корты и волейбольные площад-
ки можно по пальцам пересчитать.

Нельзя не учитывать и того, что неко-
торые люди стесняются появляться на
стадионе или в группе здоровья из-за того,
что у них нет хорошего тренировочного
костюма и кроссовок. В основном это, ко-
нечно, женщины. Но для них это достаточ-
но серьезное препятствие на пути приоб-
щения к активному образу жизни. Тут есть
над чем подумать руководителям легкой
промышленности.

— Всего несколько лет назад вы по-
кинули привычное для вас и миллио-

нов болельщиков место в хоккейных во-
ротах. Как дался вам этот уход?

— Уходить от любимого дела, которо-
му отдал не один год, всегда сложно. Осо-
бенно морально. В команде у тебя — опре-
деленное имя, известны твои достижения.
Здесь все тебя знают, и ты — всех.
И вдруг — ничего этого больше нет. Ты
стоишь на пороге новой жизни и должен
заново зарабатывать себе авторитет. По-
тому что твои, даже вчерашние заслуги —
это уже история. И надо идти дальше...

— После огромных нагрузок большо-
го спорта и вдруг — относительно спо-
койная жизнь. Как это отразилось на
вашем физическом состоянии?

— Первое время хотелось от спорта
отдохнуть, забыть его эмоциональные и фи-
зические нагрузки. Зарядку по утрам —
и ту не хотелось делать. И как след-
ствие — приобрел несколько лишних кило-
граммов. Так сказать, плата за расслабле-
ние. Потом, разумеется, взял себя в руки.
Сейчас три раза в неделю играю в теннис.
И стараюсь по утрам бегать хотя бы
20—30 минут. Ежедневно, правда, не полу-
чается, но три раза в неделю выходит...

— А как семья воспринимает Тре-
тьяка, которому больше не надо торо-
питься ни на сборы, ни на игры?

— Семья довольна — отец дома.
И у меня появилась какая-то свобода, до
сих пор непривычная. Я могу ежедневно
общаться и с дочерью, и с сыном, и с же-
ной. Мы можем вместе проводить выход-
ные, которых за 15 лет моей жизни в боль-
шом спорте у меня почти не было. Это,
оказывается, очень интересно и здоро-
во — семейная жизнь!

— Расскажите про обычный вечер
в вашей семье. Чем вы занимались, на-
пример, вчера?

— Вчера был вторник. После работы
я немного отдохнул. И мы вчетвером — 10-
летняя дочь Ирина, 14-летний сын Дима,
жена Татьяна Евгеньевна и я — отправи-
лись на велосипедную прогулку. Минут 40
колесили по ближнему Подмоскovie. Уди-
вительно радостное это занятие — прогул-
ка в компании близких тебе людей! Такие
прогулки в нашей семье становятся уже
традицией.

— У вас есть любимое блюдо?

— Очень люблю грибной суп. Может,
потому, что в спортивном прошлом редко
приходилось его есть. А может, оттого, что
жена его очень вкусно готовит. Она вооб-
ще все удивительно вкусно готовит.

— Сегодня очень много говорят
и пишут о различных диетах. А какие
принципы в питании исповедуете вы?

— Главный мой принцип — ем все, что
приготовит жена. Утром обычно выпиваю
только чашку чая с двумя ложками меда.
Редко — с бутербродом. Обедаю на рабо-
те, как все: первое, второе, третье. Зато
вечером, часов в семь, отвожу душу.

— Не приведет ли это к перееданию
и, как следствие, к избыточной массе
тела?

— Думаю, что нет, если регулярно по-
лучать достаточную физическую нагрузку.
Разумеется, нельзя увлекаться и, что на-
зывается, от пуза есть сладкие и жирные
блюда. Я уверен, что принципам рацио-
нального питания и оптимальной физиче-
ской нагрузки человек должен учиться
с детства. Только тогда будет толк, только
тогда эти принципы станут частью его об-
раза жизни.

— Что, кроме физкультуры, вы
включаете в понятие «здоровый образ
жизни»?

— Полный отказ от табака и алкоголя.
И эта потребность закладывается с дет-
ства. Я считаю, что здесь очень важен
положительный пример родителей. Дети
любят подражать взрослым. Мой папа, на-
пример, никогда не пил спиртного, ни глот-
ка. Никогда не сквернословил. Наверняка
отцовский пример помог мне сформировать
отрицательное отношение к алкоголю. Не
хвастаясь, скажу, что за 15 лет в большом
спорте я ни разу не нарушил спортивный
режим.

Знаю спортсменов, которые подавали
очень большие надежды. Но так и оста-
лись в подающих надежды из-за своего
пристрастия к спиртному.

— В недалеком прошлом в большом
спорте не считалось зазорным победу
отметить бокалом шампанского. Как вы
относитесь к такой традиции?

— Да, бывало, выигрывали мы чемпио-
нат мира, и в кубок, который нам вручали,
наливалось шампанское. Каждый считал
за счастье сделать глоток из этого побед-
ного кубка. Плохо только, что кое для кого
победный глоток не оставался единствен-
ным в сезоне, а становился первым в се-
рии возлияний. И хорошо, что такая тра-
диция теперь в прошлом.

— Скажите, ваша семья делает за-
рядку?

— Жена моя — человек, далекий от
спорта. Но с детьми всегда старалась погу-
лять и сделать зарядку. А сейчас даже
меня вытаскивает на прогулки по вечерам,
когда прихожу с работы усталый...

ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ

Пензенская область

ЧЕТЧЕ ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛНОМОЧИЯ МЕСТНЫХ СОВЕТОВ

В. П. ЦИРУЛЕВ,
председатель колхоза «Гигант»,
депутат Верховного Совета СССР,
Герой Социалистического Труда

В одиннадцатой пятилетке чистая прибыль нашего колхоза составила без малого 11 миллионов рублей. И мы смогли выделить 750 тысяч рублей на строительство участковой больницы и поликлиники, сделать многое для охраны здоровья членов нашего хозяйства.

Но не всегда и не все вопросы можно решить, даже располагая достаточными средствами. И в этом смысле претворение в жизнь проекта ЦК КПСС и Совета Министров СССР открывает большие возможности развития медицинской службы села и, что очень важно, инициативы руководителей хозяйств.

Труженики нашего колхоза одобряют многие намечаемые меры, как по совершенствованию структурно-организационной и научной основы здравоохранения, так и по оздоровлению нравственной атмосферы в коллективах медицинских работников. **Особенно горячо высказались наши колхозники в поддержку того раздела проекта, где говорится о лишении диплома врача, порочащего высокое звание медицинского работника.** Такой горе-врач особенно много бед причинит в селе, где больной подчас может остаться с ним один на один.

Мне представляется, что в проекте **необходимо уточнить, сделать более конкретными те положения, которые касаются совершенствования управления здравоохранением.** Я имею в виду VI раздел проекта, где рассматриваются административно-хозяйственная сторона дела, взаимодействия и обязанности многих организаций и предприятий.

Особенно четко следует определить полномочия местных Советов народных депутатов в решении вопросов медицинского обслуживания жителей и тружеников села. Мы, например, имеем возможность купить машину «Скорой помощи», а нам ее не продают. Планируем открыть в участковой больнице кабинет водных процедур, а из-за отсутствия в продаже оборудования эта хорошая задумка пока не двигается с мертвой точки. И местные Советы народных депутатов нам в этом помочь не могут.

Проектом предусматривается постоянное участие хозяйств и предприятий в расходах на медицинское обслуживание. **Очень хорошее предложение!** Ведь даже на примере нашего хозяйства видно, что копейка, вложенная в здравоохранение, рублем укрепляет экономику колхоза, района, города, а в конечном счете — нашего государства.

Москва

ПРОФИЛАКТИКА ДОЛЖНА БЫТЬ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ

С интересом встретил опубликованный в печати для всенародного обсуждения проект ЦК КПСС и Совета Министров СССР пятилетний коллектив производственного объединения «Станкостроительный завод имени Серго Орджоникидзе». Одоб-

ряя намеченные партией и правительством меры кардинального улучшения охраны здоровья советских людей, станкостроители, хотя для них уже многое сделано в социальном плане, находят резервы, вносят предложения.

Л. ГОРОДНИЧЕВА, начальник цеха хозяйственного обслуживания и благоустройства,
председатель женсовета завода

Полностью одобряю курс на профилактическое направление нашего здравоохранения, о котором говорится в проекте. Да, профилактика должна быть наступательной. Поэтому **предлагаю вписать в проект: медицинскую помощь надо максимально приблизить к работающей женщине, как мы уже сделали с магазинами, службами быта, аптекой у себя на объединении.**

Завод готов содержать в детских садах больше медсестер, чем по минздравовским нормам. Все теперь поняли, какими экономическими, нравственными потерями оборачиваются болезни ребятишек. Такие права предприятий надо оговорить в соответствующем разделе Основных направлений.

Н. ТАРТЫНСКИХ, крановожатая цеха № 21,
член женсовета

Проект Основных направлений прочитала с особой благодарностью. У моего сына бронхиальная астма, хорошо, что лекарства для него скоро будут бесплатными. Надеюсь, что кончатся и наши постоянные поиски дефицитных лекарств. Мы у себя на заводе уже немало добились для облегчения труда женщин, но коллектив может сделать больше. Пока до ста моих подруг ежедневно поднимаются в кабины кранов и в неудобной позе (стул даже без подлокотников), в загрязненном воздухе отработывают смену. Нам особенно нужны хорошая вентиляция, комнаты психологической разгрузки (сейчас такая в бытовом корпусе оборудуется), тренажеры, чтобы немного в перерыв размяться. **Не помешало бы узаконить ответственность руководителей предприятий за создание санитарно-гигиенического минимума условий труда.**

А. КОСМИН, мастер цеха № 11

Меня смущает, что оценивать работу врачей собираются по уровню временной нетрудоспособности людей, которых они лечат. Не будет ли в таком случае врач «придерживать» выдачу больничных листов, чтобы ходить в «передовиках»?

И еще. Согласен, что надо срочно улучшать стоматологическую помощь. Все время идут какие-то укрупнения, разукрупнения. Лечить зубы можно и в здравпункте, а удалять, получив здесь направление, — только в поликлинике по месту жительства и отпрашиваться на день с работы. **Надо приблизить стоматологическую помощь к рабочему человеку и прямо записать об этом в Основных направлениях.**

Т. КУЗНЕЦОВА, конструктор

Правильно говорится в проекте, что сознательное и ответственное отношение к здоровью как к общенародному достоянию должно стать нормой жизни и поведения всех советских людей. Я являюсь секретарем заводского общества борьбы за трезвость. У нас немало делается для искоренения пьянства: открыт наркологический кабинет, приезжают с лекциями врачи, входят в быт обряд имьянаречения в клубе молодой семьи при общекитии и другие, но работы впереди еще очень много. Мы не удовлетворены уровнем лекций, бесед — какие-то они ша-

Обсуждаем проект ЦК КПСС
и Совета Министров СССР
«Основные направления
развития охраны здоровья
населения и перестройки
здравоохранения СССР
в двенадцатой пятилетке
и на период до 2000 года».

*Рабочие механического цеха
Московского научно-производственного
объединения по механизации
и автоматизации производства
(«ВПТИстройдормаш») обсуждают
проект перестройки здравоохранения.
Фото С. ГУРАРИЯ*



блонные, неубедительные. Наверное, в **Основных направлениях** необходимо указать, кто же в первую очередь должен отвечать за организацию конкретной, живой, эффективной пропаганды здорового образа жизни.

Н. ГОЛОВЕСОВ, токарь цеха № 6

Согласен с подчеркнутой в проекте мыслью, что путь к здоровью — через занятия физкультурой и спортом. **Надо оговорить в документе, чтобы спортплощадки, спортзалы строились рядом с заводами или рядом с домом, общежитием.** Ведь мы говорим о массовом и даже поголовном занятии физкультурой.

Таджикская ССР

ЭТОТ ДОКУМЕНТ РАДУЕТ НАС

О. ЮСУПОВА

Я многодетная мать, у меня восемь детей. Об их будущем не беспокоюсь. Знаю, что все получают образование, желаемую специальность.

Но, пока дети малы, забот и хлопот с ними много. Правда, нам, женщинам высокогорного Джиргаталяского района, к трудностям не привыкать. Но почему же у нас должно быть хуже, чем в других местах страны? Скажу прямо: состоянием медицинской помощи мы недовольны. И потому опубликованный в печати проект ЦК КПСС и Совета Министров СССР никого не может оставить равнодушным.

Очень многие из недостатков, о которых говорится в проекте, есть и в нашем районе. Меня, например, взволновали такие слова: «Особую тревогу вызывает состояние работы по охране здоровья матери и ребенка». И я, конечно, очень рада тому, что о наших материнских проблемах сказано в таком важном документе. Мне кажется, что **будет справедливо, если прежде всего внимание уделять улучшению медицинской помощи матери и ребенку в таких отдаленных районах, как наш.** Кое-что уже делается. И я теперь верю, что когда мои дочери вырастут и придет время им стать матерями, они будут рожать своих детей в хороших родильных домах, воспитывать под постоянным присмотром врачей.

Омск

В ПЕРЕСТРОЙКЕ ЗАИНТЕРЕСОВАН КАЖДЫЙ

В. П. ГОРЕЦКИЙ,
участник Великой Отечественной войны,
ветеран труда

За свою долгую жизнь мне не раз приходилось лечиться в стационарах, и я всегда удивлялся, как плохо обстоит в них дело с обеспечением больных медикаментами, насколько ощутима нехватка младшего медицинского персонала.

И в то же время я часто думаю о том, в каких нелегких условиях работают врачебных дел мастера, большинству которых свойственно чуткое, заботливое отношение к пациентам.

Радует, с какой откровенностью, партийной принципиальностью сказано в проекте ЦК КПСС и Совета Министров СССР о негативных явлениях в деятельности органов и учреждений здравоохранения. Ознакомившись с этим важнейшим документом, я понял, какая огромная работа предстоит не только медикам, но самым разным учреждениям и ведомствам, партийным и советским органам, общественности, каждому человеку, чтобы коренным образом перестроить здравоохранение и свое личное отношение к здоровью.

На мой взгляд, **немаловажно и усилить внимание к работе участковых врачей.** Убежден: для того, чтобы они трудились с максимальной отдачей, нужно создать им соответствующие условия, обеспечить средствами передвижения, предоставить жилье на территории обслуживаемых участков.

Ведь, как ни парадоксально, люди, призванные заботиться о здоровье других, не ощущают заботы о себе. Бывает, что участкового врача вызывают к пациенту утром, а добирается он до него на общественном транспорте (который, чего греха таить, работает из рук вон плохо) только к вечеру.

Полагаю, **правильно ставится в проекте вопрос о передаче медико-санитарных частей на баланс предприятий и организаций.** Уверен, что это позволит повысить ответственность «цехов здоровья» за качество медицинской помощи.

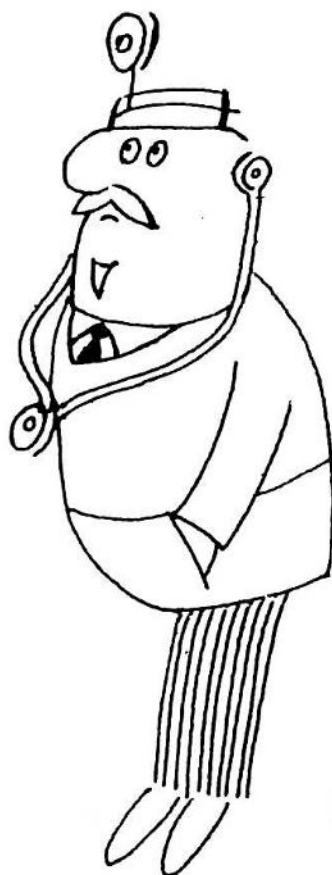
Л. С. КУПЧАК,
врач

СДЕЛАЙТЕ ВЫВОДЫ

**Посейте
привычки
добрые —
не будет
почвы
для привычек
дурных.**

**Иерсиниоз —
коварная
болезнь.**

**Почему нельзя
выдавливать
фурункул
на лице.**



„ХИМИЧЕСКАЯ РАДОСТЬ” — НЕ В РАДОСТЬ

Утро. Иду на работу в детский сад и привычно думаю о ребятишках, которые меня там ждут. Сколько детей — столько забот: у кого-то обнаружилось плоскостопие, кто-то в третий раз заболел ОРВИ, кому-то в обеденное время не хочется есть.

Бывают и проблемы иного свойства. На прошлой неделе воспитательница попросила меня заняться Толиком: уж не заболел ли?

Всегда веселый и жизнерадостный, он утром спокойно расставался с провожавшей его мамой, а вечером так же невозмутимо играл, ожидая, когда за ним придут. А сейчас с ним что-то случилось. Хуже спит, плохо ест; в полдник ему за столом не сидится — кефир не допит, печенье не тронуто, а малыш стоит у окна и без конца спрашивает: «Скоро за мной придут?»

Осматривая Толика, я осторожно расспросила его. Оказалось, что мальчика мучит страх: «А вдруг, пока я в детском саду, папа убьет маму?»

Откуда такие мысли, стало ясно после разговора с мамой. Отец выпил, при ребенке замахнулся на жену стулом, кричал «убью». Толя кинулся разнимать, потом всю ночь дрожал, плакал...

Вот вам и начало невроза у ребенка! Впрочем, будем надеяться, что заболевание не разовьется: отца я попросила прийти к нам — он извинялся, уверял, что это все получилось ненароком. Жена подтвердила: муж перестал пить, но вот встретил старых друзей, они его угостили...

Толя и правда как будто успокоился. Но что делать, чтобы он сам, когда вырастет, не поддавался соблазну выпить? Чтобы во взрослой жизни наших сегодняшних малышей вообще не существовало подобных соблазнов, чтобы они выросли поколением трезвенников?

Опытные наркологи говорят — антиалкогольное воспитание надо начинать с детства. Но как? Не будешь же детям читать лекции о вреде алкоголя...

Одна мама делилась опытом: когда иду с сынишкой и издали замечаю пьяного — на другую сторону переходим, чтобы он даже не видел, понятия не имел, что это такое...

А может быть, вернее было бы, наоборот, показать, объяснить, как это некрасиво, стыдно, как и самому-то пьяному сейчас плохо?

Но это, конечно, не из области методических рекомендаций. Да и таких «наглядных пособий», слава богу, уже становится на улицах нашего города меньше.

Еще один совет, полученный от педагога: посадите в банку муху, мошку, жучка. Пусть дети за ними понаблюдают, а потом положите в банку ватку со спиртом. Насекомые перестанут двигаться, упадут на дно. Объясните детям, почему.

Посадила. Объяснила. А шестилетняя Вера, разглядывая впающую в шок мошку, задумчиво протянула: «А

мой дядя Костя мно-о-го так пьет, и не падает совсем... И не болеет...» Перед подобными аргументами теряется подчас даже опытный лектор!

Нет, я не отрицаю, что детям надо — при случае! — говорить о вреде алкоголя, говорить понятным им языком. Но основа антиалкогольного воспитания с детства прежде всего — в трезвом образе жизни семьи.

На глазах работников детского сада протекают не только те часы жизни ребенка, которые он проводит с нами. Дети — зеркало семьи, ее общей культуры, ее быта. И слишком часто мы видим — алкоголь еще не ушел из семейного обихода.

Как быть, например, когда папа приходит за ребенком, будучи явно «навеселе»? Воспитательница — в затруднении. И отдать ему малыша боязно, и не отдавать нельзя. Даже пристыдить такого папу не всегда удается — ребенок-то рядом, как же можно разрушать отцовский авторитет?

Мы знаем, что бывает и так: забрав ребенка из детского сада, папа по дороге задержится у пивного бара, выпьет на глазах сына кружку-другую. Ребенок смотрит во все глаза: это ведь папа, самый главный человек на свете, самый сильный, самый умный! Если он так делает, значит, так надо. Вот вырасту и буду тоже пить пиво!

Нас давно уже не смешит, когда дети, обедая за своими низенькими столиками, начинают чокаться компотом или кефиром... Чаше всего это бывает в послепраздничные дни. И можно не сомневаться — в доме у этих ребят накануне было застолье с вином.

«А мне давали «Буратино»!», «А мне «Байкал»!» — наперебой хвастаются мальчишки и девочки.

Только Вова расстроен, хмуро жалуется: «А мне, когда пришли гости, мама сказала — ты еще маленький, тебе нельзя за столом сидеть, нельзя пить. Пьют только взрослые...»

Намного ли это лучше тех, можно сказать, традиционных родительских компромиссов, когда ребенку наливают в рюмку морс или компот?

Внушить ребенку понятие о том, что пить — привилегия взрослых, это значит подтолкнуть его приобщиться к спиртному. Чего не сделает ребенок, чтобы казаться взрослым! Отсюда и бравада физической силой, и первые попытки закурить, и острое желание попробовать спиртное, и установка: скрыть, что вино или пиво вовсе не понравились (раз не понимаю в этом, значит, я маленький).

Когда в семье прием гостей, праздник, радостное событие обязательно сопровождается выпивкой, очень трудно внушить ребенку, что алкоголь — зло. Но мне кажется, что сделать просто «безалкогольный» стол — это еще не все.

— Пирогов, что ли, надо было побольше, может, конфет, мороженого? — озабоченно размышляла одна моя знакомая, оглядывая в день своего рождения стол, на который решено было не ставить ни единой бутылки. — Чего-то не хватает...

Мы привыкли — увы! — к мысли, что выпивка делает застолье праздничным, веселым. А ведь ставка на «химическую радость» — признак духовной скудости нашего гостеприимства.

Устроить у себя званный обед или ужин так, чтобы и мы сами, и наши гости получили удовольствие, как говорится, отдохнули душой — своего рода искусство. Оно высоко ценилось во все времена, входило в перечень важнейших достоинств хозяина и хозяйки дома. И очень важно, чтобы ребенок вынес из семьи традиции трезвых, веселых и теплых домашних праздников. Ведь борьба с любыми вредными привычками, которую не первый год ведут врачи и педагоги, давно уже подсказала: хочешь искоренить злую привычку — прививай добрую!

Пусть в программу домашнего праздника, дня рождения, выходного дня войдут и совместные прогулки, и спортивные игры, и всяческие домашние концерты, викторины. Ведь конечная цель — научить наших детей (а вместе с ними учиться самим) интересно, содержательно проводить досуг. Чтобы даже и в голову никогда не пришло призывать для веселья бутылку!

Калуш
Ивано-Франковской области



Л. В. КОГАН,
кандидат
медицинских наук

БОЛЕЗНЬ... ИЗ ХОЛОДИЛЬНИКА

Для жизнедеятельности большинства бактерий наиболее благоприятная температура 36—37°. А вот иерсинии быстрее всего развиваются при относительно низких температурах — 22—25°. При температуре выше 42° их рост прекращается. Вот почему этот возбудитель широко распространен в странах с умеренным или относительно холодным климатом. Особенно благоприятные условия для иерсиний сложились с повсеместным внедрением в быт холодильников.

Источник инфекции для человека — больные иерсиниозом животные (в первую очередь коровы, свиньи, козы и овцы, а также мелкие грызуны). Иногда заражаются от собаки или кошки, а также от больного человека. Передается болезнь через инфицированные мясо, молоко, овощи, фрукты.

Иерсиниозом могут заболеть отдельные люди или группа людей, употребивших в пищу зараженные продукты. А это происходит при нарушении гигиенических правил их хранения. В частности, не рекомендуется плотно забивать продуктами холодильник, совместно хранить сырые и вареные продукты, мясо, молоко и овощи, закладывать в холодильник невымытые овощи и фрукты.

Болеют люди любого возраста, но особенно уязвимы дети от года до трех лет.

В нашей стране первый случай заболевания иерсиниозом был выявлен в 1968 году. Большой вклад в изучение этой болезни внесли советские ученые В. И. Покровский, Г. П. Сомов, Г. В. Юценко и другие.

Иерсиниоз — коварная болезнь. Она принимает самые различные «маски», и диагностика ее очень трудна. Протекает иерсиниоз волнообразно, с обострениями; обязательный признак — высокая температура.

Наиболее часто при этом заболевании в патологический процесс вовлекаются желудок и кишечник. Вначале наблюдаются симптомы, характерные и для других острых кишечных инфекций: возникает резкая приступообразная боль в животе, температура тела повышается до 39°, бывают рвота, обильный жидкий стул бурозеленого цвета. А через несколько дней на туловище, руках и ногах можно увидеть сыпь. В некоторых случаях заболевание начинается с сыпи, а желудочно-кишечные расстройства и высокая температура присоединяются позже.

Иногда иерсиниоз сопровождается насморком и кашлем. В таких случаях может возникнуть мысль, что у больного грипп или какое-либо другое острое респираторное заболевание.

У маленьких детей, стариков и ослабленных тяжелы-

ми хроническими заболеваниями иерсиниоз протекает очень тяжело, бурно, с высокой температурой, обильными потоми, обильной сыпью и напоминает сепсис (заражение крови). Крайне тяжелая форма иерсиниоза — поражение слепой кишки с омертвением ее стенки. В этом случае только своевременная хирургическая операция спасает жизнь больного.

Иерсиниоз может вызывать и изменения в суставах: локтевые, коленные или лучезапястные суставы опухают, как при ревматизме, кожа над ними краснеет, становится горячей на ощупь.

Иногда при иерсиниозе вслед за желудочно-кишечным расстройством (через 2—3 недели) появляются боль в сердце, учащенное сердцебиение, одышка. Это говорит о том, что страдает сердечная мышца.

В процесс может вовлекаться и печень, о чем свидетельствуют боль в правом подреберье, желтуха. Тогда иерсиниоз напоминает вирусный гепатит.

Для того чтобы избежать заболевания иерсиниозом, необходимо предупреждать проникновение грызунов на овощные базы, продовольственные склады, предприятия общественного питания, в квартиры. Домашних животных надо систематически показывать ветеринару. Следует знать, что часто иерсиниоз у домашнего скота протекает с поносами, у коров воспаляются соски.

Никогда, ни при каких обстоятельствах нельзя есть немытые овощи и фрукты! Их надо мыть и перед закладкой в холодильник, и перед едой.

Бытовые холодильники и холодильные камеры раз в 10—14 дней следует обязательно мыть.

Больные с острыми желудочно-кишечными расстройствами не должны готовить пищу, ухаживать за маленькими детьми, пожилыми и ослабленными людьми.

И самое главное — не занимайтесь самолечением!



И. А. ЧИСТЯКОВА,
кандидат
медицинских наук

ФУРУНКУЛ

Фурункул — гнойное воспаление фолликула — мешочка, из которого растет волос, и окружающей соединительной ткани; вызывают его патогенные микроорганизмы, чаще стафилококки.

Вначале на коже появляется небольшое покраснение, уплотнение, затем воспаленный болезненный узел. По мере «созревания» фурункула боль усиливается, может повыситься температура тела, иногда увеличиваются близлежащие лимфатические узлы. Наконец фурункул самопроизвольно вскрывается, выделяется гной, боль постепенно стихает, но уплотнение и краснота еще сохраняются. Бывает, что появляются несколько фурункулов одновременно или один вслед за другим. В таких случаях врачи говорят о фурункулезе.

Каким путем патогенные микроорганизмы проникают в волосяной фолликул? Гноеродные микробы постоянно присутствуют не только в окружающем нас воздухе, в почве, воде, но и на коже человека, в зеве, в полости рта, носа. На одном квадратном сантиметре кожи находится несколько десятков тысяч болезнетворных микробов, причем большей частью именно гноеродных.

И тем не менее фурункулы возникают не так уж часто. Они появляются у людей ослабленных, перенесших какое-либо заболевание, у тех, кто мало ест богатых витаминами овощей и белковой пищи, в результате чего снижаются защитные силы всего организма, в том числе и кожи.

Фурункулы бывают также у людей неопрятных, у тех, кто редко моется, редко меняет нижнее белье, кто, работая со смазочными маслами и эмульсиями, не моется после смены, не следит за чистотой рук. Предрасполагают к появлению фурункулов недостаточное облучение кожи ультрафиолетовыми лучами, нарушение обмена веществ в организме, особенно углеводов, что наблюдается у больных сахарным диабетом. У них повышено содержание сахара не только в крови и моче, но и в коже, а это создает благоприятные условия для размножения в ней стафилококков. А так как у таких больных резко снижены защитные силы организма, у них часто возникает фурункулез.

Фурункул может появиться на любом участке кожи: на шее, руках, лице, на пояснице, ягодицах. Особенно опасны фурункулы на носу и верхней губе. Их ни в коем случае нельзя выдавливать! Иначе гной может попасть в кровеносные сосуды и с током крови проникнуть в мозг, вызвать менингит и даже привести к смерти. К сожалению, подобные случаи известны. Так, например, погиб композитор А. Н. Скрябин.

Если в болезненный процесс вовлекаются несколько волосяных фолликулов, подкожная клетчатка, это значит, развился карбункул, — более тяжелое заболевание, сопровождающееся общим недомоганием, повышением температуры тела, ознобом. Когда больной вовремя обращается к врачу, образование карбункула удастся предупредить.

Очень опасно самолечение, например, наложение компресса, печеного лука, капустных листьев, медовых лепешек, заклеивание гнойника лейкопластырем. Эти «методы» никакой пользы не приносят, а время, необходимое для квалифицированного лечения, может быть упущено, и не исключено развитие тяжелых осложнений. Обязательно надо, не мешкая, пойти на прием к врачу — дерматологу или к хирургу и строго выполнять все назначения. Кожу вокруг фурункула можно протирать одеколоном или 2% спиртовым раствором салициловой кислоты или камфорным спиртом.

Как поступить, если фурункул образовался, скажем, в туристском походе? А это, кстати, случается нередко, поскольку в походе возможны сложности с мытьем, а неудобная обувь или тесная одежда натирают кожу во время ходьбы. Надо смазать фурункул бриллиантовым зеленым, наложить повязку с любой мазью, содержащей антибиотики: эмульсией синтомицина, тетрациклина или гелиомицина или с мазью на водорастворимой основе — левосином или левомеколем. Одна из этих мазей обязательно должна быть в походной аптечке, так же как и бинт, и бриллиантовый зеленый. И не забудьте, как только окажетесь в населенном пункте, показаться врачу.



«Обязательно ли оперироваться, если обнаружены полипы желудка?»

А. Шубников,
г. Каскелен Алма-Атинской области

ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Полипы желудка возникают, как правило, на фоне хронического гастрита, чаще всего с пониженной секреторной функцией. Они бывают одиночными и множественными, располагаются в различных отделах желудка. Аденоматозные полипы могут подвергаться злокачественному перерождению, однако такие случаи встречаются относительно редко.

Как правило, полипы желудка обнаруживаются случайно во время обследования больных или при диспансеризации и ничем себя не проявляют. Лишь в отдельных случаях, когда они располагаются в местах перехода пищевода в желудок (розетка кардии) или перехода желудка в двенадцатиперстную кишку (привратник), возможно появление у некоторых больных болевых и неприятных ощущений в верхней половине живота. Диспепсические расстройства (тошнота, отрыжка, ухудшение аппетита), постоянная и периодическая умеренная боль в верхней половине живота связаны не с наличием полипов в желудке, а с сопутствующими заболеваниями — например, обострением хронического гастрита, дискинезией кишечника.

Полипы желудка обычно диагностируются при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях,

и тогда в каждом случае проводится дифференциальная диагностика между доброкачественным полипом и полиповидным раком. Эндоскопический метод дает возможность провести прицельную биопсию полипов желудка и, в случае необходимости, окружающей слизистой оболочки.

В настоящее время используются различные подходы к лечению больных, у которых обнаружены полипы желудка. При этом всегда учитывается количество полипов, их размеры и локализация, состояние окружающей слизистой оболочки, наличие сопутствующих заболеваний. И в зависимости от этого выбирается или резекция желудка, или получившая довольно широкое распространение эндоскопическая полипэктомия. Суть ее в следующем: на основание полипа желудка, обнаруженного при эндоскопическом исследовании, накладывают специальную петлю, которую предварительно вводят в желудок через биопсийный канал эндоскопа. Затем с помощью токов высокой частоты полип отсекается. Применяются и другие методы удаления полипов.

Больные, у которых обнаружены полипы желудка, должны находиться под диспансерным наблюдением. И если предлагают удалить полип, отказываться не надо!

Ю. В. ВАСИЛЬЕВ,
профессор



«...красные овощи, например свекла, помидоры, редиска и красные ягоды — клубника, малина, — способствуют тромбообразованию. Значит, их не надо есть сердечникам и гипертоникам. Так ли это?»

Нет, конечно. Наоборот, любые овощи, фрукты, ягоды, в том числе и красные, чрезвычайно полезны людям, страдающим гипертонической болезнью и другими

сердечно-сосудистыми заболеваниями.

При гипертонической болезни, например, нарушается липидный (жировой) обмен. Разнообразные овощи, фрукты, ягоды в ежедневном рационе, особенно в свежем виде, нормализуют нарушенный обмен, активизируют выведение из организма излишков холестерина. Как показали исследования французских ученых, таким эффектом особенно обладают баклажаны.

Американские ученые доказали, что одна лишь овощная диета без всяких медикаментов снижает, а со временем и нормализует артериальное давление у гипертоников. А вот выводы исследования, недавно проведенного специалистами ФРГ:

у тех, кто предпочитает растительную пищу животной, ниже не только артериальное давление, но и вязкость крови по сравнению с теми, кто злоупотребляет мясными блюдами. А вязкость крови — это как раз тот фактор, который имеет прямое отношение к тромбообразованию.

Сырые овощи и фрукты — незаменимый источник пектинов, которые в прошлом имели не совсем удачное, на наш взгляд, название — балластные вещества. Без них наш организм не может нормально функционировать. Пектины обладают слабительным, желчегонным и мочегонным действием. Особенно много пектинов в свекле и яблоках. Кроме того, они выводят из организма вредные продукты жизнедеятельности, токсины

и различные химические вещества.

Овощи, фрукты, ягоды и зелень богаты минеральными солями, в которых организм больного гипертонией испытывает дефицит. Например, белокочанная капуста, листья и плоды репы содержат кальций, недостаток которого, по мнению отечественных и зарубежных ученых, усугубляет течение гипертонической болезни. Ягоды черноплодной рябины — свежие и консервированные — желателно включать в ежедневный рацион, так как в них много витамина Р, который укрепляет стенки кровеносных сосудов.

Т. В. РЫМАРЕНКО,
кандидат
медицинских наук

В последнее время для всех стало особенно очевидным, что здравоохранение, традиционно считавшееся преуспевающим, на самом деле не отвечает возросшим современным требованиям. Руководители здравоохранения сегодня дружно и всенародно жалуются: служба очень бедна, ей не хватает специалистов, медсестер, санитарок, лекарств, технического оснащения. Однако только ли в этом дело?

...Субботним утром 30 мая немолодая женщина Т. неожиданно почувствовала себя очень плохо — появилась резкая слабость, скривился вправо рот, закололо в языке, щеке, кисти правой руки...

Случай почти обычный, таких ежедневно, вероятно, происходит тысячи.

Первое, что сделал взволнованный муж захворавшей женщины, — позвонил по 03. Уже через 10 минут появился врач «Скорой». Он явно заподозрил недоброе. Сделал одну за другой две внутримышечные инъекции, немного выждал и потом вызвал специализированную неврологическую бригаду. Приехала она тоже очень быстро — минут через двадцать. По назначению врача медсестра тут же сделала внутривенное вливание. После неторопливого, тщательного исследования невропатолог пришел к выводу: инсульта нет, произошло острое нарушение мозгового кровообращения. И предложил госпитализацию. Больная отказалась — лучше дома.

— Тогда соблюдайте строгий постельный режим, — сказал специалист, — если что, немедленно вызывайте «Скорую»... Хорошо бы, конечно, безотлагательно начать принимать трентал, но рецептов мы не выписываем. Не положено. Вызовите, не мешкая, невропатолога из поликлиники, он последит за вами, выпишет рецепт и на трентал, и еще на что найдет нужным.

Прошла суббота, миновало воскресенье, начался понедельник, а больная все еще лекарств не получала.

Напрашивается вопрос: НЕ БЕЗНАДЕЖНО ЛИ УСТАРЕЛА КАНЦЕЛЯРСКАЯ ИНСТРУКЦИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩАЯ ДИПЛОМИРОВАННЫМ ВРАЧАМ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДАЖЕ В ТАКИХ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ ВЫПИСЫВАТЬ ЛЕКАРСТВА?

В понедельник 1 июня была предпринята попытка вызвать невропатолога из поликлиники. Она не удалась. «Специалиста может вызвать к больному на дом только участковый врач», — разъяснили в регистратуре.

— Но ведь была специализированная бригада скорой помощи, она...

В ответ раздалась прерывистые телефонные гудки. Пришлось звонить главному врачу поликлиники, объяснять, что диагноз уже установлен, что в посещении терапевта нет никакого смысла, требуется компетенция именно невропатолога. Да и допустимо ли еще терять время для начала лечения, и так прошло уже почти двое суток. Нельзя ли направить специалиста хотя бы в порядке исключения?

— Нельзя! — безапелляционно отрезала главный врач поликлиники Людмила Григорьевна Воронцова. — Порядок есть порядок.

Напрашиваются вопросы: ЦЕЛЕСООБРАЗЕН ЛИ «ПОРЯДОК», ИДУЩИЙ ВО ВРЕД БОЛЬНОМУ? ДА И БЕСЦЕЛЬНЫЙ ВИЗИТ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ТОЖЕ ВЕДЬ ЧЕГО-ТО СТОИТ ГОСУДАРСТВУ.

НЕ ЗАДУМАНА ЛИ БЫЛА ВСЯ ЭТА БЮРОКРАТИЧЕСКАЯ КАНИТЕЛЬ ДЛЯ НАКАЧИВАНИЯ ОТЧЕТНОЙ ЦИФРЫ — КОЛИЧЕСТВА ПОСЕЩЕНИЙ, А ПО СУТИ, ТОГО ЖЕ ПРЕСЛОВУТОГО ВАЛА? БЫЛА — ПОТОМУ ЧТО ТАКАЯ СИСТЕМА ОТЧЕТНОСТИ НЕДАВНО ОТМЕНЕНА МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР. НО ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ОНА ВСЕ ЕЩЕ ДОВЛЕЕТ НАД ИНЫМИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ.

Волей-неволей пришлось вновь звонить в регистратуру. Но теперь выяснилось, что врач участка Л. В. Асестрова отсутствует — уехала на несколько месяцев в пионерский лагерь. «Ладно, — сказали, — придем какого-нибудь другого врача».

Пришла терапевт Е. Л. Носова. Была очень внимательна, выписала трентал, назначила курс инъекций эуфиллина и витамина В₆. И, видимо, зная о порядках своего учреждения, оставила два письменных вызова: «Этот — на невропатолога, передайте в помощь на дому, а этот — на уколы, вручите старшей медсестре».

НУЖЕН ЛИ «ПОРЯДОК», ИДУЩИЙ ВО ВРЕД БОЛЬНОМУ?

АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Напрашивается вопрос: НЕУЖЕЛИ НЕЛЬЗЯ ТАК НАЛАДИТЬ ДЕЛО В ПОЛИКЛИНИКЕ, ЧТОБЫ ВСЕ СВОИ НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫЗОВЫ ВРАЧИ САМИ СДАВАЛИ В РЕГИСТРАТУРУ?

Муж Т. отнес письменные вызовы в поликлинику. Утром следующего дня пришла делать уколы аккуратнейшая, пунктуальная и отзывчиво-чуткая к больной фельдшер К. Ф. Никулина. А невропатолог что-то задерживался. Легко понять состояние больной, которая настороженно прислушивалась к каждому звонку в дверь — не врач ли? Однако ни 1, ни 2, ни 3 июня невропатолог не появился. Утром 4-го решили уточнить: когда же будет врач?

— Наверно, 9 июня, не раньше, — ответили в регистратуре.

Обеспокоенный муж Т. пошел к главному врачу поликлиники. Рассказал о состоянии жены, напомнил, что 9 июня будет уже одиннадцатый день болезни. Допустима ли такая проволочка?..

— Невропатолог как раз сейчас ведет прием, идите, договоритесь с ним, — холодно ответила Л. Г. Воронцова. А сама и пальцем не шевельнула, чтобы вмешаться, как-то помочь, хотя других посетителей в тот момент в приемной не было. Она мирно беседовала с женщиной в белом халате.

К невропатологу В. М. Гутниковой медсестра не пустила. Узнав, в чем дело, сходила в регистратуру, вернулась с несколькими амбулаторными карточками в руках, пошептала с врачом, опять появилась в приемной, успокоила:

— Ждите, доктор сегодня придет. — И с явным недовольством добавила: — А вообще такие вопросы надо решать в помощи на дому...

Было 11 часов утра. Ждали обещанного доктора до позднего вечера. Не пришел.

Терпение лопнуло. Утром 5 июня муж Т. написал злую жалобу и повез ее в райздравотдел. Заведующая З. В. Баранова оказалась на месте, но секретарь посетителя к ней не пропустила. Сказала: «Вот доктор он вас выслушает». Доктор прочитал жалобу, вроде бы возмутился: «Если все было так, как у вас тут написано, то это безобразие. Я сейчас же свяжусь с главным врачом поликлиники и в понедельник 8 июня позвоню вам о результатах».

Забегая вперед, скажем, что ни в понедельник, ни до сих пор устного или письменного ответа на жалобу семья так и не получила. Правда, едва успел муж Т. возвратиться из райздрава домой, как явился наконец долгожданный невропатолог. Нашел-таки время — через неделю после острого приступа! Подтвердил назначения, сделанные терапевтом Е. Л. Носовой, выписал дополнительно рецепт на ноотропил, сам артериального давления не измерил. Но сказал, что к концу курса инъекций следует пригласить участкового врача, чтобы измерить давление и вновь сделать вызов ему — невропатологу.

Напрашиваются вопросы: ПОЧЕМУ В РАЙЗДРАВОТДЕЛЕ СТОЛЬ БЕЗОТВЕТСТВЕННО ОТНЕСЛИСЬ К ЖАЛОБЕ, НЕ ОТВЕТИЛИ НА НЕЕ?

НЕУЖТО КАЖДЫЙ РАЗ ПРИ ВЫЗОВЕ СПЕЦИАЛИСТА НЕОБХОДИМА САНКЦИЯ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА?

НЕ ДОЛГ ЛИ САМОГО СПЕЦИАЛИСТА ИЗМЕРИТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, СДЕЛАТЬ, КОГДА ЭТО ТРЕБУЕТСЯ, ПОВТОРНЫЙ ВИЗИТ К БОЛЬНОМУ ПО СОБСТВЕННОЙ ИНИЦИАТИВЕ?

Фельдшер К. Ф. Никулина сделала последние уколы — как всегда, бережно, мастерски, безболезненно. В то же утро муж Т. позвонил в регистратуру, чтобы вызвать врача Носову.

— Носова занята на своем участке, — ответил девичий голос, — направим другого врача.

Пришла терапевт Л. В. Балакина. Измерила давление, выслушала больную, написала вызов невропатологу. Муж Т. тут же отнес бумагу в регистратуру и попросил книгу жалоб и предложений, чтобы записать благодарность за отличную работу фельдшеру Никулиной. Минут десять книгу искали, куда-то за ней ходили — не нашли. Пришлось писать благодарность на отдельном листе бумаги.

Вызов сдан в регистратуру, но когда придет невропатолог? На следующий день решили все же для спокойствия спросить об этом в помощи на дому. Ответ был неожиданным: «Никакого вызова у нас нет».

— Как же так? Я вчера сам отнес его.

— Вот и спрашивайте там, куда отнесли...

Пришлось бежать в поликлинику. Но в окошке была уже другая девушка, она ничего не знала. Хотел просить у доктора Балакиной повторную записку, но ее не оказалось — заболела. Что делать? Опять путь лежал в кабинет главврача. На этот раз дорогу преградила старшая сестра поликлиники. Узнав, в чем дело, недоверчиво переспросила: точно ли был сдан вызов? Попыталась связаться с Балакиной. Долго искала исчезнувшую бумагу в помощи на дому. Наконец решилась: собственной рукой записала в книгу вызовов адрес больной. Еще через час она позвонила по телефону: «Не волнуйтесь, вызов нашли, регистратор почему-то положил его в амбулаторную карту больной».

Напрашиваются вопросы: ДОПУСТИМА ЛИ ПОДОБНАЯ НЕБРЕЖНОСТЬ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ДА ЕЩЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТЯЖЕЛО БОЛЬНОМУ ЧЕЛОВЕКУ? НЕ ПОРОЖДЕНА ЛИ ЭТА БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТЬ АТМОСФЕРОЙ КАЗЕНЩИНЫ, ФОРМАЛИЗМА, ЦАРЯЩЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ?

Второй визит невропатолога наконец состоялся. Врач констатировал, что состояние больной улучшается, но надо все-таки больше лежать, не нагибаться, не делать резких движений. «Начинать ли вторую упаковку ноотропила? Вопрос об этом решим после электрокардиограммы, поскольку в прошлом у больной был инфаркт миокарда. Пусть участковый терапевт назначит кардиограмму и потом посоветуется со мной».

И снова вопросы: РАЗВЕ САМИ ВРАЧИ В ИНТЕРЕСАХ БОЛЬНОГО НЕ ДОЛЖНЫ ДОГОВОРИТЬСЯ МЕЖДУ СОБОЙ О ПОСЛЕДУЮЩИХ ДЕЙСТВИЯХ?

И ПОЧЕМУ НЕВРОПАТОЛОГУ САМОМУ НЕ НАЗНАЧИТЬ, КОГДА ЭТО ТРЕБУЕТСЯ, ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИЛИ ИНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ?

Ничего не поделаешь, пришлось все же вызывать участкового врача. На этот раз опять пришла Е. Л. Носова. Как обычно, была внимательной, приветливой, неторопливой. Сказав так нужные больной слова успокоения, выписала назначение на электрокардиографию. Предупредила: результаты исследования поступят к заведующей отделением — к ней и следует обратиться.

Читатель, наверное, уже догадывается, что визит к заведующей отделением был для нее полнейшей неожиданностью, никто ее об этом не предупредил. Никакой кардиограммы у нее, конечно же, не оказалось. Спасибо, выручила все та же фельдшер Никулина — где-то ее разыскала. Заключение кардиолога было благоприятным. Но посоветоваться с невропатологом Гутниковой насчет дальнейшего приема ноотропила уже не удалось, она окончила прием и ушла.

На этом все взаимоотношения с поликлиникой у больной Т.

закончились. Завершились полностью! Никто больше о ней не вспомнил...

Читатель вправе поинтересоваться: где же, в какой тмутаракани все это произошло? Место действия — не какая-то далекая периферия, а самый центр Москвы, Свердловский район, поликлиника № 20. Добавим еще, что больная Т. живет в Угловом переулке, рядом с поликлиникой, в трех минутах пешего хода от нее. И, судя по многочисленным обращениям граждан в редакции газет и журналов, описанный случай «специализированного» лечения больной Т. отнюдь не уникален, это не досадное исключение из правил, а скорее само правило. Именно потому и стоило рассмотреть его во всех подробностях.

Министерство здравоохранения СССР предоставило местным органам здравоохранения широкие права. Общественность может, следовательно, спросить у начальника Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома В. Н. Мудрака: что практически уже сделано, чтобы улучшить поликлиническую помощь населению столицы? Спросить, какие же дополнительные ассигнования, какая еще новейшая медицинская техника, что вообще требуется здравоохранению, чтобы участковый врач стал не просто диспетчером при узких специалистах, не выписчиком больничных листов и назначений на процедуры, а подлинно семейным врачом, который бы уверенно разбирался также и в острых состояниях, нередко возникающих при тех или иных недугах?

И не пора ли установить четкое, незыблемое правило: врачи всех специальностей коллективно, согласованно, преемственно ведут каждого пациента и полностью отвечают за его выздоровление, а не сами больные или их родственники «выторговывают» себе нужное лечение. Пора предоставить право специалистам скорой помощи в экстренных случаях выписывать больным рецепты на лекарства. Давно назрела также острая необходимость навести в регистратурах лечебно-профилактических учреждений четкий порядок и строжайшую дисциплину, изгнать оттуда безответственность, безнаказанность и ставшее чуть ли не притчей во языках откровенное хамство. Да и самим здравотделам пора подать пример четкой, безотлагательной, действенной реакции на пожелания, справедливые требования и жалобы трудящихся.

Пуще всех прочих нехваток, действительных и мнимых, нашему здравоохранению — теперь это для всех очевидно! — мешает один, главный дефицит — отсутствие у значительного числа его работников ответственного отношения к своим прямым профессиональным обязанностям, трагическая утрата ими простой, душевной заботы о человеке, обратившемся за помощью. А эту «материю» ждать неоткуда, ее надо искать и найти в самих себе. Только в самих себе!

А. ЧЕРНЯХОВСКИЙ

ОТ РЕДАКЦИИ

Не будем лукавить с читателем. Автор корреспонденции, член Союза журналистов СССР, много лет активно выступающий в медицинской печати, ветеран Великой Отечественной войны, коммунист, пишет о случившемся в его семье.

Редакция направила своего корреспондента в поликлинику № 20. Вместе с заместителем главного врача В. П. Сенчуриной они просмотрели амбулаторную карту больной. Все так и было, как пишет А. Черняховский. Разве что нет записи о необходимости сделать кардиограмму. Но мы все прекрасно знаем, как врач порой мимоходом что-то порекомендует, но в листке назначений никак не отразит. Спешит, перегружен, забыл — объяснений находится много. Никто не говорит, что у врача легкий хлеб. Но уж если человек выбрал эту профессию, интересы больного должны быть для него превыше всего...

В Свердловском райздравотделе хотя и ускорили приход невропатолога к больной Т., но жалобу ее мужа не зарегистрировали, а в ней ставились и другие вопросы, требующие решения. Узнать что-либо о судьбе жалобы не удалось. А ответить на нее следует!

Поднимаемые в корреспонденции проблемы касаются не одной только поликлиники № 20. Читатели наверняка сталкивались и сталкиваются с подобными типичными огрехами в работе поликлиник. С этим больше мириться нельзя! Тем более, что сегодня органам здравоохранения на местах Минздрав СССР предоставил большие права, которыми они, к сожалению, в полной мере не пользуются.

Первый год жизни — самый ответственный в развитии ребенка. За это время он овладевает обширной программой движений: примерно к 1,5—2 месяцам умеет удерживать голову; к 3—4 — поворачиваться со спины на бок, а потом и на живот; к 4—6 — присаживаться при поддержке за ручки; к 7—9 месяцам — вставать у опоры на колени, а затем, держась за опору, и на ноги. К 9—12 месяцам — стоять, делать первые шаги и, упав, подыматься.

Но у малыша, страдающего перинатальной энцефалопатией, детским церебральным параличом (ДЦП), развитие моторных навыков нарушено, самостоятельно он ничему этому не научится. И его будущее во многом зависит от родителей, от того, насколько энергично и настойчиво возьмутся они за выполнение советов и назначений врача. Поэтому, как только установлен диагноз ДЦП, а это нередко удается сделать уже в 3—4 месяца, надо начинать действовать!

Помимо лечебных препаратов, ортопедического режима, массажа, ребенку необходимо правильное «нервно-мышечное воспитание». Иными словами, с ним надо обязательно заниматься лечебной гимнастикой.

Для таких занятий вам понадобятся стол с мягким покрытием, валики, подушечки разных размеров, резиновые и пластмассовые звуковые игрушки, надувное бревно, надувной мяч — все это можно приобрести в магазинах фирмы «Детский мир». Будет очень хорошо, если перед столом вы закрепите большое зеркало, чтобы ребенок мог видеть в нем себя и окружающих.

Во время занятий лечебной гимнастикой постоянно говорите с ребенком, подбадривая и поощряя его. Старайтесь, чтобы он поворачивал голову к зеркалу, следил за перемещением звуковых игрушек. Наблюдайте за его поведением и реакцией на предлагаемые упражнения. Если он резко протестует, кричит, плачет, прекратите занятие, успокойте малыша и потом попробуйте начать все снова.

УПРАЖНЕНИЯ НА СТОЛЕ

1. Исходное положение (и. п.) — ребенок лежит на спине. Одной рукой наклоните его голову на грудь, другой прижмите к груди его колени и несколько раз покачайте его вправо-влево.

2. И. п. — то же. Удерживая за голени ноги ребенка, одновременно и поочередно сгибайте и разгибайте их; затем, положив голени на свои ладони, старайтесь расслабить их легким потряхиванием.

3. И. п. — то же. Правой рукой держа левую голень

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНА- СТИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Э. В. ПОЛЬСКОЙ,
кандидат педагогических наук

Фото А. БАЙБАРИНА

ребенка, а левой рукой — правую, одновременно или же поочередно слегка потряхивайте его ноги, стараясь расслабить их. После этого, удерживая правую ногу прямой, а левую сгибая, поверните ребенка направо до полного поворота на живот. То же самое — в другую сторону.

4. И. п. — ребенок лежит на животе. Подложите под его грудь мягкий валик, подушку так, чтобы его руки были свободны. Поддерживая ноги ребенка под колени и легко потряхивая, расслабьте их; побуждайте его ползти, поочередно сгибая то правую, то левую ногу и подставляя под стопу ребенка свою руку для опоры (фото 1).



УПРАЖНЕНИЯ НА НАДУВНОМ БРЕВНЕ

1. И. п.—ребенок лежит животом поперек бревна. Удерживая ладонями его бедра или голени и равномерно нажимая на обе ноги или усиливая давление то на одну, то на другую ногу, плавно прокатывайте его вперед и назад. При этом ребенок поочередно переставляет руки, опираясь о стол, или же стремится прогнуться.

2. И. п.—то же. Поддерживая ребенка руками под грудь, слегка приподымайте и опускайте его с таким расчетом, чтобы он успевал поставить руки на стол.

3. И. п.—то же. Удерживая ребенка за голени снизу, расслабьте их уже известным вам приемом потряхивания. Сгибая правую ногу и отведя колено вправо, а левую удерживая прямой, плавно поверните ребенка сначала направо и, постепенно продолжая движение по часовой стрелке, на спину и снова на живот. То же — в другую сторону (фото 2).

4. И. п.—то же. Постепенно перекачивайте бревно назад до края стола, пока ноги и тело ребенка не будут свободно свисать (при этом удерживайте его рукой в области лопаток), и вперед — до тех пор, пока он не сможет опереться руками о стол.

5. И. п.—то же. Поддерживая ребенка одной рукой в области спины, другой мягко и ритмично надавливая в разных местах на бревно, создавайте его колебания. (При этом ребенок принимает разные положения — приподымается, поворачивает голову, поднимает руки).

6. И. п.—ребенок стоит на коленях лицом к бревну, руками опираясь о бревно. Побудите его одновременно или поочередно барабанить руками по бревну, наклонять голову и поворачивать ее в разных направлениях, прослеживая за движением игрушек;

— перелезть через бревно;

— подняв руки, упасть вперед с опорой руками за бревно;

— сесть на пятки и встать на колени, подняв руки.

7. И. п.—ребенок сидит на бревне верхом (фото 3). Руками удерживая его за колени и фиксируя стопы таким образом, чтобы он не мог подниматься на носки, побуждайте вставать и делать пружинистые приседания;

— одной рукой поддерживая ребенка, другой рукой мягко и ритмично надавливая на бревно в разных местах,

создавайте колебания в вертикальном направлении. Ребенок при этом должен сохранять равновесие или же вставать и садиться на бревно с опорой руками или без опоры.

УПРАЖНЕНИЯ НА БОЛЬШОМ НАДУВНОМ МЯЧЕ

1. И. п.—ребенок лежит животом на мяче (фото 4). Руками поддерживая за бедра или за голени, плавно и равномерно покачивайте его вместе с мячом вперед — назад, вправо — влево, по кругу, по часовой и против часовой стрелки;

— поддерживая ребенка за спину, вращайте его вместе с мячом вокруг вертикальной оси по часовой и против часовой стрелки;

— поддерживая в области лопаток, прокатывайте вперед до опоры руками о стол и назад до опоры ногами с последующим толчком ногами;

— ритмично надавливая одновременно на обе ноги или же поочередно то на одну, то на другую, создавайте вертикальные колебания тела ребенка;

— побудите ребенка, поочередно сгибая то правую, то левую ногу и отводя колени в стороны, залезать на мяч, опираясь стопами на вашу руку.

2. И. п.—ребенок лежит спиной на мяче, ноги врозь, как можно шире. Удерживая его за нижнюю часть бедер: — покачивайте вперед, назад, вправо и влево (тело прогнуто);

— покачивайте и вращайте по кругу, по часовой и против часовой стрелки;

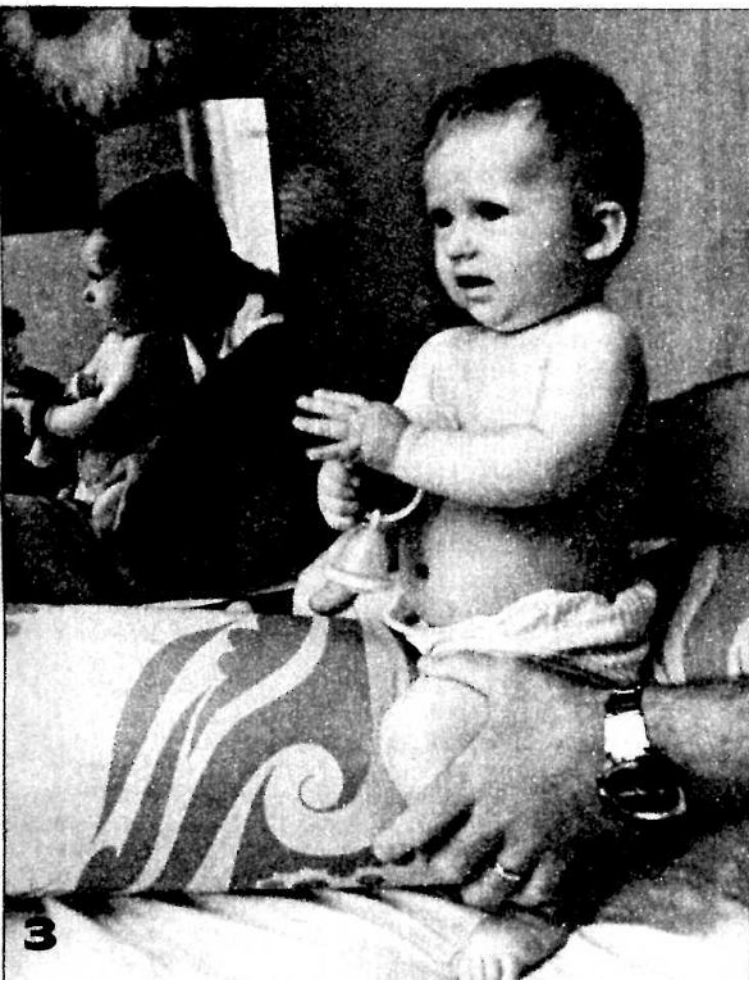
— удерживая за обе ноги или сильнее то за одну, то за другую ногу и покачивая мяч вперед и назад, присаживайте ребенка на мяч, а затем возвращайте его в и. п.

3. И. п.—ребенок сидит на мяче. Удерживая его за бедра, создавайте мягкие, ритмичные колебания мяча в вертикальном направлении, одновременно покачивая его в разных направлениях; ребенок должен стараться удержать равновесие, опираясь руками о мяч в разных местах.

Эти простые упражнения способствуют правильному развитию ребенка, совершенствуют его двигательные навыки, тренируют необходимые рефлексы.

Конечно, их проводят только по назначению врача. Торопиться с применением всего комплекса не надо. Постепенно переходите от простого к более сложному, не требуйте от ребенка того, что он сделать еще не в силах по возрасту или по своему состоянию, но старайтесь, чтобы он работал в полную меру своих возможностей, напрягался и достигал хоть маленьких успехов.

Занятия проводите в хорошо проветренной комнате, 2—3 раза в день, сначала по 10—15, потом по 25—30 и даже до 50—60 минут, конечно, если ребенок ведет себя спокойно и занимается с удовольствием.



Ю. И. БАРАШНЕВ,
профессор

ЗАБОЛЕВАНИЕ, О КОТОРОМ НАДО ЗНАТЬ

На приеме мама с сыном. Сереже 7 лет, он живой, сообразительный мальчик. Одна беда: ноги очень кривые, он быстро устает при ходьбе, жалуется на боль в мышцах.

«А ведь родился с ровными ножками, у него сильно-го рахита в первые полгода не было,— рассказывает мама.— Назначили, как всем, витамин D, я давала аккуратно, и гуляла с Сережей, и кормила его по всем правилам, а рахит все усиливался. У него и кости черепа стали мягкими, а на ребрах, на запястьях появились утолщения. Снова повторяли курсы витамина, назначали ультрафиолетовое облучение.

Пошел Сережа вовремя, к году, и, как только встал на ноги, они стали искривляться все больше и больше.

появляется боль в мышцах, ребенку становится трудно бегать и даже ходить.

Это наследственные рахитоподобные заболевания, одно из них получило длинное название: витамин- D-резистентный рахит, то есть рахит, устойчивый к этому витамину.

В основе этой группы заболеваний лежат наследственные нарушения обмена фосфора и кальция— двух микроэлементов, играющих очень большую роль в формировании костной ткани растущего организма. В результате этих нарушений кости недополучают необходимый строительный материал и размягчаются. Чем больше на них нагрузка — тем сильнее деформация.

Возможно, вам приходилось когда-нибудь видеть взрослых людей с такими искривленными ногами, шагающих с трудом, вперевалку. Раньше таким больным невозможно было помочь, да и диагноза им не могли поставить. Сейчас разработаны и методы обследования, и этапы лечебного воздействия.

Давайте пройдем по отделению, где лежат дети с рахитоподобными заболеваниями...

Вот улыбка и симпатичная восьмилетняя Машенька. Диагноз ей поставлен два года назад, в клинике она лежит третий раз, но пока еще до исправления кривизны ног далеко. Нам все еще не удалось нормализовать обмен кальция и фосфора, и на это направлены все наши усилия. Успех есть, но пока нестойкий. Ведь к каждому больному нужен свой подход, в каждом случае приходится подбирать свой ключик. Применяются комплекс лекарственных средств, физиотерапевтические процедуры, ведется постоянный биохимический и рентгенологический контроль за ходом лечения.

В соседней палате 12-летний Валерик. Он школьник, учится хорошо, но сколько огорчений ему доставляют ноги! Сейчас мальчик в хорошем настроении.

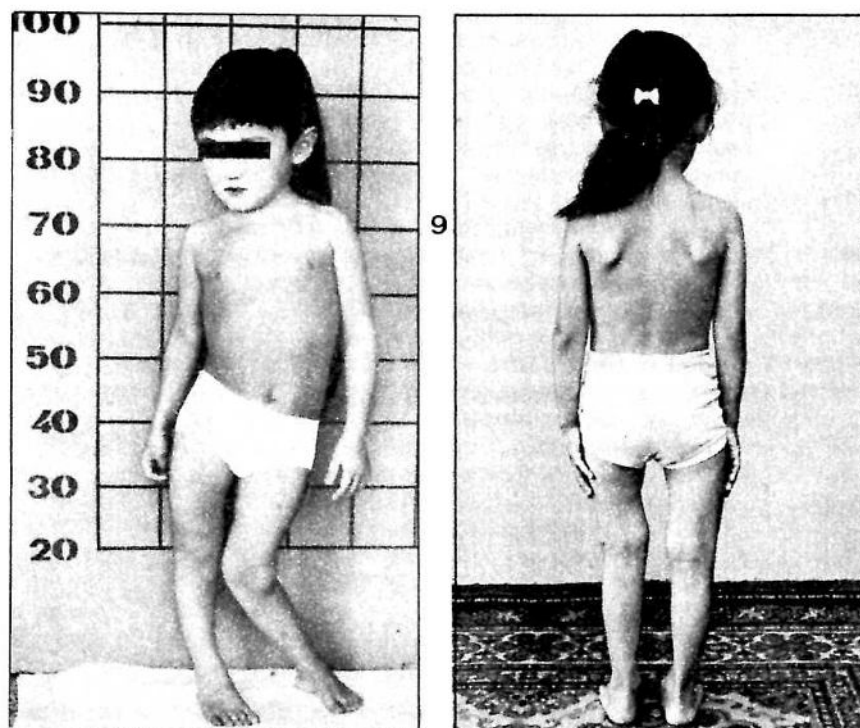
Первый этап лечения закончен, обмен веществ удалось нормализовать, вот уже два года нет сбоев. Завтра Валерия переводят в ортопедическую клинику, где уже будут делать то главное, к чему он стремится,— выпрямлять ноги. Операции он не боится, готовится к ней охотно.

И действительно, чего бояться, когда на соседней койке лежит его старый знакомый Коля, который несколько дней назад вернулся из той самой клиники с уже выпрямленной ногой — пока одной. Хотя она все еще в гипсе, но ясно видно: прямая!

Постукивая костылями, в палату входит Ахмед. Все этапы лечения у него уже позади, но ноги еще надо щадить — ведь последняя операция сделана недавно. Но мальчик сияет — ему уже сказали, что через три дня он оставит костыли и уедет домой здоровым...

Как видите, о борьбе с этой группой наследственных заболеваний сегодня можно говорить в оптимистичном ключе, хотя проблема решается не так легко и просто: лечение длится долго, оно требует много усилий от врачей, много терпения от ребенка.

С чего начинать, если вам показалось, что у ребенка именно такое заболевание? Конечно, с консультации у педиатра. Вполне возможно, что он рассеет вашу тревогу, разъяснив, что обменных нарушений у ребенка нет и ему не требуется ничего, кроме правильного питания, здорового режима, занятий физкультурой.



До и после
лечения

Наш педиатр уж засомневался — рахит ли это? И вот — направил на консультацию...

С первого взгляда на ребенка можно было предположить, что сомнения врача достаточно обоснованы.

Рахит — заболевание, хорошо известное не только педиатрам, но и родителям. Оно связано с дефицитом в организме витамина D и возникает чаще всего у детей, которые находятся на искусственном вскармливании, мало бывают на свежем воздухе. Как правило, достаточно назначить ребенку курс витамина D, улучшить его режим, организовать рациональное питание, богатое витаминами, чтобы проявления рахита уменьшились и постепенно вовсе исчезли.

Но лишь в последнее время стало известно, что существуют заболевания, которые по своим начальным признакам очень похожи на рахит, но не поддаются общепринятому лечению и постепенно приводят к грубым изменениям костей, особенно ног. Голени искривляются, начиная принимать форму буквы О или Х;

В. М. САЛО,
кандидат
фармацевтических наук



Бадан толстолистный — невысокое вечнозеленое многолетнее травянистое растение с прикорневой розеткой крупных темно-зеленых, блестящих широкоовальных листьев, сидящих на длинных, широких черешках. Толстые и высокие цветочные стрелки несут крупное сложное соцветие лилово-розовых, раздельнолепестных колокольчатых цветков. Подземная часть растения состоит из длинного, толстого горизонтального корневища, от которого отходит крупный вертикальный корень. Плод — коробочка с двумя лопастями и мелкими многочисленными семенами.

Цветет растение в мае — июне, высоко в горах — в августе.

Бадан толстолистный распространен в горных районах Сибири, Алтая и Саян, в лесном, субальпийском и альпийском поясах. Он произрастает как на сухих, хорошо освещенных южных склонах гор, так и на затемненных, влажных северных склонах. Благодаря разрастанию корневищ бадан нередко образует густые, сплошные заросли, простирающиеся на десятки километров, особенно в темных кедровых, пихтово-кедровых и елово-кедровых лесах.

В корневищах бадана содержится большое количество дубильного вещества — 15—25%. Много его и в листьях растения, в них также обнаружены гликозиды арбутина и бергенина.

Препараты бадана обладают кровоостанавливающим, вяжущим, противовоспалительным и противомикробным свойствами. Они также укрепляют стен-

течение всего лета. Их выкапывают лопатами, очищают от земли и мелких корешков, промывают и провяливают на открытом воздухе в подвешенном состоянии. Затем корневища нарезают на куски длиной до 20 сантиметров и досушивают в сушилках. Хорошо высушенные куски корневищ снаружи имеют темно-коричневую окраску, на изломе светло-розовые или светло-коричневые, сильно вяжущего вкуса.

Из высушенных корневищ бадана готовят отвары или жидкий экстракт.

Для приготовления отвара 1 столовую ложку высушенных и измельченных корневищ растения заливают стаканом кипятка в эмалированной посуде, закрывают крышкой и при периодическом помешивании нагревают на кипящей водяной бане 30 минут. Затем отвар охлаждают при комнатной температуре в течение 10 минут; процеживают, остаток сырья отжимают и доливают кипяченой водой до полного стакана.

Принимают отвар по 1—2 столовой ложке 3 раза в день перед едой.

Жидкий экстракт имеет большую концентрацию действующих веществ по сравнению с отваром.

БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ

ки капилляров и оказывают местное сосудосуживающее действие.

Водный отвар, приготовленный из корневища бадана, используют, например, при недизентерийных колитах: при дизентерии его назначают в комбинации с антибиотиками и сульфаниламидными препаратами.

Жидкий экстракт бадана применяют в гинекологической практике при обильных менструациях. Местно в виде спринцеваний или ванночек экстракт используют для лечения эрозий шейки матки и кольпитов.

**КОРНЕВИЩА БАДАНА
МОЖНО ЗАГОТОВЛИВАТЬ В**

Для его приготовления 3 столовые ложки высушенного и измельченного сырья заливают стаканом кипятка в эмалированной посуде, закрывают крышкой и при периодическом помешивании кипятят на медленном огне до тех пор, пока не останется половина стакана. Экстракт процеживают в горячем виде, а оставшееся сырье отжимают.

Принимают по 30 капель 2—3 раза в день. Для спринцеваний 1 столовую ложку экстракта разводят в 0,5—1 литре кипяченой воды.

Рисунок А. ЮДИНА



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОСЕПСИСНЫЙ ЦЕНТР МИНЗДРАВА ГРУЗИНСКОЙ ССР

Он создан при республиканской клинической инфекционной больнице в 1979 году.

В разработке эффективных методов диагностики и лечения сепсиса объединили свои усилия инфекционисты, хирурги, терапевты, гинекологи. Основным для этого коллектива все же стало раннее выявление и лечение больных с высоким риском развития сепсиса.

Третья союзно-республиканская конференция по сепсису с участием иностранных ученых, состоявшаяся в нынешнем году в Тбилиси, признала эталонными организационные принципы и структуру центра. Ученые высказали пожелание о целесообразности организации подобных центров во всех союзных республиках.

На снимке: У здания республиканского противосепсисного центра Минздрава Грузинской ССР (слева направо профессор, заслуженные деятели науки Грузинской ССР заведующий хирургическим отделением центра М. Г. Дolidзе, руководитель центра В. Г. Бочоришвили, главный врач республиканской клинической инфекционной больницы № 2, заслуженный врач республики Г. М. Антелава заместитель главного врача, кандидат медицинских наук Г. И. Хецуриани).

РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

Этот рентгеновский кабинет напоминает операционную только здесь не пользуются скальпелем. Тонким зондом рентгенолог-хирург вводит в сосуд, требующий «ремонта» обычную на первый взгляд металлическую проволоку.

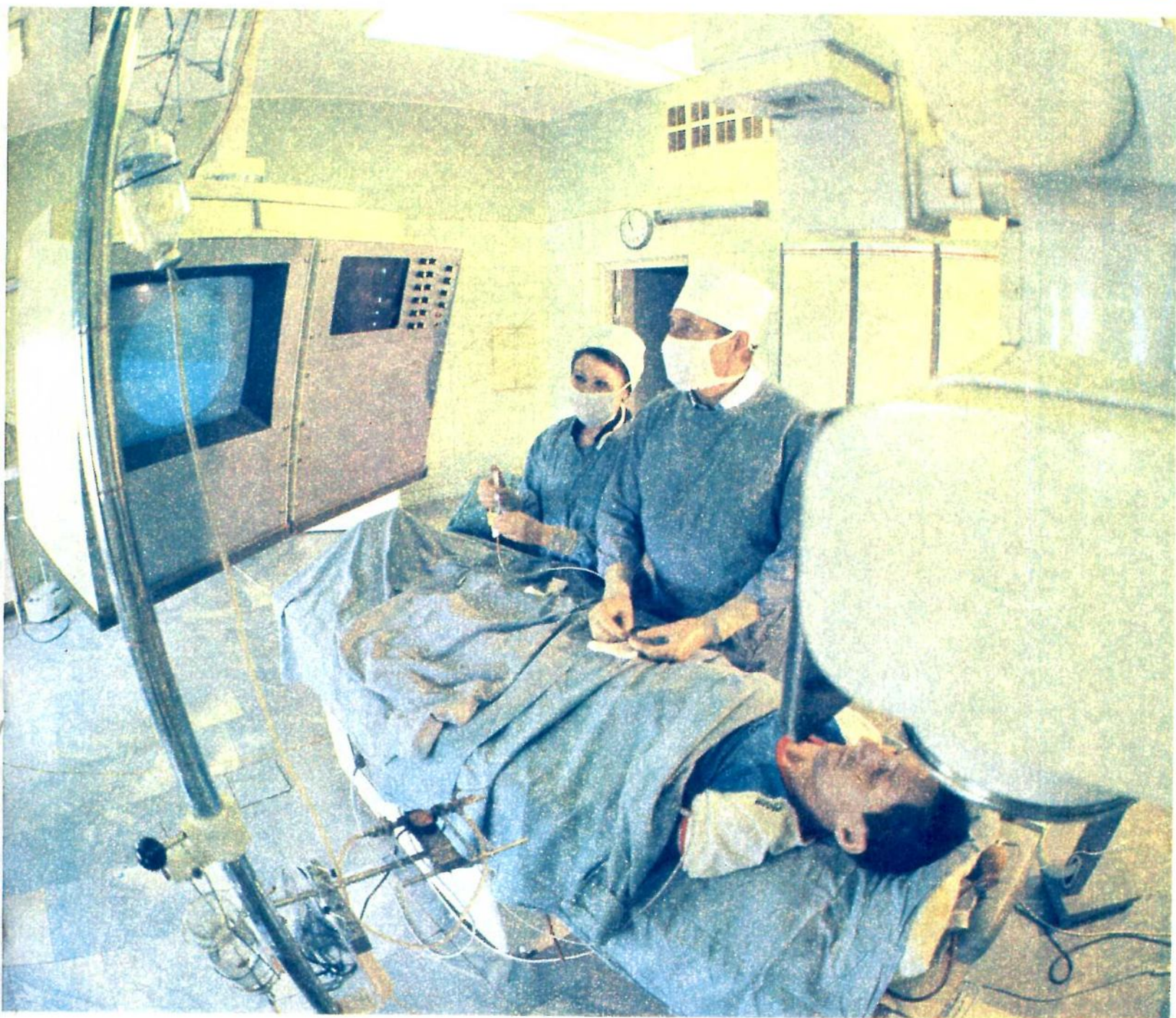
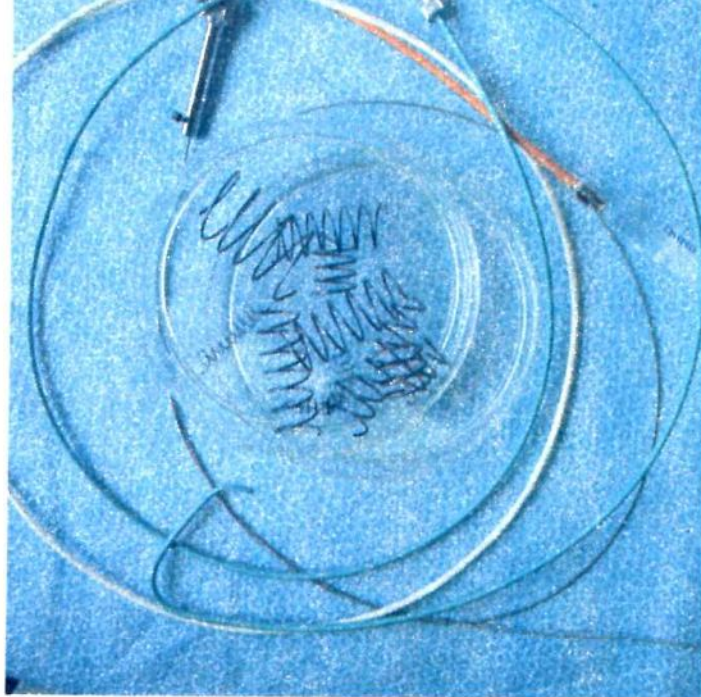
Но эта проволочка не простая. Она из сплава нитинола, обладает чудесной памятью формы. В сосуде под воздействием тепла человеческого тела она закручивается в спираль заданного объема и, как каркас, поддерживает его стенки.

Спиралевидный протез оригинальной конструкции создан группой металлофизиков совместно с автором метода внутрисосудистого протезирования, главным рентгенологом Минздрава СССР, лауреатом Государственной премии СССР, профессором Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР И. Х. Рабкиным. Метод прошел клиническую апробацию в центре хирургии, возглавляемом академиком Б. В. Петровским, и в ближайшее время будет внедрен в практику центров рентген-эндоваскулярной хирургии. А их уже 60 в различных городах страны.

Первую в мире рентгенохирургическую операцию по внутрисосудистому протезированию провел профессор И. Х. Рабкин.

На снимке: Идет операция. Профессору И. Х. Рабкину ассистирует операционная сестра Л. Н. Ганина.

Фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА





МОРЯ И РЕКИ



Рисунки
Н. КОНДАКОВА

Фото
М. ВЫЛЕГЖАНИНА

За последние годы немало сделано для очистки Черного моря от загрязнения. Почти исчезли с его поверхности нефтяные пятна, которые были еще недавно подлинным бедствием: ведь нефтяная пленка, покрыв поверхность воды, надолго прекращает доступ кислорода в нижележащие слои и, значит, губит в море все живое. Сейчас нефтесодержащие сточные воды очищаются прямо на судах с помощью специальных сепараторов, в которых нефтепродукты отделяются от воды и затем снова используются.

Сложные системы защиты водной и воздушной среды от загрязнения установлены на морских нефтедобывающих платформах. В портах несут службу специальные подразделения на случай аварийного разлива нефти. В их распоряжении современные технические средства. При аварии нефтяное пятно окружают



КРИЧАТ

ДЕНЬ МАЛЫХ РЕК

Призыв «Вернуть малым рекам полноводность и чистоту», прозвучавший на сходе граждан — соседей из Воронежской, Тамбовской и Липецкой областей, получил общественное признание. Исполкомы сельских Советов, руководители хозяйств поддержали инициативу. Используя дорожную технику и местные материалы, энтузиасты надежно отремонтировали сотни плотин, расчистили старые пруды. Ожили пересохшие было родники, полноводнее стали реки. Только под Ельцом этим летом тридцать три возрожденных родника догнали речку Быстрая сосна.

ШТРАФНЫЕ ШЛЕЙФЫ

Знаком беды протянулся по Волге на десятки километров вдоль ее правого берега грязный шлейф. Ежедневно волгоградский металлургический завод «Красный Октябрь» добавляет в этот нефтеносный поток до 1,5 тонны сбросов.

— Только за первое полугодие, — говорит начальник Нижне-Волжского территориального управления по регулированию использования и охране вод Л. Я. Полянинов, — мы предъявили заводу за загрязнение великой русской реки штрафов более чем на 800 тысяч рублей. Теперь при переходе на хозрасчет коллективу придется платить их из прибылей, и, может быть, это заставит завод ускорить строительство очистных сооружений, срок ввода которых откладывается из года в год.

ЗАКАЗНИК СЕРОЙ ЦАПЛИ

Крупную колонию редкой ныне птицы — серой цапли взяли под охрану в орнитологическом заказнике, который появился в селе Пирново Киевской области. ПERNАТЫЕ гнездятся здесь на островке сосняка, окруженного жилыми постройками и базами отдыха. Цель заказника — предотвратить дальнейшую застройку территории колонии, вырубку деревьев с гнездами, уменьшить беспокойство птиц в гнездовой период.

В области создано еще два таких заказника. Ведь из-за исчезновения пойменных лесов, санитарных рубок насаждений число мест для гнездования серой цапли постоянно уменьшается. А сохранить ее необходимо. Этому благородному делу и служат новые заказники.

ПОД ОХРАНОЙ ВОДОЕМЫ

Немало обидных слов пришлось выслушать директору совхоза «Красное знамя» Ленинградской области Н. Н. Трифонову. Активисты общества охраны природы обратили его внимание, например, на то, что в деревне Рудная горка навозохранилище вплотную примыкает к болотцу, имеющему сток в реку Воложбу. А ведь в ней нерестятся ценнейшие лососевые породы рыб. На очистных же сооружениях в деревне Мозолино не хлорируют стоки, неисправны водомеры.

К чести руководителя Н. Н. Трифонов понял критику правильно. Уже через день был вывешен приказ о строительстве в Рудной горке котлована, приняты меры к улучшению работы очистных сооружений. Контроль за исполнением этих решений осуществляют члены общества охраны природы.

Подборку подготовила корреспондент ТАСС М. Ф. ПАНЧЕНКО.

со всех сторон плавучим подвижным заграждением, а затем «утюжат» взад-вперед нефтемусоросборщиками — судами для сбора нефтяной пленки и плавающего мусора.

Работа таким судам находится и в обычных условиях крупного порта: в Ялтинском торговом порту, например, нефтемусоросборщик собирает за год около 2 тонн плавающего мусора.

Принимаются и другие государственные меры для охраны морских просторов. Но пляжи, прибрежные мелкие воды все еще подчас беззащитны: их буквально губят равнодушие, неряшливость, экологическая безграмотность тех, кому они так исправно служат, то есть приезжающих сюда тысяч и тысяч курортников... Это они бросают повсюду полиэтиленовые и бумажные пакеты, стаканчики из-под мороженого. Но если этот мусор убирают, то с косточками персиков, абрикосов, слив просто невозможно справиться. Эти косточки трудно собрать, они не уходят в глубь песка, их не едят ни чайки, ни бакланы.

Некоторые курортники, создавая видимость чистоты, присыпают мусор песком. Им невдомек, что море постоянно перетряхивает прибрежный песок, выворачивает наизнанку, обнажая неприглядную картину...

А как относятся отдыхающие к животным мелководья? Ведь редко кто из пловцов не пытается выловить краба, чтобы использовать его как живую игрушку, просто позабавиться, а потом, истерзанного, отпустить на свободу. В конце курортного сезона в 10—15 метрах от берега, плавая с маской, можно наблюдать подлинное кладбище крабов — их безжизненные перевернутые тела образуют сплошную белую полосу. Но это еще не все: сколько их выбрасывается по дороге с курорта или уже дома! А ведь эти животные — истинные морские санитары. Кропотливо перебирая каждую песчинку, выискивая на дне пищу, они освобождают дно и придонные слои воды от гниющих останков животных и растений.

К морским санитарам относятся и мелкие улитки — брюхоногие моллюски, живущие на водорослях и камнях, а также крохотные серые рачки гаммарусы. Если быстро приподнять лежащий на влажном песке камень или пучок водорослей, во все стороны так и брызнут эти прыткие существа, выполняющие в волноприбойной зоне роль лесных муравьев.

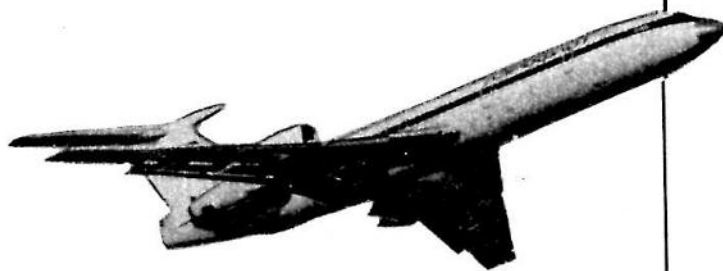
На мелководье живут (пока!) и животные-«фильтраторы»: это балаянусы, или морские желуди, названные так за форму своей известковой раковины, мидии, каждая из которых за день пропускает через свои створки 100—120 литров воды.

Заходят сюда и медузы. Черноморские медузы не причиняют вреда человеку, но многие считают их уничтожение чуть ли не проявлением отваги и благом делом. А дело это недоброе. Медузы — отличные фильтраторы, без них прозрачной воды у берегов не будет.

Хотя и созданы уже машины для очистки пляжей и другая подобная техника, главным условием здоровья моря всегда будет благополучие его обитателей. Охраняя их, мы охраняем мудрое равновесие природы и тот прекрасный окружающий мир, в котором мы живем!

И. В. РУСАНОВ,
кандидат
географических наук

Симферополь



БОЛЬ

...Серебристый Ил-62, рассекая воздух, приближался к цели своего полета — Якутску. Неожиданно одной из пассажирок стало плохо. Бортпроводницы дали женщине лекарство, принесли баллон с кислородом. Однако ее состояние стремительно ухудшалось. О случившемся доложили командиру воздушного судна В. Гурьянову. Тогда по трансляции объявили: «Если есть на борту медики, просим их подойти к бортпроводникам». Подошли двое — врачи В. Гагарин и К. Зверева. Осмотрев пассажирку, врачи пришли к заключению, что у нее гипертонический криз и острая сердечная недостаточность.

Было сделано все, чтобы оказать медицинскую помощь на борту самолета. Каждые пятнадцать минут бригадир бортпроводников Т. Гончарова докладывала командиру о состоянии больной. Оно становилось хуже и хуже. Командир пригласил врачей, чтобы узнать, может ли больная выдержать дальнейший полет. Врачи не могли гарантировать благополучного исхода...

Ближайшим запасным аэродромом был Норильск, но метеословия не позволяли совершить там посадку. Закрыта была и Хатанга. Взвесив все обстоятельства, командир корабля принял решение садиться в аэропорту Полярный, хотя ширина полосы там всего 40 метров, а для большого магистрального Ила нужно 60. Так из-за одного больного на борту приходилось рисковать уже многими жизнями...

Экипаж работал четко и слаженно. Прежде всего предстояло избавиться от лишнего топлива, чтобы облегчить самолет до необходимого посадочного веса — и прямо в воздух пошла аэрозольная струя из нескольких тонн авиационного керосина... Служба управления воздушным движением велела корабль на посадку по свободному воздушному коридору. Высокий профессионализм экипажа обеспечил в этой сложной обстановке успешную посадку. На аэродроме уже ждала машина «Скорой», и помощь подоспела вовремя. Но лишь через пять часов прибыли в свой аэропорт пассажиры прерванного непредвиденными обстоятельствами рейса Москва — Якутск.

Итак, самолет в сложных условиях посадили, человеку спасли жизнь. Так поступали и всегда будут поступать авиаторы. Но обязательно ли больному человеку надо подвергать себя, пассажиров и экипаж таким испытаниям? Не проще ли тому, кто хорошо знает о своих «болячках», не летать на самолете, не рисковать жизнью. Ведь любой, а особенно длительный, полет — это большая нагрузка даже для здорового человека. И далеко не всякому больному под силу полет. Перепады атмосферного давления, гипоксия, ускорения, вибрация...

Читателям, наверное, интересно будет узнать, что для всех пассажирских самолетов гражданской авиации независимо от их высоты в целях безопасности полетов установлена минимальная величина общего барометрического давления в герметичной кабине, равная 567 миллиметрам ртутного столба. Это соответствует разрежению атмосферы на высоте 2400 метров над уровнем моря, но такая степень гипоксии целиком покрывается компенсаторными возможностями здорового или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья человека. А вот для больного...

Конечно, экипаж любого самолета сделает все необходимое для спасения жизни человека. К тому же почти в каждой

бригаде бортпроводников есть люди, окончившие медицинские училища. Кроме того, все бортпроводники проходят специальную подготовку по оказанию медицинской помощи. На борту есть минимум необходимых лекарств, специальные аптечки. Но не лучше ли, чтобы не рисковать своим здоровьем, поехать поездом? Такая поездка для больного будет более спокойной. Это и большие станции, на которых человеку в случае необходимости будет быстро оказана медицинская помощь. Да и вынужденная остановка не так накладна. Например, посадив самолет вместо Якутска в Полярном, авиаторы, а они работают на хозрасчете, потеряли не просто 8 тонн топлива, а еще и солидные деньги — ведь в районах Крайнего Севера цена керосина возрастает до 100—150 рублей за тонну.

Пренебрегая предостережениями врачей, больные люди, отдавая предпочтение воздушному транспорту, порой очень рискуют. И риск этот не оправдан ничем. Я бы предложил в агентствах, возле касс по продаже авиационных билетов повесить памятку — напоминание о том, что людям, имеющим такие-то и такие-то заболевания, не рекомендуется пользоваться услугами воздушного транспорта, так как полет может ухудшить их состояние здоровья. Такие объявления должны быть вывешены на видных местах и в аэровокзалах.

Журналы регистрации обращающихся за медицинской помощью на здравпунктах аэропортов могут раскрыть немало горьких историй. С некоторыми из них меня познакомила дежурный врач здравпункта аэропорта Домодедово Валентина Ивановна Мирошниченко.

— В сутки у нас бывает до 120 человек, — рассказала она. — Только за последние двадцать дней работы через здравпункт госпитализировано 24 человека. А ведь все они зашли «буквально на минуточку»: попросить таблетку, измерить артериальное давление... Но оказались на больничной койке. Нетрудно себе представить, что могло произойти, поднимись они в воздух.

Вот пассажир прилетел из Хабаровска: кончился срок коман-



НОЙ

в самолете

дировки. Из Шереметьева, куда сел его самолет, для дальнейшего следования к месту жительства приехал в Домодедово на такси. Билет на руках. До регистрации еще час времени. Почувствовал недомогание. Зашел к нам. И... через двадцать минут был госпитализирован с желудочным кровотечением.

Еще пример. Молодая мама летела к родителям с шестимесячным ребенком. После осмотра в здравпункте малыша пришлось госпитализировать в инфекционную больницу. Диагноз: острое респираторное заболевание с астматическим компонентом.

Другая ситуация. Беременная Людмила М. тридцати двух лет летела домой в Магадан из отпуска. В дороге стало плохо. Срочно госпитализировали в больницу: к счастью, удалось спасти и мать, и ребенка.

Список этих примеров можно бы продолжить. Я попросил прокомментировать их заведующую терапевтическим отделением Центральной клинической больницы и поликлиники гражданской авиации Веронику Александровну Перминову:

— При любых нарушениях здоровья перед полетом посоветуйтесь с врачом. Терапевты районных поликлиник обязательно должны знать, с какими заболеваниями человеку лучше воспользоваться другим видом транспорта. В списке противопоказаний к транспортировке больных на рейсовых пассажирских самолетах гражданской авиации 26 пунктов. Инструкция, утвержденная Минздравом СССР в 1975 году, должна находиться во всех лечебных учреждениях. Нельзя лететь, например, больным в лихорадочном состоянии, с гипертоническим кризом, при остром нарушении сердечного ритма, в течение полугода после инфаркта и инсульта.

Конечно же, все зависит от конкретного заболевания. Некоторые люди в силу своей стеснительности не хотят привлекать внимание к себе даже тогда, когда им плохо. В этом случае лекарство, которое помогает, лучше иметь при себе. Для предупреждения развития воздушной болезни хорошо иметь в «кар-

манной» аптечке азрон (или дедалон). Но нужно помнить, что он противопоказан детям до 10 лет.

Как болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное средство при головной боли, радикулите, невралгиях помогут таблетки амидопирин с анальгином (при условии индивидуальной переносимости). Людям, склонным к вегетативным дисфункциям, неврозам, если во время полета появились боль в сердце, сердцебиение, тошнота и другие неприятные ощущения, облегчит состояние таблетка валидола. Надо держать ее под языком.

Страдающим гипертонической или же ишемической болезнью сердца, но решившим лететь на самолете, нужно иметь при себе папазол и другие средства, назначенные врачом для понижения артериального давления. Для снятия приступа стенокардии — нитроглицерин (если его рекомендует врач) и другие сердечные средства.

Нежелателен полет при обострении хронических заболеваний уха и носоглотки. Посоветуйтесь с врачом-отоларингологом о предупредительных мерах, если вам все же необходимо воспользоваться авиатранспортом.

Особый разговор о будущих мамах. Следовало бы узаконить выдачу акушерами-гинекологами женских консультаций беременным женщинам особого сертификата, в котором бы указывалось, что в ближайшие 48 часов родов не ожидается. Подобное правило в США действует более 30 лет.

Конечно же, никто не может заставить человека отказаться от полета, не продать ему билет в кассе. Но наш долг вооружить его точными знаниями, при каком состоянии здоровья ему это небезопасно. От этого выигрывают все: и пассажир, и Аэрофлот.

В. М. ЛАМЗУТОВ,
врач Центральной санэпидстанции
Медико-санитарного управления
Министерства гражданской авиации СССР

Фото И. АЛЕКСАНДРОВА



1. «Что такое «водянка глаза» и отчего она бывает?»

2. «Расскажите о методе лечения импотенции, предложенном французским врачом Р. Вирагом».

ПОЧТА
ОДНОГО ДНЯ

ГЛАУКОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Глаукома — хроническое заболевание глаз, сопровождающееся повышением внутриглазного давления. Наиболее часто оно наблюдается у людей зрелого или преклонного возраста. Но существует и разновидность глаукомы — гидрофтальм, или «водянка глаза», которая развивается во внутриутробном периоде или вскоре после рождения ребенка. Повышение внутриглазного давления в этом случае связано с нарушением оттока внутриглазной жидкости и скоплением ее в глазу из-за недоразвития или отсутствия основного отводного канала, закрытия путей оттока нерассосавшейся эмбриональной тканью и других изменений фильтрационной зоны глаз.

Причиной возникновения врожденной глаукомы могут

быть различные инфекционно-токсические воздействия на зародыш или плод в первые 2 месяца беременности (сифилис, туберкулез, токсоплазмоз, алкоголизм родителей, эндокринные расстройства, лучевые воздействия, медикаменты). Определенную роль играет и наследственность. Поэтому при наличии глаукомы или других заболеваний глаз у будущих родителей и их ближайших родственников необходимо своевременно получить медико-генетическую консультацию.

Сохранение зрения ребенка с врожденной глаукомой полностью зависит от раннего выявления заболевания и его своевременного лечения. Поэтому так важны контрольные осмотры новорожденного не только педиатром, но и детским офтальмологом.

Первые признаки заболевания — светобоязнь, слезотечение, тусклость роговицы — могут заметить и сами родители. Увеличение глазного яблока, голубоватый от-

тенок белочной оболочки — свидетельство того, что болезнь прогрессирует. И если не принять мер, ребенок может потерять зрение.

Детей с подозрением на врожденную глаукому необходимо не реже 1 раза в месяц показывать главному врачу.

Лечение врожденной глаукомы исключительно хирургическое, и отказываться от него ни в коем случае не следует. Медикаментозная терапия имеет лишь вспомогательное значение.

Операция проводится в первые месяцы жизни ребенка. После операции родители должны строго выполнять все назначения врача. Тогда зрение у ребенка будет улучшаться, а внутриглазное давление стабилизироваться.

ЛЕЧЕНИЕ ИМПОТЕНЦИИ

В статье Оливера Гилли «Новые методы лечения импотенции» из английской «Санди таймс», с которой познакомил наших читателей еженедельник «За рубежом» № 50 в декабре 1986 года, частично отражены современные взгляды на роль поражения сосудов, кровоснабжающих половые органы, в развитии импотенции. Речь идет о так называемой васкулогенной импотенции (vasa — кровеносный сосуд).

В ходе изучения этого заболевания была предпринята попытка применения с

ВАМ ОТВЕЧАЮТ

1.

Кандидат
медицинских наук
В. Л. СМОЛЯНИНОВА —
А. Пуховой,
Ленинград

2.

Доктор
медицинских наук
Г. С. КРОТОВСКИЙ —
Баруздину С. А.,
Московская область

лечебной целью различных сосудорасширяющих средств, в частности папаверина, вводимого в ткани полового члена. Данные об эффективности этой процедуры, которые приводятся в статье из «Санди таймс», явно преувеличены и скорее преследуют рекламные цели, поскольку ни качественно, ни количественно не соответствуют данным, опубликованным самим Рональдом Вирагом, известным своими работами в области хирургического лечения васкулогенной импотенции. Применяемый им метод из-за возможных осложнений, не упоминаемых в статье, но встречающихся довольно часто, не может быть широко рекомендован. Использовать его, по нашему мнению, целесообразно лишь для выявления поражений сосудов половых органов, иными словами, для уточнения диагноза.

В статье упоминается о «трудных случаях, требую-



3. «Какие заболевания дают право на первоочередное получение жилой площади?»

щих операции». Действительно, хирургическое лечение — наиболее эффективный метод восстановления потенции при поражениях артерий атеросклеротического, а также травматического происхождения.

Эта проблема успешно разрабатывается и в нашей стране отделом хирургии сосудов 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова совместно со Всесоюзным научно-методическим центром по вопросам сексопатологии.

Больные, направленные сексопатологом, обследуются ангиохирургом. При наличии показаний выполняется оперативное вмешательство с использованием микрохирургической техники, направленное на восстановление нормального кровоснабжения половых органов.

В соответствии с существующими правилами оказания консультативной помощи населению организован прием больных на базе отдела хирургии сосудов 1-го ММИ имени Сеченова по адресу: Москва, Коломенский проезд, дом 4, Консультативно-диагностический центр городской клинической больницы № 7, кабинет № 109, телефон для справок: 118-52-00. Иногородные больные принимаются только в том случае, если им по месту жительства не может быть оказана необходимая помощь. Порядок направления больного знает каждый врач-сексопатолог, к нему и следует обратиться прежде всего.

ПРАВО НА ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЖИЛЬЯ

Приказом Министерства здравоохранения СССР № 330 от 28 марта 1983 года в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 13 января 1983 года № 38 утвержден согласованный с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам и ВЦСПС список заболеваний, дающих лицам, страдающим этими заболеваниями, право на первоочередное получение жилой площади:

1. Активные формы туберкулеза всех органов и систем с выделением туберкулезной палочки.

2. Психические заболевания с хроническим течением, стойкой психотической симптоматикой с выраженными изменениями личности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилептическая болезнь, пресенильные и сенильные психозы).

3. Органические поражения центральной нервной системы со стойкими тяжелыми нарушениями функций конечностей и функций тазовых органов (последствия перенесенных тяжелых черепно-мозговых травм, травм позвоночника и спинного мозга, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, синдром миелита, детский церебральный паралич).

4. Проказа.

5. Каловые, мочевые и влагалищные свищи, стома мочевого пузыря, противоестественный анус.

6. Тяжелая форма бронхиальной астмы с частыми приступами, осложненная дыхательной недостаточностью II—III степени.

К этому списку приказом Министерства здравоохранения СССР от 26 декабря 1986 года по согласованию с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам и ВЦСПС утверждено следующее дополнение:

7. Гемофилия и болезнь Виллебранда.

8. Тяжелые формы наследственных прогрессирующих нервно-мышечных дистрофий.

Медицинское заключение о заболевании, дающем право на первоочередное получение жилой площади, выдается врачебно-консультационными комиссиями (ВКК) лечебно-профилактических учреждений по месту жительства или по месту работы больного.

При отсутствии такой комиссии в лечебно-профилактическом учреждении больному выдается медицинское заключение, подписанное лечащим врачом и главным врачом.

Медицинское заключение выдается больному по его заявлению, а в отношении больных, не достигших шестнадцатилетнего возраста и психически больных, признанных судом в установленном порядке недееспособными, по заявлению их родителей, опекунов или попечителей.

Коротко о Глазном

Слышала, что чем больше пить, тем больше будет грудного молока. Так ли это?

Это одно из самых распространенных заблуждений. Лактация мало зависит от того, сколько вы будете пить. Кормящей матери достаточно 1,5—2 литра жидкости в сутки (включая суп).

Влияет ли на слух прослушивание музыки в стереонаушниках?

Усиленное звучание музыки в наушниках, как и без них, отрицательно сказывается на органе слуха. Но, слушая даже тихую музыку, надо время от времени делать перерывы, чтобы дать отдых и ушам, и нервной системе.

Как уменьшить потливость ладоней?

Сделайте контрастную ванночку. Для этого попеременно (по 2—3 раза) опускайте кисти рук на 30—60 секунд то в очень холодную, то в горячую воду.

Затем вотрите в ладони раствор борной кислоты, столового уксуса и одеколона (по чайной ложке уксуса, одеколона и полчайной ложки борной кислоты на полстакана воды).

«ТОВАРИЩИ, ЭТО ЖЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ!»

Редакции отвечают директор Можайского городского завода стерилизованного молока В. П. Козлов и секретарь партбюро завода К. Г. Балина

«В статье «Товарищи, это же преступление!», опубликованной в журнале «Здоровье» № 8 за 1987 год, указан исключительный случай наличия остатков битого стекла в бутылке с можайским молоком, купленным А. Г. Шеварихиным из поселка Голицыно Московской области.

Как показала проверка, партия молока, в которой оказалась бутылка с остатками стекла, выработана бригадой № 2 в 1-ю смену 25 мая 1987 года. (Сменный мастер Рубцова И. А.,

инженер-механик Мелешук Б. В., оператор розливо-укупорочной машины Андросова М. А.).

Приказом по заводу № 110 от 7.08.87 г. указанным лицам за нарушение технологического процесса, низкую требовательность к подчиненным, ослабление контроля за работой технологического оборудования и качеством выработанного молока объявлен выговор, и они лишены материального вознаграждения по итогам работы за II квартал 1987 года на 100%.

Начальнику производственно-технологической лаборатории Дубиковой Л. Б., а также инженеру-химику Симочкиной М. В. за низкую требовательность к подчиненным и ослабление лабораторного контроля объявлен выговор и они лишены на 50% материального вознаграждения по итогам работы за II квартал 1987 года.

Начальнику производства Балиной К. Г., санитарному врачу Ильиной М. А. предложено усилить контроль за работой цеха по производству стерилизованного молока, строжайшим соблюдением производственной дисциплины и неукоснительным выполнением санитарных правил.

Статья «Товарищи, это же преступление!» обсуждена на оперативном совещании у директора завода в присутствии всех руководителей цехов, участков и служб основного и вспомогательного производства, где обращено особое внимание на недопустимость изложенного в статье факта не только при производстве стерилизованного молока, но и другой продукции, вырабатываемой заводом.

Статья также обсуждена в коллективах рабочих бригад №№ 1, 2, 3 в присутствии руководителей заво-

**К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
Л. В. ГРОМАШЕВСКОГО**



ВКЛАД В ПОБЕДУ НАД ЭПИДЕМИЯМИ

13 октября исполняется 100 лет со дня рождения Льва Васильевича Громашевского, выдающегося советского эпидемиолога, академика АМН СССР, Героя Социалистического Труда.

Весь жизненный путь коммуниста-ленинца — пример активной общественной, научной и практической деятельности, направленной на укрепление Советской власти и построение народного здравоохранения.

Будучи студентом медицинского факультета Новороссийского университета, Л. В. Громашевский активно включился в революционное движение, возглавляемое Российской социал-демократической рабочей партией большевиков, членом которой он стал в 1905 году. Л. В. Громашевского четыре раза арестовывали и дважды подвергали административной ссылке.

После второго ареста Л. В. Громашевского исключили из университета и в 1910 году приговорили к ссылке на три года в Архангельскую губернию. По его просьбе ссылка была заменена работой по ликвидации вспышки ле-

гочной чумы в Харбине, что было значительно тяжелее, чем пребывание в ссылке. Экспедицию по борьбе с чумой возглавлял выдающийся отечественный ученый Д. К. Заболотный. Встреча с ним и решила дальнейшую судьбу Л. В. Громашевского. В этой экспедиции Лев Васильевич проявил себя бесстрашным человеком и талантливым медиком. После ликвидации чумы в Маньчжурии ему было разрешено сдать государственные экзамены за курс медицинского факультета. В 1912 году Л. В. Громашевский получил диплом врача с отличием.

После победы Великой Октябрьской социалистической революции Совет Народных Комиссаров постановил 11 июля 1918 года учредить Народный комиссариат здравоохранения. Учитывая важность борьбы с распространенными в стране инфекционными заболеваниями, был создан санитарно-эпидемиологический отдел. Первые декреты Советского правительства по здравоохранению были направлены именно на борьбу с эпидемиями: «О мерах по сыпному тифу», «О мерах борьбы с эпидемия-

да, где были намечены конкретные меры по исключению подобных случаев в будущем.

Директор завода
Козлов В. П.».

«12 августа 1987 года партийное бюро завода обсудило опубликованную в журнале «Здоровье» статью «Товарищи, это же преступление!» о факте попадания осколков стекла в бутылку с можайским молоком.

На бюро были заслушаны коммунисты Голова Л. М. — старший мастер линии стерилизации, Мелешук Б. В. — инженер-механик цеха, Козлов В. П. — директор завода, Лапин Е. М. — главный инженер завода, рассказавшие о принятых ими мерах по исключению подобных случаев при производстве не только стерилизованного молока, но и другой продукции, выпускаемой заводом.

Партийное бюро обязало руководителей завода коммунистов директора Козлова В. П. и главного инженера Лапина Е. М. принять необходимые меры по укомплектованию и повышению квалификации кадров для работы на ответственных операциях при

производстве стерилизованного молока.

Предложено администрации завода рассмотреть вопрос о первоочередном переводе работников ведущих операций на новые условия оплаты труда.

Учитывая то, что коммунистам Дубиковой Л. Б., Головой Л. М., Мелешук Б. В. приказом директора завода № 110 от 7.08.87 г. объявлены выговоры и они лишены материального вознаграждения по итогам работы за II квартал 1987 года, партийное бюро сочло возможным ограничиться обсуждением и указало коммунистам Дубиковой Л. Б., Головой Л. М., Мелешук Б. В. на недостаточный контроль за работой подчиненных им служб.

Партийное бюро постановило заслушать начальника производственно-технологической лаборатории Дубикову Л. Б., старшего мастера линии стерилизации Голову Л. М. о проведенной ими работе по выполнению решения данного партийного бюро в январе 1988 года и предупредило их о персональной ответственности за работу руководимых ими участков.

Секретарь партбюро
Балина К. Г.».

ми», «Об обязательном оспопрививании». С первых дней установления Советской власти Л. В. Громашевский активно включился в эту борьбу как комиссар народного просвещения и здравоохранения Западной области (ныне Белорусская ССР), а затем как директор Одесской городской дезинфекционной станции. Опыт ее деятельности под руководством Л. В. Громашевского лег в основу современной отечественной системы противозидемического обеспечения населения. Лев Васильевич на практике убедился в необходимости подготовки в медицинских институтах врачей-эпидемиологов, а также разработки актуальных проблем борьбы с инфекционными болезнями. Поэтому он активно участвовал в создании, а потом возглавлял кафедры эпидемиологии в Одессе, Москве, Киеве.

В Москве Л. В. Громашевский организовал Центральный институт эпидемиологии и микробиологии Наркомздрава РСФСР и стал его директором, а затем возглавил Институт инфекционных болезней АМН СССР в Киеве.

Во время Великой Отечественной войны Л. В. Громашевский — главный эпидемиолог Закавказского фронта.

В его многочисленных статьях и монографиях представлена стройная теория возникновения и течения вспышек инфекционных заболеваний. Высказанное им положение о том, что механизму передачи инфекции принадлежит важнейшая роль в распространении инфекционных болезней, сохраняет свое значение до настоящего времени. Незыблемым остается тезис о ликвидации или обезвреживании источника инфекции как одном из противозидемических мероприятий. Своими трудами Л. В. Громашевский обосновал учение об эпидемическом процессе — основную составную часть теории эпидемиологии.

Труды Льва Васильевича Громашевского, бескомпромиссного, принципиального ученого, сыграли большую роль в победе над многими болезнями, которые еще семьдесят лет тому назад считались неодолимыми.

В. П. МАШИЛОВ,
профессор

— Хотели бы вы, чтобы дети пошли по вашим стопам?

— Не знаю. Меня 15 лет фактически не было дома. И я мало влиял на детей в этом плане...

— Не жалеете об этом?

— Как ни странно — нет. Думаю, ничего хорошего не получилось бы и в том случае, если бы я заставлял сына с детства работать с клюшкой, готовя его к карьере хоккеиста. У него характер другой. Нет у него, что называется, спортивной косточки. Я имею в виду, конечно, большой спорт. Дочка к игре ближе, она более эмоциональная, есть в ней игровая настырность.

Но главное — не заставлять ребенка делать то, что хочется тебе, а не ему. Большой цели по принуждению достичь нельзя. Хочу только, чтобы дети мои верили: какую бы профессию они ни избрали, физкультура и спорт помогут им и полнее раскрыться, и большего добиться. А еще хочу, чтобы мои дети выросли культурными людьми, порядочными, уважали бы старших...

— В редакционной почте встречаются письма, в которых некоторые родители спрашивают: «Можно ли выучить ребенка на хоккейного вратаря и с чего начинать ребенку занятия дома?» Да и сами мальчишки нередко интересуются: как стать Третьяком? Дайте совет: с чего начать...

— Во-первых, надо любить хоккей. Без любви ничего не получится.

Во-вторых, надо готовить себя к работе. Помогайте дома по хозяйству: мойте посуду, подметайте пол, ходите в магазин. Занимайтесь, одним словом, полезным трудом.

В-третьих, участвуйте во всех спортивных соревнованиях и мероприятиях в школе. Не смущайтесь, если не все сразу будет получаться. Будьте настойчивы. Хоккеисту, особенно вратарю, нужна разносторонняя физическая подготовка.

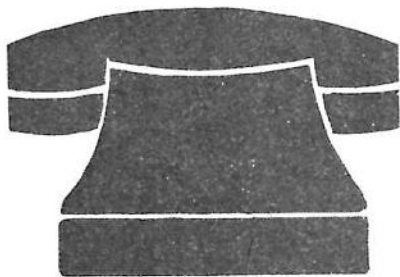
В-четвертых, запишитесь в секцию, если есть такая возможность, чтобы начать тренировки под руководством опытного тренера или спортсмена-разрядника.

В-пятых, не пропускайте ни одной тренировки. Сделайте это для себя законом. Потому что пропуск трудно компенсировать даже самой напряженной последующей работой. За 21 год я не пропустил ни одной тренировки. Приходил даже больной. Естественно, меня освобождали. Но не прийти к себе не позволял.

И помните: никакой талант не поможет добиться успеха, если вы не научитесь трудиться. И в спорте и в жизни!

— И последний вопрос: о чем вы мечтаете?

— Мечтаю о всесоюзной школе вратарей, мечтаю свой вратарский опыт передать молодым...



251-94-49

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

СПРАВОЧНОЕ
БЮРО

Здоровья

ДЛЯ
РОДИТЕЛЕЙ

Мамина помощница

Фото А. БУРЬБО,
Белгород



Двухъярусная кровать



«Отец смастерил сам такую кровать для наших сыновей — пятилетнего и одиннадцатилетнего. Она удобна, но не вредно ли детям спать на ней?»

Специалисты дают по этому поводу такой совет: ребенку дошкольного возраста разрешается спать только на нижнем ярусе; ваш старший сын может спать на втором ярусе, но учтите, что верхний ярус должен обязательно иметь достаточно высокий защитный бортик, чтобы ребенок не мог упасть, повернувшись во сне.

*Можно четырех-
летней девочке
кататься
на велосипеде?*



Конечно, можно. И девочке, и мальчику полезны физические нагрузки. Но обязательно отрегулируйте высоту руля, чтобы ребенку не приходилось сидеть на велосипеде согнувшись. Кататься можно в течение 20—30 минут, а затем побегать, поиграть в мяч или другие подвижные игры.

Опасно, когда увеличивается родимое пятно?

Нет, это явление естественное. Родимые пятна, или невусы, увеличиваются по мере роста ребенка, достигая максимального размера к 10—12 годам. Обычно они светло-коричневого цвета, но могут быть и более темными, гладкими или слегка шероховатыми. Как правило, родимые пятна не представля-

ют опасности для здоровья, риск их перерождения в злокачественную опухоль может возникнуть лишь в том случае, когда пигментное пятно постоянно травмируется, например, на шее, изогнув в день третью воротником. Такие изъязвляющиеся невусы с профилактической целью удаляют.

*То желтый,
то коричневый,
то зеленый...*

Речь идет о стуле двухмесячного ребенка. Правильно, что молодая мама так наблюдательна. Но если стул без слизи — не пенистый, не водянистый (в этом случае вокруг испражнений на пеленке расплывается влажное пятно), не слишком частый (не чаще 4—6 раз в сутки), то по поводу изменений его цвета не стоит беспокоиться. Окраска стула зависит от пигментов желчи: один из них придает фекальной массе зеленый оттенок, другой — коричневый. Имеет значение и питание. Зеленоватым может быть стул от яблочного сока, красноватым — от свекольного.

При вскармливании грудным молоком стул ребенка обычно бывает светло-желтым, имеет кислый запах и кашицеобразную консистенцию.

В чем причина болезни Дауна?

Это заболевание относится к числу так называемых хромосомных болезней, связанных с изменением числа или структуры хромосом. Такие аномалии возникают внутриутробно, и в каждом отдельном случае трудно установить, ка-

кие именно причины способствовали изменению хромосомного набора плода. Замечено, однако, что вероятность рождения ребенка с болезнью Дауна больше у матерей, возраст которых превышает 35 лет.



Годовалый индивидуалист

Не огорчайтесь тем, что ваш малыш, оказавшись рядом с другими детьми, не вступает с ними в контакт. Как правило, до двух с половиной — трех лет дети не умеют играть вместе.

Что предпочесть?

В семье идет дискуссия: что полезнее для годовалого ребенка — мясная фрикаделька или протертая печенка? Полезно и то, и другое. Особых преимуществ перед мясом печенка не имеет.



Все хорошо в меру!

Если творог полезен, почему же на молочной кухне не дают ребенку больше 50 граммов? Такой вопрос задали несколько матерей.

Потому, разъясняют диетологи, что грудному ребенку вреден не только недостаток, но и избыток белков. При их избыточном поступлении затрудняется течение обменных процессов, увеличивается



нагрузка на почки, поскольку конечные продукты обмена выделяются с мочой.

Творог надо давать с 4 месяцев, сначала по чайной ложке, к 6—7 месяцам — до 40 граммов, к году — 50.

Крахмальные ванны

У детей, страдающих экссудативным диатезом, они облегчают зуд, уменьшают воспаление кожи. Картофельный крахмал берется для ванны из расчета 100 граммов на ведро воды. Его разводят в холодной воде и добавляют в воду, температура которой 37—38°. Продолжительность ванны — 7—10 минут. Курс — 10—12 ванн через день или ежедневно. Крахмальные ванны относятся к лечебным процедурам, поэтому делают их по рекомендации врача.

Л. Я. ИВАЩЕНКО,
кандидат
биологических наук

ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ПОЛНЫХ

Каждый, у кого есть лишние килограммы, начинает заниматься физическими упражнениями прежде всего для того, чтобы похудеть. Но при этом у большинства таких людей очень низкий уровень физического состояния, функциональные возможности организма невелики, нередко наблюдается повышенное артериальное давление, остеохондроз. Поэтому напряженные физические тренировки, во время которых «сгорали» бы жировые отложения, им не под силу. А чтобы похудеть, нужно расходовать намного больше того количества энергии, которое образуется в организме за счет сгорания потребляемой пищи. Если масса тела превышает норму на 15—20%, ежедневный расход энергии должен быть больше прихода минимум на 300 килокалорий, если на 30%, то на 500 килокалорий, а вот когда масса тела больше нормы на 50%, то уже на 1000 килокалорий.

Если же приход энергии (за счет сгорания пищи) будет равен расходу, то масса тела останется прежней.

Чаще всего, пытаясь похудеть, полные люди начинают ограничивать себя в еде, а если это им не удастся, то прекращают соблюдать диету и начинают больше двигаться. Но желаемого результата не достигают.

Ведь чтобы создать дефицит в 900—1000 килокалорий только за счет, например, физических упражнений, нужно в течение полутора часов бегать трусцой или плавать 3 часа со скоростью 20 метров в минуту. Такие нагрузки даже человеку тренированному с нормальной массой тела не всегда доступны. Для полного же они просто непосильны.

Поэтому чтобы похудеть, надо не только повысить свою двигательную активность, но и следить за калорийностью своего питания и по возможности ее ограничивать.

Подсчет «съеденных» калорий обычно не представляет труда. Таблицы калорийности различных блюд и продуктов публикуются во многих изданиях, в частности и в журнале «Здоровье». Существуют и специаль-

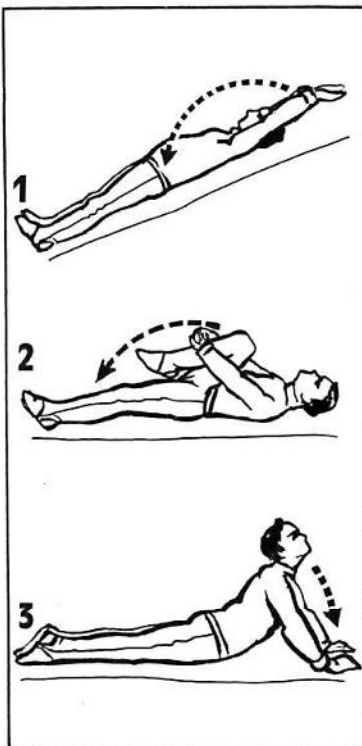
ные счетчики. А вот о том, как рассчитать их расход, знают далеко не все.

Чтобы это сделать, нужно, во-первых, приблизительно определить, сколько энергии расходуется на работу внутренних органов, то есть основной обмен. Известно, что он составляет около 1 килокалории на 1 килограмм веса в один час. Далее определите количество энергии, затрачиваемой на производственную деятельность. Напомню, что по энерготратам все профессии делятся на 5 групп.

1-я группа: люди умственного труда. У мужчин энерготраты равны 2550—2800 ккал, у женщин 2200—2400 ккал.

2-я группа: люди легкого физического труда (связисты, швейники). У мужчин энерготраты равны 2700—3000 ккал, у женщин 2350—2550 ккал.

3-я группа: работники физического труда средней тяжести (слесари, шоферы). У мужчин энерготраты равны 2950—3200 ккал, у женщин 2500—2700 ккал.



1. И. п.— лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять руки вверх, потянуться— вдох (рисунок 1), опустить— выдох.

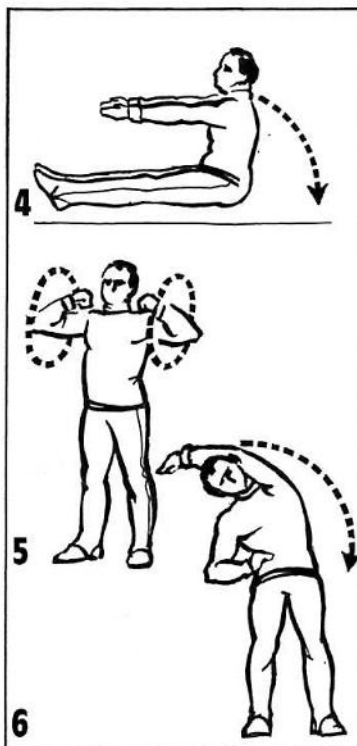
2. И. п.— то же. Сгибание и разгибание ног, вращения в голеностопных суставах.

3. И. п.— лежа на спине, руки согнуты в локтях. Сжимать и разжимать пальцы, разжимая— разводить пальцы в стороны.

4. И. п.— лежа на спине, руки согнуты в локтях, пальцы сжаты в кулак. Вращения в лучезапястных суставах.

5. И. п.— лежа на спине, руки вдоль туловища. Ответить руки в стороны (или поднять вверх)— вдох, согнуть колено, подтянув его к груди,— выдох (рисунок 2). То же обеими ногами.

6. И. п.— лежа на животе, ладонями опереться о кровать. Поднять голову, про-



гнуть— вдох (рисунок 3), опустив ее, вернуться в и. п.— выдох.

7. И. п.— лежа на спине, руки вдоль туловища. Переход из положения лежа в положение сидя (рисунок 4).

8. И. п.— сидя или стоя, руки у плеч. Вращения в плечевых суставах (рисунок 5).

9. И. п.— сидя или стоя, руки на поясе. Наклон вправо, левую руку поднять вверх, завести ее за голову— вдох (рисунок 6), вернуться в и. п.— выдох.

10. И. п.— стоя. Приседания. Вначале можно вставать и садиться на стул, потом выполнять обычные приседания, опираясь на сиденье (рисунок 7) или спинку стула, потом— без опоры.

11. И. п.— стоя у опоры (стены, спинки стула, стола) правым боком и держась за нее, махи расслабленной

4-я группа: работники физического труда со значительными физическими усилиями (строители, сельскохозяйственные рабочие). У мужчин энерготраты равны 3450—3700 ккал, у женщин 2900—3150 ккал.

5-я группа: работники немеханизированного труда (грузчики, каменщики). Их энерготраты — 3900—4300 ккал.

А вот у пенсионеров-мужчин энерготраты равны 2000—2300, у женщин 1900—2100.

Калории, которые вы затрачиваете в процессе занятий физической культурой (всеми видами, кроме плавания), можно подсчитать по такой формуле:

$$\frac{0,2 \times \text{ЧСС} - 11,3}{2} = \text{ккал/мин.}$$

ЧСС — это частота сердечных сокращений (пульса) во время занятий. Полученная величина — энерготраты за 1 минуту занятий данной интенсивности. Например, если во время быстрой ходьбы ваш пульс равнялся 100 ударам в минуту, то за одну минуту вы тратите:

$$\frac{0,2 \times 100 - 11,3}{2} = 4,35 \text{ ккал/мин.}$$

А если вы занимаетесь ходьбой в течение часа, то вы потратили $4,35 \cdot 60 = 261$ ккал.

Заниматься физическими упражнениями полные люди должны не реже 5 раз в неделю, лучше ежедневно. Продолжительность одного занятия не менее 60 минут. В них нужно включать ходьбу, плавание, медленный бег, греблю, то есть упражнения, которые активизируют жировой обмен, оказывают общее стимулирующее воздействие на организм. Избавиться от жировых отложений на шее, спине,

животе и бедрах помогут гимнастические упражнения. Очень полезны наклоны, повороты, попеременные движения ногами в воде, прыжки и выпрыгивания из воды. При этом энерготраты резко возрастают, в то время как нагрузка на сердечно-сосудистую систему, позвоночник и суставы небольшая. Обычная гимнастика и гимнастика в воде препятствуют и обвисанию кожи, опущению внутренних органов, что нередко происходит, когда человек худеет.

Не стремитесь как можно быстрее расстаться с лишними килограммами. Запаситесь терпением. Чтобы похудеть, укрепить свое здоровье и повысить физические возможности, необходимо время — год, а иногда и годы настойчивых занятий. Избавившись от лишних килограммов, ни в коем случае не бросайте заниматься физкультурой. Иначе масса тела не только восстановится, но может и увеличиться.

В заключение предлагаем комплекс упражнений для людей старше 50 лет с избыточной массой тела и повышенным артериальным давлением, в первые приступающим к занятиям.

Прежде всего научитесь, выполняя упражнения, правильно сочетать их с дыханием. Для этого обязательно сразу делать все упражнения комплекса. Вначале его можно разбить на 2—3 части.

Каждое упражнение выполняйте по 10—12 раз. Со временем улучшится работа сердца и сосудов, подвижность суставов, повысится тонус мышц, активизируются обменные процессы. Первые 7 упражнений можно выполнять в постели, сразу после сна.

левой ногой вперед и назад (рисунок 8). То же другой ногой.

12. И. п. — стоя, руки на поясе. Руки вверх, голову назад, прогнуться — вдох, наклониться вперед, достать пальцами рук носки ног или пол — выдох (рисунок 9).

13. Ходьба, высоко поднимая колени, стремясь коленом коснуться живота (груды).

14. Ходьба со сменой положения рук (на шаг одна рука — вверх, другая — вниз, на второй шаг — наоборот).

15. Ходьба с подниманием рук (на 2 шага поднять руки вверх — вдох (рисунок 10), на 3 шага руки опустить — выдох).

В первые дни занятий темп выполнения упражнений медленный, затем средний.

Киев



Грибная удача

В. А. БОЧАРНИКОВ

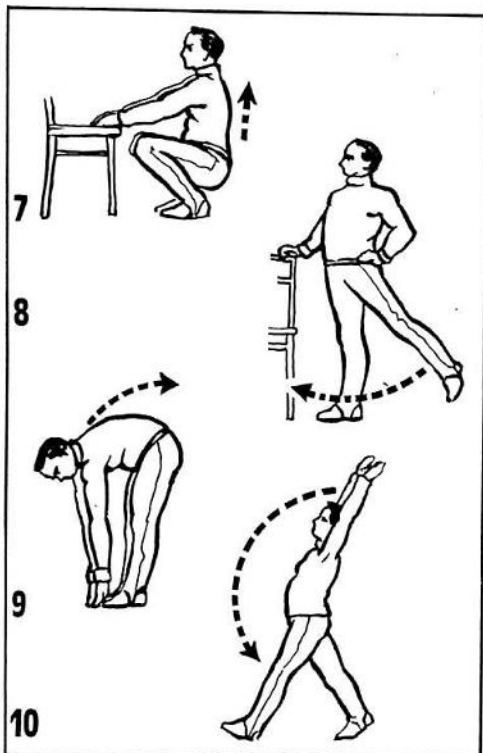
Боровики, грузди, подосиновники, рыжики, маслята, сыроежки... Как густо и заманчиво пропах грибным духом лес! Ходишь-бродишь, и никакой усталости.

Отыскать грибок — это не только положить его в корзинку, а еще положить прямо в сердце пусть маленькую, но теплую радость.

...Хвойный лес. Старая дорога, заросшая травой и кустами. И вот тут-то в молодом ельнике и поджидала меня удача. Без прицела и напряжения, а сразу и как-то неожиданно открыто увиделся боровик — вот он я! Молодец молодцом: коричневая шляпка, на ней, еще влажной, серо-рыжие стрелочки хвоянок и почти поперек положена зеленая ниточка травы. Засек я его, но старое правило: срезать не спешу, оглядываюсь, налюбовавшись досыта. А где же дружки? Должны, да, должны они быть тут! И точно: в еловой густели, не продравшись туда, еще один приземистый боровик. Бочком, бочком, царапая щеку и шею, подбираюсь, протянул руку, чуть тронул ножиком землю, освобождая корешок, а хвойная подстилка прорвалась, и я увидел лежащий, как малец в постельке, грибок, белый корешок, белый чепец. Ох, потревожил сон...

Странное дело: ноша тяжелеет, корзина оттягивает руку, уже на локтевом сгибе отпечатались красные рубцы, а тебе весело, ничего не замечаешь. ...Так всегда в грибную пору.

Кострома



РАЗГОВОР О РАЗГОВОРЕ

ЗАНЯТИЕ ТРЕТЬЕ

Наши взаимоотношения во многом зависят от того, как мы говорим друг с другом. Слушаем ли собеседника, стараемся понять и принять его точку зрения, или стремимся во что бы то ни стало высказать свою, настойчиво привлекая внимание словами: «Повторяю», «Запомните»? Перебиваем ли мы другого или умеем терпеливо ждать, когда он закончит свою мысль? Замираем, когда собеседник перебивает, или, не прекращая говорить, повышаем голос, переходим на скороговорку, продолжаем твердить свое, хотя нас уже никто не слышит?

Перебивать или повышать голос, если тебя перебивают, значит, приближать конфликт. К этому нередко толкает непоколебимая уверенность в том, что именно твоя мысль важнее, значительнее.



Рисунок В. МОХОВА

Экое заблуждение... Рассказывают, один великий ученый — будто бы даже Эйнштейн — что-то записывал в маленький блокнот. На вопрос любопытного он ответил, что записывает свои мысли.

— А почему такой маленький блокнот?

— Потому что хорошие мысли редко приходят в голову, — усмехнувшись, ответил ученый.

Вот так! А мы подчас из кожи лезем вон, чтобы прокричать свою рядовую мысль.

Во время дискуссии на эту тему, которая проходила в клубе «Маленький принц», одна девушка возразила: «Ну как же не перебивать, ведь забудешь, что хотела сказать...»

Посыпались предложения и замечания:

— Если забудешь, значит мысль не такая уж важная...

— Нужно, чтобы под рукой был лист бумаги для записи ускользающих мыслей...

— Если хочется перебить, значит, тобой владеет эмоция. А она не позволит мысли уйти...

Обсуждение помогло уяснить, что не перебивать — это не так сложно, как кажется сначала.

Кроме того, собеседнику важно, чтобы его не только слушали, но и слышали. Уметь слушать другого, а не вдавливать свою мысль, даже если она хороша, в этом, пожалуй, один из важных секретов общения. Очень много значит заинтересованный взгляд, выражающий согласие, кивок, улыбка... Можно даже перебить собеседника, но при этом уточнить: «Правильно ли я все понял?», «Вы хотите сказать, что...»

— А если он не останавливается? — возразила одна из участниц спора.

— Человек не может говорить бесконечно. Дождитесь паузы, — посоветовал я.

Теперь представим такую ситуацию. Вы входите в комнату, и двое находящихся в ней людей сразу замолкают. О чем вы подумаете? «Помешал», «Не доверяют», «Говорят обо мне»... Это вызывает неприятные эмоции и может стать причиной конфликта.

Возьмите себе за правило при виде входящего человека не только не прерывать разговор, но по мере возможности ввести входящего в курс дела. Скажите, например: «Мы говорим о...», «А что ты думаешь по этому поводу?»

Обида, а порой и конфликты возникают нередко из-за того, что, цитируя в разговоре мысль другого, не ссылаются на него. Допустим, кто-то высказал толковое предложение, а другой повторил его на совещании, «забыв» сослаться на товарища. Это почти наверняка вызовет протест или заставит человека затаить обиду. И наоборот, если человек высказал интересную мысль, дельное предложение, удачно пошутил, а вы повторили его слова со ссылкой на автора, это будет способствовать установлению доверительных, теплых отношений.

А бывает и так...

Захожу однажды в ДЭЗ за справкой. Две девушки с увлечением разговаривают. Ясно ощущаю: меня заметили. Но разговор завершить не спешат. Жду минуту, другую... Наконец прорываюсь в небольшую паузу:

— Здравствуйте! Не мог бы я...

— Подождите, — слышится в ответ. — Вы же видите, мы разговариваем.

Да, вижу. Но заметил я и знаки неприятия, которые они мне продемонстрировали, показав, что свои дела они считают гораздо более важными.

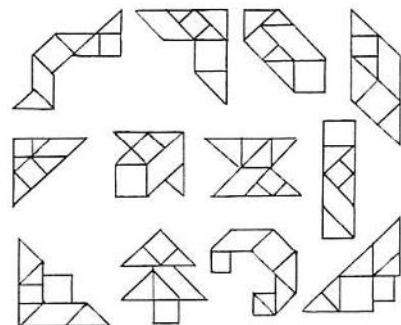
Я испытал гнетущее чувство от этой встречи. И только навыки правильного реагирования на конфликтогены удержали меня от агрессивных выпадов. А что стоило девушкам улыбнуться и сказать:

— Если не возражаете, мы сейчас закончим разговор. И через несколько минут займемся вашим делом...

Знаки притяжения, желания общаться по делу и не по делу очень важны для добрых взаимоотношений.

А. П. ЕГИДЕС,
кандидат психологических наук

**ОТВЕТЫ
НА ГОЛОВОЛОМКУ
«ТАНГРАМ»,
ОПУБЛИКОВАННУЮ
В № 8 «ЗДОРОВЬЯ».**



Молоденькая секретарша Оля Миськина, плотно перекусив в буфете тремя булочками с повидлом, пирожным «эклер» и запив это черным кофе, посмотрелась в зеркало. Щеки румянились, как поджаренные пампушки в масле, бока округлились так, что о талии даже догадываться не приходилось. Оленька тяжело вздохнула и подумала, что пора худеть. Она подошла к машинистке Элеоноре, увлеченно жуящей шоколад «Восторг» вместе с кусочком торта «Птичье молоко». Элеонора уже второй месяц голодала.

— Угощайся, Оленька, торт «Птичье молоко», меня Инна Эдуардовна угостила. Я, правда, на диете, но перед «Птичьим молоком» разве устоишь?..

— Я вот тоже похудеть хочу, давай начнем худеть вместе, — сказала Оля, набив полный рот тортом. — А то смотри: талия моя расплывается.

— Да, я вот уже второй месяц худею, сижу на травах и овощах и все никак лишки не сброшу. Не помогают все эти методы. Только на бумаге хорошо, а на практике чепуха. Надо в бассейн ходить — сразу похудеешь. Давай пойдем завтра, у меня два абонемена есть.

— С удовольствием... — прошамкала полным ртом Оля, — но я уже записана в группу аэробики и тенниса. Вот только времени нет.

Они решили начать голодать по-научному.

Вечером Оля пошла не на теннисный корт, а на день рождения к подруге Кате. Там пришлось съесть кролика в сметане, блины и салат с креветками. Потом торт со сливками. Как откажешься от такого!

Домой пришла поздно. С сожалением посмотрела в зеркало. И, широко зевнув, решила твердо: «С завтрашнего дня начну худеть».

Утром она второпях, спеша на работу, проглотила две полуфабрикатные котлеты, антрекот и чай с зефиром. И уж потом вспомнила о диете. Всплеснула руками и съела морковь.

На работе они вместе с Элеонорой и Инной Эдуардовной не ходили в столовую и демонстративно грызли морковь через каждые два часа, как учил расхожая инструкция «голодания».

Когда Оленьку послали в трест отнести бумаги, она по пути, оглянувшись по сторонам, заскочила в пирожковую и быстренько съела там два пончика, залив их сметаной. Диета пошла веселее. Когда верну-

ХУДЕТЬ?

Василий ТРЕСКОВ

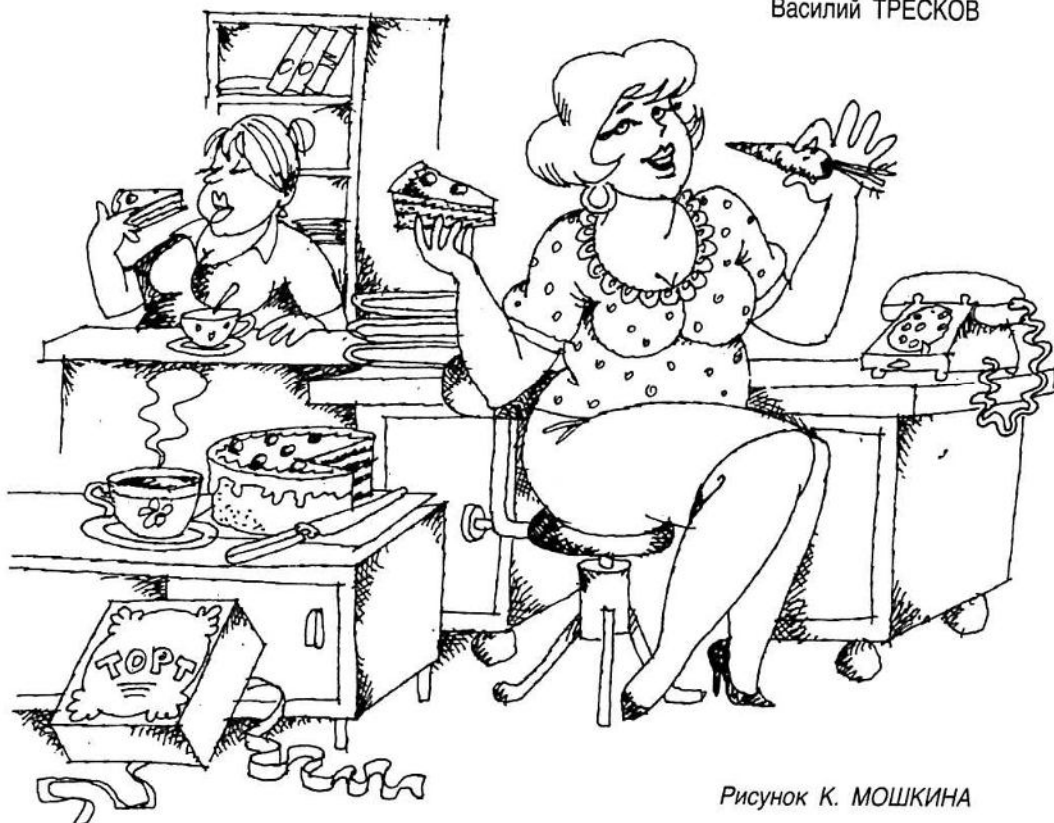


Рисунок К. МОШКИНА

С ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ...

лась на работу, Инна Эдуардовна и Элеонора что-то суетливо дожевывали. Увидев Оленьку, быстро извлекли морковь из ящика стола. Не глядя друг другу в глаза, усердно захрустели морковкой. В бассейн решили на этой неделе не ходить: по радио обещали похолодание.

Через неделю по телевизору запускали новый многосерийный детектив на весь месяц. Так что не до бассейна. Аэробику тоже по техническим причинам пришлось отложить, ее показывали по 4-й программе, а детектив — по 1-й.

Прошел месяц интенсивного «морков-

ного голодания». Оля прибавила еще три кило.

— Неправильно составлены эти диеты, — жаловалась она Инне Эдуардовне, которая угощала ее земляничным вареньем.

— Вот мне принесли перевод с древнеяпонского... Надо целую неделю ничего не брать в рот, а только заниматься массажем, — сказала Инна Эдуардовна, — давай попробуем...

— С удовольствием, — сказала Оленька, густо намазывая на сдобную булочку варенье...



Не выезжайте
на дорогу!

Фото И. ЯКОВЛЕВА

ОЖОГ МАСЛОМ. ЧТО ДЕЛАТЬ?

Если кипящее масло брызнуло со сковороды и попало на кожу, сразу же подставьте обожженную руку, ногу под струю холодной воды на 10—15 минут или прикладывайте к обожженному участку кожи холодные примочки, лед из холодильника, даже замороженное мясо (предварительно завернув мясо и лед в чистый целлофановый пакет).

Потом просушите место ожога чистой

тканью — бинтом, полотенцем, лучше ватным, а не мохровым и не ватой. Если на коже остались остатки масла, снимите его ватным тампоном, смоченным мыльным раствором.

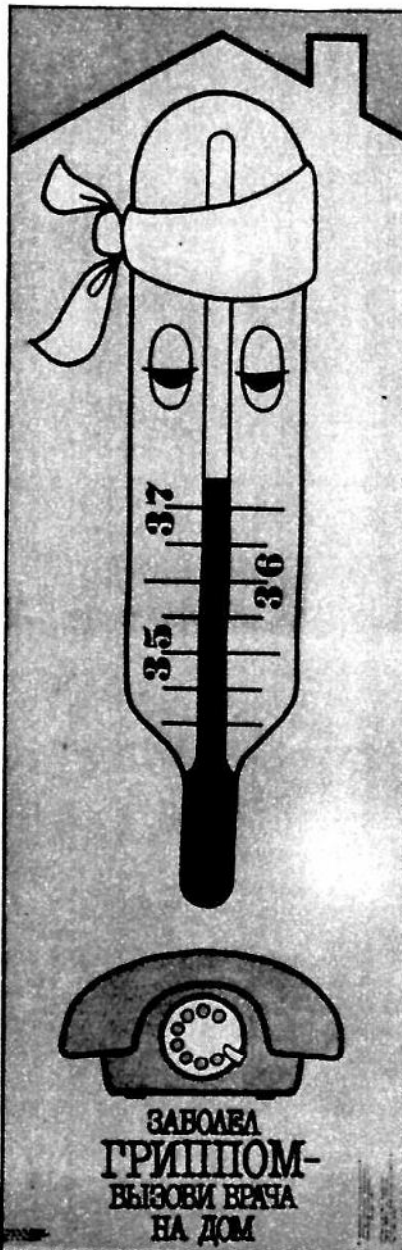
В тех случаях, когда ожог небольшой, кожа только покраснела и на ней появились небольшие пузырьки, повязку можно не накладывать. Достаточно несколько раз в день обрабатывать обожженную кожу специальными аэрозолями типа «Левиан», «Винизоль», «Оксициклозоль», «Пантенол», которые предназначены специально для лечения поверхностных ожогов и продаются в аптеке без рецепта врача.

Если на коже после ожога маслом образовались большие пузыри, наполненные

серозной или геморрагической жидкостью, наложите сухую стерильную салфетку, свободно закрепите ее несколькими турами бинта. И немедленно обратитесь в травматологический пункт либо к хирургу поликлиники по месту жительства! При ожогах век и глаз надо тут же показаться офтальмологу.

Чтобы предотвратить ожог кипящим маслом, положите сначала на сковородку немного поваренной соли. Не следует загромождать кухню, особенно у печи или у плиты, всегда надо иметь под рукой прихватки и подставки под горячие кастрюли, сковородки, казаны.

С. Д. ХОЛОДНЫЙ,
врач



КАК ПРЕДОТ- ВРАТИТЬ ВРАСТАНИЕ НОГТЯ

Оказывается, очень просто. Не носить тесной обуви с узким носком, чулок и носков, не соответствующих размеру ноги, своевременно, а главное, правильно стричь ногти. Правильно — значит ровно, не срезая уголков ногтевой пластины, так, чтобы край подрезанного ногтя выступал за ногтевой валик. В противном случае ноготь одним, а иногда двумя краями начинает давить на ногтевой валик, врезается в кожу, что приводит к воспалению окружающих тканей. Палец (как правило, это большой палец стопы) отекает, травмированная ткань разрастается. В особо тяжелых случаях образуются язвы, что нередко влечет за собой воспаление всей стопы.

У пожилых людей к врастанию ногтя может привести появление «косточек», поскольку при этом большой палец сильно искривляется, как бы прижимается к остальным, и постоянно травмируется. Чтобы этого не произошло, надо носить ортопедическую обувь, в которой стопа будет занимать правильное положение.

И еще вот о чем хотелось бы предупредить: если появились отек, болезненность, покраснение около ногтя, немедленно обратитесь к хирургу. Надеяться на то, что ноготь «выпрямится» сам, применять по своему усмотрению компрессы и примочки бесполезно и небезопасно.

И. А. КИРДЯНОВ,
врач

ЕСЛИ ВЫПАДАЮТ ВОЛОСЫ...

Для укрепления и роста волос воспользуйтесь следующим рецептом. Возьмите поровну подорожник, шалфей, крапиву, душицу. Столовую ложку смеси залейте стаканом кипятка, настаивайте час, процедите. В настой добавьте мякоть черного хлеба до получения кашицы. Теплую смесь вотрите в кожу головы, завяжите ее полиэтиленовым пакетом, затем платком и держите два часа. Вымойте волосы теплой водой без мыла и высушите на воздухе.

А вот еще один рецепт.

Стакан смеси коры дуба и шелухи репчатого лука (поровну) залейте литром кипятка, подержите на небольшом огне час, остудите, процедите и полученным настоем смочите волосы. Далее поступайте, как и в предыдущем рецепте.

С. Н. АБРАМОВ,
кандидат медицинских наук

Автор темы
плаката
Э. А. Пурина

Художник
К. В. Гераймович

Редактор
З. А. Мареева

А. Е. ДЕВИС,
врач

СОВЕТЫ ДАЮТ СПЕЦИАЛИСТЫ
ЦНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ
имени Н. Н. ПРИОРОВА

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Среди всех видов повреждений конечностей доля их травматических ампутаций относительно невелика — около 1%. Но последствия этой травмы поистине катастрофичны: пострадавшие становятся инвалидами, причем в наиболее цветущем, трудоспособном возрасте. Большинство тех, у кого оторвало палец, кисть, предплечье, стопу, люди в возрасте 20—50 лет. А получают они увечье, как правило, из-за нарушения техники безопасности на производстве или работая в нетрезвом состоянии рядом с движущимися механизмами или режущим инструментом.

В последние годы благодаря появлению операционных микроскопов, специального шовного материала и микрохирургических инструментов стала возможной реплантация — приживление ампутированной конечности. Такие операции делают в Москве, Ленинграде, Киеве, Горьком, Вильнюсе и других городах. Однако успех операции во многом зависит от того, как быстро и насколько умело была оказана пострадавшему первая помощь.

Прежде всего попытайтесь остановить кровотечение (**рисунок 1**). Для этого наложите на культю тугую повязку; при отсутствии стерильного бинта можно воспользоваться чистым носовым платком, полотенцем, косынкой. Поврежденной конечности следует придать возвышенное положение.

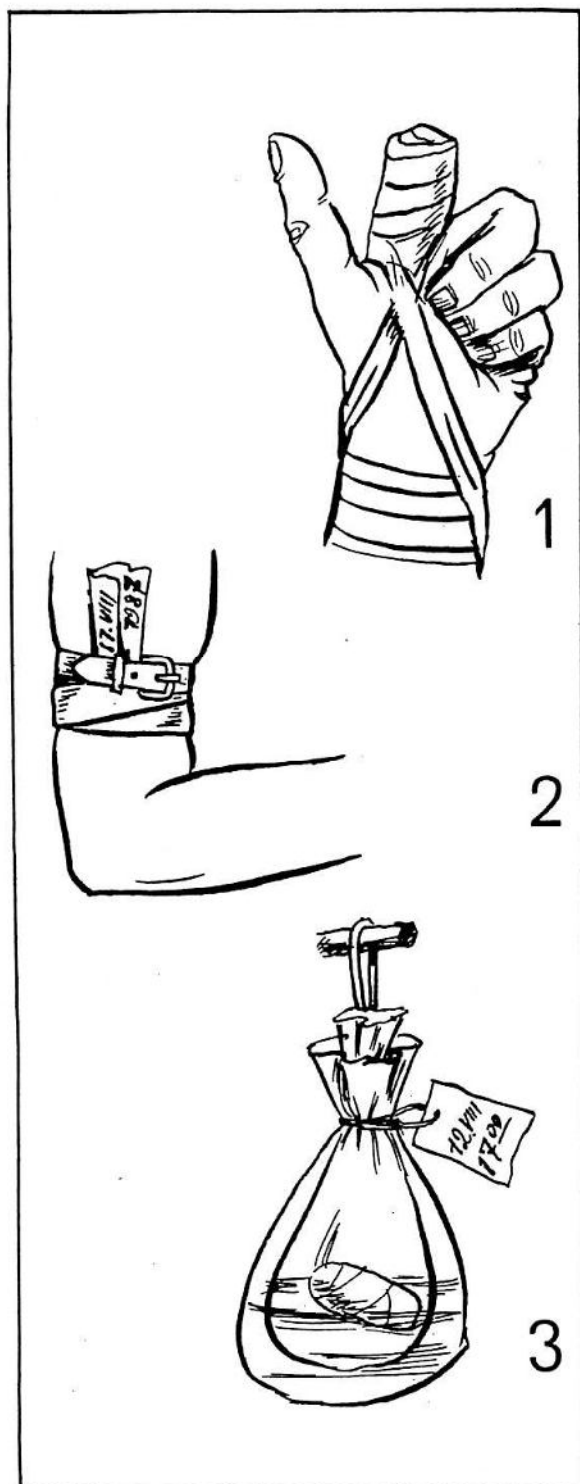
Если кровотечение очень сильное, выше раны наложите жгут (**рисунок 2**). Когда нет стандартного жгута, используйте ремень, туго свернутую косынку, галстук, платок. Под жгут обязательно положите записку, указав точное время его наложения. Помните, что жгут нельзя держать затянутым дольше двух часов!

Ампутированную часть конечности (палец, кисть, стопу) заверните в стерильную или просто чистую ткань, поместите ее в полиэтиленовый пакет и туго завяжите. Затем этот пакет положите в другой — с холодной водой или кусочками льда, снега (**рисунок 3**). Ни в коем случае нельзя помещать отчлененные палец, кисть, стопу непосредственно на снег, лед или в морозильную камеру холодильника. Нельзя также промывать ампутированный сегмент каким-либо раствором — спиртовым, щелочным или кислым.

Пакет с ампутированным сегментом должен все время находиться в подвешенном состоянии, класть его не рекомендуется.

Пострадавшего вместе с ампутированным сегментом следует как можно быстрее доставить в медицинское учреждение. Если несчастие произошло в городе, немедленно вызовите «Скорую», если в сельской местности, доставьте пострадавшего в положении лежа в любое медицинское учреждение — больницу, травматологический пункт, где врачи примут меры против развития травматического шока и решат вопрос о дальнейшей транспортировке в центр микрохирургии.

В период восстановительного лечения, когда снята иммобилизирующая повязка, дважды в день следует делать теплые ванночки с пищевой содой, морской солью, фурациллином, а также заниматься лечебной физкультурой. Помните: только по согласованию с врачом можно увеличивать интенсивность и длительность занятий. Делать это следует постепенно, не вызывая болезненных ощущений.



Главный редактор
М. Д. ПИРАДОВА

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Редакционная коллегия:

В. В. АДУШКИНА
(ответственный секретарь),
М. Е. ВАРТАНЯН,
О. К. ГАВРИЛОВ,
В. А. ГАЛКИН,
А. П. ГОЛИКОВ,
Г. И. КОСИЦКИЙ,
М. И. КУЗИН,
В. А. ЛЮСОВ,
Н. М. МУХАРЛЯМОВ,
Д. С. ОРЛОВА,
М. А. ОСТРОВСКИЙ,
Н. М. ПОБЕДИНСКИЙ,
В. Ф. ПОПОВ,
А. С. ПЬЯНОВ,
Н. И. РУСАК,
В. С. САВЕЛЬЕВ,
А. Г. САФОНОВ
(зам. главного редактора),
В. А. СИЛУЯНОВА,
М. Я. СТУДЕНИКИН,
М. Е. СУХАРЕВА,
Е. В. ТЕРЕХОВ
(главный художник),
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора),
А. П. ШИЦКОВА.

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

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

Телефоны:
212-24-90; 251-44-34;
251-20-06; 212-24-17;
250-24-56; 251-94-49.

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

Сдано в набор 20.08.87.
Подписано к печати 01.09.87. А 05133.
Формат 60×90¹/₁₆. Глубокая печать.
Усл. печ. л. 4,50. Уч.-изд. л. 7,58.
Усл. кр.-отт. 7,50.
Тираж 15 700 000 экз.
(4-й завод: 10 800 232—14 599 729 экз.).
Изд. № 2670. Заказ № 5047
Фотоформы изготовлены в ордена Ленина
и ордена Октябрьской Революции
типографии имени В. И. Ленина
издательства ЦК КПСС «Правда».
125865, ГСП, Москва, А-137,
улица «Правды», 24.

Отпечатано в типографии
издательства «Советская Сибирь»,
630048, г. Новосибирск, 48,
улица Немировича-Данченко, 104.

70 лет
Великого Октября

Организатору
производства

Здоровый образ
жизни.
Ваше мнение?

Врач разъясняет...

В редакцию
пришло письмо

Актуальная
проблема

Беседы
о наследственности

Лекарственные
растения

После выступления
«Здоровья»

Наше здоровье —
в наших руках

Психотехника
общения

Это должен знать
каждый

Это должен уметь
каждый

1 ПРИОРИТЕТЫ СОВЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ
Э. С. Аветисов

3 НЕТ КОНТРОЛЯ И НЕТ ЗАБОТЫ
Е. В. Балакина

4 «МЕДЛЕННО ИДЕТ ПЕРЕСТРОЙКА В НАШЕМ
ФИЗКУЛЬТУРНОМ ХОЗЯЙСТВЕ»
В. А. Третьяк

6 ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ НАРОДА

8 «ХИМИЧЕСКАЯ РАДОСТЬ» — НЕ В РАДОСТЬ
Л. С. Купчак

9 БОЛЕЗНЬ... ИЗ ХОЛОДИЛЬНИКА
Л. В. Коган

10 ФУРУНКУЛ
И. А. Чистякова

11 ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА
Ю. В. Васильев

12 НУЖЕН ЛИ «ПОРЯДОК», ИДУЩИЙ ВО ВРЕД
БОЛЬНОМУ?
А. Черняховский

14 ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ,
СТРАДАЮЩИХ ДЦП
Э. В. Польской

16 ЗАБОЛЕВАНИЕ, О КОТОРОМ НАДО ЗНАТЬ
Ю. И. Барашнев

1 БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ
В. М. Сало

17 МОРЯ И РЕКИ КРИЧАТ «SOS»!
И. В. Русанов, М. Ф. Панченко

18 БОЛЬНОЙ В САМОЛЕТЕ
В. М. Ламзутов

20 ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ

22 «ТОВАРИЩИ, ЭТО ЖЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ!»

24 СПРАВОЧНОЕ БЮРО «ЗДОРОВЬЯ»
ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

26 ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ПОЛНЫХ
Л. Я. Иващенко

28 РАЗГОВОР О РАЗГОВОРЕ
А. П. Егидес

30 ОЖОГ МАСЛОМ. ЧТО ДЕЛАТЬ?
С. Д. Холодный

30 ЕСЛИ ВЫПАДАЮТ ВОЛОСЫ
С. Н. Абрамов

30 КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ВРАСТАНИЕ НОГТЯ
И. А. Кирдянов

31 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ
АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ
А. Е. Девис

На первой странице обложки: Хороший урожай собрал на своем
садовом участке Иван Яковлевич Иванов — ветеран московского
станкостроительного производственного объединения «Красный про-
летарий» имени А. Н. Ефремова.
Фото М. Вылегжанина.

УТРЕННЯЯ ГИМНАСТИКА В СТИЛЕ „БРЕЙК”



1



2



лом. На счет 1 — горизонтальный наклон вперед (фото 7); 2 — не меняя положения ног, развернуть туловище влево; 3 — ставя левую и правую ногу на носок, поочередно переместить их

влево по дуге; 4 — вернуться в и. п. То же в другую сторону.

7. И. п. — стоя. На счет 1 — присесть, скрестив руки перед грудью (фото 8); 2 — выпрямляясь, прыжком вывести левую ногу вперед, а правую назад; 3 — опираясь на пятки (фото 9), повернуть корпус вправо; 4 — то же влево. То же с другой ноги.

8. И. п. — стоя. На счет 1 — скользящим движением вывести правую ногу назад, левую согнуть вперед на носок (фото 10); 2 — вернуться в и. п., скользящим движением приставляя левую ногу к правой. То же с другой ноги.

9. И. п. — опираясь на руки и стопы (фото 11). На счет 1 — прыжком скрестить ноги; 2 — прыжком вернуться в и. п.

10. И. п. — то же. На счет 1—4 — опираясь на левую руку, обойти ее справа по широкой дуге; 5—8 — опираясь на правую руку, обойти ее слева (фото 12), возвращаясь в и. п. То же в другую сторону.

О. А. ИВАНОВА,
кандидат
педагогических
наук

Брейк-данс — танец, вобравший в себя элементы акробатики, дзюдо, каратэ и движений афроамериканских танцев, особенно популярен среди молодежи. Поэтому предлагаемый комплекс предназначен в основном для молодых. Он включает упрощенные движения танца, поскольку многие его элементы достаточно сложны и требуют специальной тренировки.

Как и прежде, рекомендуемая продолжительность занятия — 10—15 минут. Количество повторений и темп выполнения упражнений можно постепенно увеличивать. Для музыкального сопровождения занятий рекомендуем диски фирмы «Мелодия» из серии «Спорт и музыка»: «Пульт-1», «Пульт-2», «Пульт-3».

1. И. п. — стоя, кисти округлить под подбородком в виде чаши. На счет 1—4 — делать круговые движения подбородком справа налево, стараясь очертить им края «чаши» (фото 1). То же в другую сторону.

2. И. п. — стоя, согнутые под прямым углом руки вверх, кисти параллельны полу и повернуты влево (фото 2). На счет 1 — опустить согнутые руки вниз; 2 — повернуть кисти вправо (фото 3); 3 — поднять согнутые руки вверх; 4 — развернуть кисти влево. То же в другую сторону.

3. И. п. — стоя, руки за спиной. На счет 1—3 — поднимая согнутую правую руку к плечу, сделать три круговых движения кистью по часовой стрелке; 4 — задер-

жать согнутую руку у плеча (фото 4); 5—7 — опуская руку, сделать три круговых движения кистью в обратную сторону; 8 — вернуться в и. п. То же другой рукой, двумя одновременно.

4. И. п. — стоя, ноги на ширине плеч. На счет 1 — правую руку на пояс; 2 — левую руку на пояс; 3 — правый локоть вперед; 4 — левый локоть вперед, стараясь соединить его с правым (фото 5); 5 — отвести правый локоть в сторону; 6 — отвести левый локоть в сторону; 7 — опустить правую руку; 8 — вернуться в и. п.

5. И. п. — стоя. На счет 1—4 — круговое движение туловищем справа налево, таз и ноги остаются неподвижными (фото 6). То же в другую сторону. Движения рук произвольные.

6. И. п. — стоя, руки согнуты вперед под прямым уг-



8



9



10

11



12





ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ТАКОЙ ЩЕТКОЙ!

Несколько движений —
и расческа чистая.
Выпуск таких удобных
в пользовании щеток
освоен на оршанском
заводе «Легмаш».
Щетку можно купить
в галантерейных отделах
промтоварных магазинов
и универмагов.
Ее цена — 50 копеек.

ЗАВОД «ЛЕГМАШ»,
Орша