

Здоровье

Издательство «Правда» Москва 7 • 1971



«Усилить работу по профессиональной ориентации учащихся с учетом склонностей молодежи и потребности народного хозяйства в квалифицированных кадрах».

Из Директив XXIV съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 годы.



КЕМ БЫТЬ? Для юношей и девушек, стоящих на пороге самостоятельной трудовой жизни, это острый, решающий вопрос. Чтобы помочь им выбрать специальность, в которой наиболее заинтересовано общество и которая пришлась бы по силам и по душе, в стране с каждым годом организуется все больше кабинетов профессиональной ориентации. Многие школы совместно с промышленными предприятиями, колхозами, совхозами знакомят учащихся с современным производством, массовыми специальностями, раскрывают перед молодежью перспективы роста профессионального мастерства.

Большой вклад в разработку проблем профессиональной ориентации вносит медицинская наука. Ведь правильно выбрать профессию можно только с учетом состояния здоровья и психофизиологических особенностей.

В Научно-исследовательском институте гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения СССР изучаются требования, которые предъявляют к организму разные профессии. Определяются медицинские противопоказания и физиологические критерии пригодности к работе и производственному обучению юношей и девушек различным специальностям. Рекомендации института используются при поступлении в профессионально-технические училища и на производство.



На этих трех фото показаны этапы одного из исследований, проводимых в лаборатории профориентации института.

С электродами, укрепленными на груди (фото слева), подросток поднимается на экспериментальную вышку (вверху), а в лаборатории (внизу) регистрируются объективные показатели высшей нервной деятельности и координации движений.

Так разрабатываются медико-физиологические критерии пригодности к профессии монтажника-высотника.



Здоровье

№ 7 (199) июль 1971

Ежемесячный научно-популярный журнал
министерств здравоохранения СССР и РСФСР

Основан 1 января 1955

В этом номере
на письма читателей
отвечают
члены редакционной
коллекции
нашего журнала

«Продолжить строительство крупных специализированных и многопрофильных больниц, поликлиник, диспансеров, с тем чтобы повысить качество специализированной медицинской помощи и полнее обеспечить население всеми ее видами...»

Из Директив XXIV съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 годы.

СТАРТУЕТ ПЯТИЛЕТКА ЗДОРОВЬЯ

Алексей Георгиевич САФОНОВ,

член редакционной коллегии,
начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
Министерства здравоохранения СССР

КОММУНИСТИЧЕСКАЯ ПАРТИЯ и Советское правительство всегда уделяли очень большое внимание созданию прочной и мощной материально-технической базы отечественного здравоохранения.

В нелегкие послевоенные годы, когда с большим напряжением сил страна наша набирала стремительные темпы развития, едва ли не в первую очередь восстанавливались медицинские учреждения, разрушенные фашистскими варварами. В истории нашего здравоохранения был период (примерно 1950—1960 годы), когда сеть медицинских учреждений расширялась в основном за счет строительства многочисленных мелких больниц и поликлиник. В те годы действующие больницы укрупнялись путем воз-

ведения дополнительных корпусов. Под медицинские учреждения приспособлялись помещения, выделяемые местными исполкомами Советов депутатов трудящихся, предприятиями и ведомствами.

Возросший уровень экономики страны позволил в седьмой пятилетке в более широком объеме строить крупные многопрофильные, а также специализированные больницы, поликлиники, диспансеры, медико-санитарные части и другие медицинские учреждения.

С каждым годом крепло и совершенствовалось советское здравоохранение. В течение 1960—1970 годов ежегодный прирост больничных коек составлял уже более 93 тысяч. Показательно, что свыше 50 процентов коечного

фонда вводилось за счет нового строительства. В результате не только увеличилось число больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений (хотя и это очень важно), главное — они стали более крупными, их структура полнее смогла отвечать практическим задачам советского здравоохранения.

За последние 10 лет средняя коечная мощность областных, краевых, республиканских больниц возросла с 445 коек до 576, а сельских районных (с районным центром в городе) — со 111 до 166 коек. Такими показателями мы по праву можем гордиться.

Особенно интенсивное строительство крупных больниц и больничных комплексов, амбулаторно-поликлинических учреждений развернулось в восьмом пятилетии. Достаточно сказать, что в 1966—1970 годах в строительство больниц и поликлиник вложено почти в полтора раза больше средств, чем за предыдущее пятилетие.

Начался новый этап развития советского здравоохранения. Характерная особенность его в том, что создание крупных многопрофильных и специализированных больниц ставит целью не просто увеличение коечного фонда. Это качественный скачок, способствующий более рациональному и эффективному использованию основных фондов здравоохранения — больничных коек, медицинской техники, врачебных кадров, материальных средств. Тем самым создаются условия для оказания медицинской помощи населению на более высоком уровне, широкого использования в практике последних достижений медицины и смежных отраслей наук.

Директивы XXIV съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 годы предусматривают дальнейшее, более интенсивное развитие этого направления. Основы и предпосылки для решения такой большой и сложной задачи были заложены постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране».

Этим постановлением, в частности, предусмотрено в дополнение к ранее начатому строительству возвести в течение 1970—1975 годов 223 крупнейших (на 500—1 000 и более коек) лечебных учреждений — многопрофильных и специализированных больниц.

Партия и правительство поставили перед органами здравоохранения задачу очень ответственную: на базе строительства новых больничных комплексов и действующих крупных лечебно-профилактических учреждений организовать в ближайшие пять лет межреспубликанские (межобластные), а также республиканские, краевые и областные центры по важнейшим видам специализированной медицинской помощи. Это будут центры кардиохирургические и сосудистые, кардиологические и ожоговые, нейрохирургические и онкологические, гематологические и пульмонологические, нефрологические и восстановительного лечения, реанимации и другие.

ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА необходимость внедрения этих новых форм организации медицинской помощи? Во-первых, тем, что население нуждается не вообще в медицинской помощи, а в помощи высококвалифицированной и специализированной. Отрадно, что научно-технический прогресс, развитие всей нашей экономики позволяют ставить и решать эти многообъемные и трудные задачи. Кроме того, высококвалифицированная врачебная помощь в наши дни, на современном этапе развития науки, организуется, формируется и совершенствуется только на базе интеграции и дифференциации медицины. Это закономерный процесс развития здравоохранения.

Что же это такое — интеграция и дифференциация медицины? Современный лечебно-диагностический процесс немалозначим без применения многочисленных сложных, дорогостоящих и высокопроизводительных средств медицинской техники. Чтобы как можно более полно и эффективно использовать весь этот богатый арсенал, необходимо концентрировать (интегрировать) медицинские силы и средства. В то же время врач общего профиля — тера-

певт, хирург — не в состоянии использовать в полной мере все богатства, накопленные отечественной и мировой наукой, не может один обеспечить высококвалифицированное лечение больных. Вот почему так неотвратима в современной клинической медицине тенденция к дифференциации, то есть к специализации, профилированию.

ЦЕНТРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ помощи представляют собой как раз тот тип медицинского учреждения, который наиболее полно отвечает задачам, стоящим перед современной медициной с учетом перспектив ее дальнейшего развития. Здесь более рационально используются коечный фонд, кадры и техника.

Клинические дисциплины, как известно, тесно взаимосвязаны, они дополняют и обогащают друг друга. Вот почему специализированные центры организуются в основном в составе крупных многопрофильных больниц на 800—1 000 и более коек.

В девятом пятилетии предполагается построить свыше 50 (с учетом ранее начатых) многопрофильных больниц на 1 000 и более коек. Это позволит создать крупные специализированные отделения. В результате население области, края, республики сможет получить, не выезжая за пределы административного района, медицинскую помощь по всем специальностям. Лишь некоторые ее виды будут оказываться в межобластных (межреспубликанских) центрах. Так, вряд ли есть необходимость создавать в каждой области нейроонкологические центры, нефрологические, занимающиеся пересадкой почек, и некоторые другие.

Очень много предполагается сделать для расширения фронта борьбы со злокачественными новообразованиями. В текущем пятилетии намечено строительство двадцати двух крупных онкологических центров — специализированных диспансеров со стационаром на 450 коек и пансионатом для больных на 120 мест в каждом. Эти учреждения будут оснащены самыми современными средствами ранней диагностики и лечения больных: гамма-терапевтическими аппаратами «Рокус», «Луч», бетатронами, линейными ускорителями, квантовыми генераторами (лазерами) и другими источниками высоких энергий. Высококвалифицированные специалисты смогут использовать цитологические, гистохимические, иммунологические и другие эффективные методы исследований.

Большие надежды возлагаем мы и на принципиально новые учреждения, возведение которых также предполагается в девятой пятилетке. Откроется 28 больниц восстановительного лечения. Это будут мощные, хорошо оснащенные центры, задача которых — медицинская реабилитация больных с поражениями опорно-двигательного аппарата, перенесших инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг и другие заболевания.

Решено построить около 20 больниц скорой медицинской помощи мощностью на 800 или 990 коек каждая. Они откроются в крупных городах, промышленных центрах. Объединенные со станциями скорой медицинской помощи, эти учреждения будут оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь больным с экстренными хирургическими, терапевтическими и неврологическими заболеваниями, при различного рода травмах, ожогах, отравлениях и других несчастных случаях. В структуре этих комплексных учреждений предусматриваются многопрофильный центр реанимации, отделения интенсивной терапии и другие подразделения.

Проектируется возведение значительного числа детских многопрофильных больниц, психоневрологических стационаров и ряда других учреждений. Наряду с этим предусмотрено также строительство на территории действующих больниц специализированных корпусов: хирургических, ожоговых, восстановительного лечения (реабилитации), лабораторных. Это в немалой степени будет способствовать повышению качества и культуры медицинской помощи населению.

Девятая пятилетка, несомненно, станет для службы здоровья в нашей стране новым, чрезвычайно важным этапом дальнейшего развития и совершенствования.

Вносите в документы данные о групповых свойствах и резус-принадлежности крови



КРОВЬ — СИМВОЛ ЖИЗНИ. При ранениях или заболеваниях, сопровождающихся значительной кровопотерей, жизнь в организме постепенно угасает. Долгие годы все попытки перелить кровь кончались неудачей. И только в наше время переливание стало возможным, когда ученые

установили, что «жидкая ткань», непрерывно циркулирующая в сосудах человека, не всегда обладает одинаковыми свойствами. Открытие групповых свойств крови, выявление резус-фактора сделали безопасным ее переливание.

Мы живем в век бурных, стремительных темпов; все более убыстряются процессы автоматизации и механизации самых различных отраслей народного хозяйства, нашего быта. Интенсивно развивается городской транспорт. И хотя у нас очень многое делается для обеспечения безопасности пешеходов, людей, работающих с самыми сложными механизмами, не исключена возможность травм, несчастных случаев. Если они сопровождаются тяжелыми повреждениями и острой кровопотерей, своевременное, быстрое переливание донорской крови — решающее, а нередко и единственное средство спасения жизни.

Но как часто драгоценные минуты тратятся на то, чтобы определить группу крови пострадавшего, ее резус-принадлежность. В связи с этим совершенно очевидна необходимость заблаговременно внести соответствующие сведения в паспорт, удостоверение личности, свидетельство о рождении или другие документы.

Согласно действующему положению, это можно сделать только с устного согласия владельцев документов и в их присутствии. Если речь идет о детях, не достигших 16-летнего возраста, то необходимо согласие родителей.

Данные о группе и резус-принадлежности крови вписывают в документы врачи по мере обращения граждан в лечебные учреждения за медицинской помощью, при проведении очередных профилактических осмотров и диспансеризации населения, когда по тем или иным причинам определяются групповые свойства крови.

Без сомнения, при определенно сложившихся обстоятельствах оказания экстренной медицинской помощи, когда нет возможности установить групповую принадлежность крови донора и реципиента, соответствующая отметка в их документах позволит медицинским работникам своевременно прибегнуть к спасительному переливанию крови.

Во всех других случаях в лечебных учреждениях больному или пострадавшему обязательно определяют групповые свойства крови, независимо от того, есть ли об этом запись в его документах.

А. Г. Сафонов

Отвечает член редакционной коллегии,
директор Института питания АМН СССР,
академик АМН СССР
Алексей Алексеевич ПОКРОВСКИЙ

Уважаемая редакция!
Применяют ли у нас фруктотерапию?

В. ДЕГТЕРЕВА

Пицунда Абхазской АССР

Фруктотерапия в арсенале врача

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ исследования в области биохимии и физиологии питания, а также химии пищевых продуктов позволили получить конкретные представления о биологической ценности и механизмах лечебного действия фруктов и ягод.

Какие же качества фруктов обуславливают их лечебное действие?

Можно считать установленным, что наряду с овощами фрукты — главный источник ряда витаминов, в частности С и Р. Во многих фруктах, осо-

бенно окрашенных в желтый и оранжевый цвета, содержится значительное количество каротина (провитамина А), а также фолиевая кислота, токоферолы (витамин Е), тиамин (витамин В₁), никотиновая кислота (витамин РР) и другие. Наиболее богаты витамином С черная смородина, шиповник, облепиха, лимоны, апельсины, некоторые виды яблок.

Помимо витаминов, в ягодах и фруктах содержится большое количество различных минеральных веществ, а также много микроэлементов,

Фрукты и овощи снабжают организм необходимым количеством витаминов, стимулирующих обменные процессы, способствующих повышению сопротивляемости к вредным воздействиям. И в этом их лечебное значение.

В отличие от многих продуктов животного происхождения в плодах и ягодах содержится значительно больше солей калия, чем солей натрия. Эти два вида солей оказывают в известной степени противоположное влияние на водный обмен в организме: избыток солей натрия, как правило, способствует на-



коплению жидкости в тканях, а соли калия обладают выраженным мочегонным действием. Вот почему врачи рекомендуют большое количество фруктов тем, кто страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, а также нарушением обмена веществ.

Определенный эффект фруктотерапии связан с наличием в плодах и ягодах так называемых балластных веществ: целлюлозы и гемицеллюлозы. Они не подвергаются расщеплению в пищеварительном тракте, но механически раздражают нервные окончания его слизистой оболочки. Это стимулирует секрецию пищеварительных соков, усиление перистальтики кишечника и способствует более полному выведению холестерина из организма. Такие свойства фруктов позволяют рекомендовать потребление их в достаточных количествах при заболеваниях печени и желчного пузыря, атеросклерозе, болезнях кишечника, сопровождающихся запорами.

Фрукты, особенно не очень сладкие, обладают сравнительно низкой калорийностью. Поэтому их используют для проведения так называемых разгрузочных дней. Так, например, назначают яблочные дни, когда надо избавиться от избыточного веса: в течение дня человек ест только яблоки (пять раз в день по 300 граммов, то есть полтора килограмма).

Считается, что при пониженной кислотности желудочного сока определенную пользу приносит потребление кислых сортов ягод и фруктов, особенно их соков. Органические кислоты плодов создают в желудке кислую среду, частично заменяя недостающую соляную кислоту. Однако при анацидном гастрите, когда соляная кислота

почти отсутствует в желудочном соке, есть кислые плоды можно только в периоды хорошего состояния. При обострении таких заболеваний, как гастрит, язвенная болезнь, колит, разрешается употреблять только сладкие сорта ягод и фруктов — вначале в виде киселей, желе, муссов, а позже уже и в печеном виде.

Большинство фруктов действует послабляюще, однако некоторые (особенно отвары из них) замедляют кишечную перистальтику. Таким свойством обладают плоды и ягоды, имеющие вяжущий, терпкий вкус, богатые дубильными веществами: черника, черемуха, айва. Отвары и кисели из этих плодов используются как закрепляющее средство.

Регулируя процессы пищеварения, усиливая поступление пищеварительных соков, фрукты повышают усвоение белков и жиров. Поэтому так важно включать плоды и ягоды в диеты страдающих острыми и хроническими инфекционными заболеваниями, при которых нередко наблюдается понижение секреции желудка, а следовательно, и ухудшается усвоение пищи.

Многие фрукты содержат и особые вещества — фитонциды, уничтожающие микробов. Это способствует санации полости рта, носоглотки, а иногда и желудочно-кишечного тракта. Разумеется, ни фрукты, ни ягоды не заменяют лекарственных противомикробных препаратов, а лишь дополняют их действие.

Итак, фрукты — обязательный компонент полноценного питания. Они необходимы и здоровым и особенно больным для сохранения и укрепления защитных сил организма. Иногда, как уже говорилось, плоды обладают и

так называемым специфическим лечебным действием — мочегонным, регулирующим процессы пищеварения.

Фрукты надо систематически включать в диеты больных в сочетании с разнообразными пищевыми продуктами. В отдельных случаях, как, например, при виноградо-лечении (для страдающих заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек), врачи ограничивают употребление других фруктов, а также овощей, минеральных вод, молока, кваса. Это необходимо, чтобы не вызвать повышения бродильных процессов в кишечнике, расстройства его функции.

В зимне-весенний период, помимо свежих фруктов, в лечебном питании можно использовать и консервированные — компоты, пюре, нектары, соки. Термическая обработка, применяемая при консервировании, практически не ухудшает степени усвоения содержащихся в плодах пищевых веществ. Витамин С, например, в консервах сохраняется лучше, чем при обычной кулинарной обработке.

Но самое правильное — использовать ягоды и фрукты в сыром виде. Не забывайте перед употреблением их тщательно вымыть — все фрукты и овощи без исключения. Тяжелобольным можно протирать их непосредственно перед употреблением или готовить из них соки. Практика показывает, что нередко невымытые или плохо вымытые фрукты и ягоды становятся причиной желудочно-кишечных инфекций.

В заключение хочу подчеркнуть, что нельзя превращать фруктотерапию в разновидность самолечения. Все советы по лечебному питанию может дать больному только врач, который его наблюдает.

В продаже появился лимоннокислый сахар. Расскажите, как его можно употреблять?

А. КИСЕЛЕВА

г. Наро-Фоминск

Пользуйтесь лимоннокислым сахаром в жаркую погоду

В ИНСТИТУТЕ питания АМН СССР разработана рецептура лимоннокислого сахара. Он рассматривается нами главным образом в качестве вкусового комбинированного продукта. Растворы лимоннокислого сахара обладают приятным, освежающим, кисло-сладким вкусом.

При оценке этого продукта следует иметь в виду два дополнительных обстоятельства. Во-первых, есть основания полагать, что лимонная кислота, являясь ключевым субстратом так называемого цикла трикарбоновых кислот, служащего основным поставщиком энергии в организме человека, может оказывать положительное влияние на процессы обмена веществ.

Во-вторых, было установлено, что кислая реакция, которая образуется в

растворах лимоннокислого сахара (рН около 4,0), неблагоприятно воздействует на жизнедеятельность ряда патогенных микроорганизмов, особенно относящихся к классу вибрионов. Напомним, что некоторые овощи и фрукты оказывают дезинфицирующее действие благодаря содержащимся в них фитонцидам. Известно также мягкое дезинфицирующее действие ряда продуктов, которым присуща кислая реакция, например, сока лимонов. Это действие также особенно выражено в отношении вибрионов. Обладает, по-видимому, некоторым обезвреживающим свойством и соляная кислота желудочного сока.

До последнего времени в неблагополучных в смысле распространения желудочно-кишечных инфекций районах многих стран в целях дезинфек-

ции применяют разведенные растворы соляной кислоты. Нам казалось целесообразным более широко и направленно использовать дезинфицирующие свойства некоторых пищевых продуктов. С этой целью и рекомендуется приятный во вкусовом отношении комбинированный продукт — лимоннокислый сахар. Было показано, что в разработанной рецептуре лимоннокислый сахар достаточно активен в отношении вибрионов холеры, в том числе и штамма Эль-Тор. Эти вибрионы погибают в его растворах в течение 30—60 секунд.

Разумеется, лимоннокислый сахар ни в какой мере не способен подменить средства, направленные на предупреждение инфекционных болезней, и прежде всего подменить жесткое соблюдение правил гигиены. Речь идет о де-

зидфекции воды методами хлорирования и кипячения, о тщательном мытье фруктов и овощей, термической обработке ряда продуктов питания, соблюдении мер личной гигиены. В то же время использование лимоннокислого сахара повышает гарантии обезвреживания воды, если она окажется случайно зараженной некоторыми видами патогенных микроорганизмов.

Лимоннокислый сахар выпускает пищевая промышленность в пакетиках из пленки в двух разновидностях. Один вид пакетиков предназначен для растворения в стакане воды (чая), то есть

для разового индивидуального пользования. Подобная фасовка особенно оправдана в различных буфетах — железнодорожного, водного и воздушного транспорта. Другая фасовка (в ней содержится больше лимонной кислоты и меньше сахара) предназначена для растворения в одном литре воды, которая при этом приобретает кисловатый и слегка сладковатый вкус.

Практика показывает, что использовать этот сахар целесообразно в жаркое время года, например, добавлять в графины с кипяченой водой, брать в туристские походы. Однако следует по-

мнить, что растворы лимоннокислого сахара не рекомендуется хранить в металлической посуде, лучше пользоваться стеклянной или эмалированной.

Как правило, лимоннокислый сахар надо растворять в воде или чае не менее чем за две-три минуты до питья. Противопоказаний к многократному употреблению таких слабых растворов лимоннокислого сахара нет. Хотим только добавить, что единственное его ограничение состоит в том, что этот сахар должен входить в общее количество сахара, полагающегося человеку в течение суток.

Дорогие товарищи!
Очень просим на страницах вашего журнала рассказать о лечении голодом.

И. ТУРИНСКАЯ

Село Колчино Закарпатской области

Лечение голодом — не панацея

В ОПРОС о целесообразности применения полного длительного голодания как метода лечения периодически поднимается на страницах не только специальной, научно-медицинской печати, но и научно-популярных изданий. В последние годы в нашей стране и за рубежом появились отдельные работы, посвященные применению голодания с лечебной целью.

Одним из первых у нас применял голодание с профилактической и лечебной целью врач Н. Н. Нарбеков, а позже и известный советский хирург академик А. Н. Бакулев. Однако Бакулев подходил к этому методу с достаточной осторожностью и не лишал больного пищи на несколько недель.

В настоящее время в Московском научно-исследовательском институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР лечение с помощью полного продолжительного голодания (в течение трех-четырех недель) применяет профессор Ю. С. Николаев. Он сообщает о положительных результатах такого способа лечения. Имеются данные о положительных результатах применения лечебного голодания и в дерматологии. Что же касается рекомендаций полного голодания при различных терапевтических заболеваниях, то они не во всех случаях достаточно обоснованы. К тому же существует ряд несомненных противопоказаний к лечению голоданием: злокачественные опухоли, туберкулез, истощение, поражение печени, сердечная недостаточность и другие заболевания.

Некоторые врачи считают, что в период голодания организм утилизирует избыточные запасы жира и отложившиеся в тканях шлаки. Это в какой-то мере верно. Однако при подобном подходе недооценивается факт значительных количественных различий резервируемых в организме пищевых ве-

ществ. Так, большим количеством резервируемого организмом жира соответствуют лишь весьма скудные запасы белка, а также некоторых минеральных веществ и витаминов. В результате при длительном голодании организм истощает запасы этих веществ и попадает в условия разбалансированного эндогенного (за счет его тканей) питания. К концу месяца человек теряет значительное количество белков, испытывает дефицит в ряде необходимых веществ. Что же касается шлаков, то вряд ли можно серьезно говорить об их усвоении. Значительно правильнее говорить об освобождении организма от шлаков.

Точный механизм терапевтического действия голодания остается еще неясным. Мы полагаем, что голодание в первую очередь следует рассматривать как адаптацию (приспособление) организма к постепенному переходу на эндогенное питание. А это всегда связано с изменением процессов обмена веществ, и в первую очередь с перестройкой ферментных систем организма, определяющих скорость течения обмена веществ.

Длительное голодание вызывает глубокие изменения в организме человека. В современной зарубежной литературе все чаще стали появляться сообщения о том, что наряду с положительными результатами лечения голодом наблюдаются и случаи серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой, мочевыделительной, опорно-двигательной систем. К сожалению, иногда дело доходит даже до смертельных исходов.

Следует иметь в виду, что при длительном воздержании от пищи через три недели у человека наступает состояние своеобразной апатии, слабости и настолько нарушаются некоторые функции, в частности пищеварительно-

го аппарата, что больного в течение длительного времени необходимо заново учить есть. Этот период восстановления обычно занимает около месяца. Хорошо известно, что быстрый перевод в этот период больного на обычный режим питания может привести к резким расстройствам здоровья. Иными словами, я полагаю, что лечебное голодание далеко не безразличный метод, и для каждого случая лишения человека пищи на длительный период нужны достаточно серьезные основания.

Опыт нашего Института питания показывает, что применение этого метода лечения при избыточном ожирении малоэффективно. Значительно лучших результатов можно добиться специальной диетой в сочетании с дозированной физической нагрузкой, когда больной, теряя вес, в полной мере сохраняет здоровье и работоспособность.

Научные исследования, проводимые в Институте питания АМН СССР, опираются на представление о том, что в основе жизни лежит сложно организованная, сопряженная деятельность множества ферментных систем, направленная на ассимиляцию и превращение пищевых веществ, и что патологические процессы следует рассматривать как проявление дезорганизации этой деятельности. Глубокое понимание нарушения обменных процессов при той или иной патологии позволяет обосновывать принципы лечебного питания. С изложенных позиций очевидно, что любые терапевтические мероприятия должны учитывать особенности протекающих в больном организме обменных процессов, а также состояние отдельных функциональных систем.

Вот почему лечебное голодание ни в коем случае не может рекомендоваться как метод самолечения. Голодание допустимо только по показаниям и только в клинических условиях.

Отвечает член редакционной коллегии,
директор ордена Трудового Красного Знамени
Института микробиологии и эпидемиологии
имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи АМН СССР,
академик АМН СССР
Оганес Вагаршакович БАРОЯН

Уважаемая редакция!

К вам обращается ваш постоянный подписчик.

Очень прошу рассказать, что за болезнь дизентерия.

А. ГАЛОЧКИН

Череповец

БОЛЕЗНЬ ГРЯЗНЫХ РУК

ДИЗЕНТЕРИЯ — инфекционное заболевание, склонное к эпидемическому распространению. Характеризуется оно избирательным поражением толстого кишечника, проявляется в виде частого болезненного стула с выделением испражнений, содержащих примесь слизи и крови; сопровождается интоксикацией организма.

Это заболевание вызывает группа дизентерийных бактерий, или палочек, включающая большое количество отдельных представителей. Впервые возбудителя дизентерии обнаружил русский ученый А. В. Григорьев в 1891 году, а спустя семь лет его описал японский ученый Шига. Позже были обнаружены и другие виды дизентерийных бактерий (Зонне, Флекснера, Штутцера-Шмитца).

Как показали опыты, эти бактерии вне организма человека могут выживать, например, в почве несколько месяцев, в воде — несколько дней. На пищевых продуктах они сохраняются: на ягодах — 6 дней, помидорах — до 7—8 дней, на огурцах, а также в молочных продуктах — до двух недель.

Дизентерийные палочки малоустойчивы к воздействию солнца, дезинфицирующих средств, нагреванию, но сравнительно хорошо переносят холод. Прямые солнечные лучи убивают бактерии в течение 30 минут, нагревание до 60 градусов — через 10—20 минут. Под действием двухпроцентного осветленного раствора хлорной извести, трехпроцентного раствора карболовой кислоты и других дезинфицирующих средств палочки погибают через несколько минут.

Исследования последних лет дали возможность установить, что возбудители дизентерии — внутриклеточные паразиты. Попав в рот, бактерии проникают через желудочно-кишечный тракт в эпителиальные (поверхностные) клетки слизистой оболочки кишечника. В результате своей жизнедеятельности микробы оказывают токсическое действие на клетки, вследствие чего возникает острый воспалительный процесс. В тяжелых случаях при этом образуется большое количество эрозий и язв на слизистой оболочке толстого кишечника. Выделяемый бактериями токсин, всасываясь в кровь, разносится

с ней по всему организму и вызывает его отравление (интоксикацию).

Болезнь наступает не сразу после того, как произошло заражение, а через два — пять дней. Это так называемый скрытый (инкубационный) период болезни, когда дизентерийные микробы уже находятся в организме, но человек еще чувствует себя здоровым.

Тяжелые формы болезни с резкой интоксикацией, значительным поражением слизистой оболочки кишечника, частым, до 20—30 раз в сутки, кровавым поносом и болезненными ложными позывами к испражнению в настоящее время встречаются редко. Теперь в подавляющем большинстве случаев дизентерия протекает легко. Объясняется это возросшей резистентностью (сопротивляемостью) организма к вредным воздействиям благодаря улучшению условий жизни и питания населения. Играет важную роль и то обстоятельство, что за последнее десятилетие, как показывают исследования, почти не встречается дизентерия, вызываемая бактериями Григорьева — Шига, протекающая обычно тяжело. В настоящее время, как правило, вызывают заболевания менее токсичные бактерии Зонне и Флекснера.

В большинстве случаев острая дизентерия заканчивается полным выздоровлением, особенно если своевременно начато лечение и соблюдаются соответствующие диета и режим. Однако у отдельных больных наблюдается затяжное течение болезни, в ряде случаев развивается хроническая дизентерия, когда обострения чередуются с периодами благополучия.

Нередко дизентерия принимает хроническую форму из-за беспечности и легкомыслия заболевших. Они сами лечат себя и не идут к врачу, не обращают внимания на расстройство кишечника, считая это «пустяком». В результате после мнимого выздоровления — кратковременного прекращения поноса и исчезновения боли в животе — через несколько дней наступает рецидив (возврат) болезни.

Единственный источник инфекции при дизентерии — человек, выделяющий дизентерийные палочки: больной и бактерионоситель. Значительна также роль в распространении инфекции больных, у которых дизентерия протекает легко, в стертой, нетипичной форме. Считая себя здоровыми, они не лечатся и становятся источником инфекции.

Заболевания дизентерией наблюдаются в течение всего года, но максимальный подъем приходится на июль — август. В этот период года на нашем столе появляется больше овощей, фруктов, люди больше пьют, нередко сырую воду. Именно пищевые продукты, вода и грязные руки — основные факторы передачи возбудителя дизентерии. Существуют бытовой, водный и пищевой пути распространения инфекции.

При бытовом пути заражения происходит главным образом через грязные руки, когда бактерии переносятся на пищевые продукты и попадают в пищеварительный тракт. Не случайно дизентерию называют болезнью грязных рук.

Источником заражения могут стать немытые овощи, употребляемые в сыром виде, если почву удобряли навозом,



содержащим человеческие фекалии. Вызывают заболевание также невымытые фрукты и ягоды, сырая вода и молоко, загрязненные микробами. Заражение происходит и через предметы, которыми пользовался больной: горшок, судно, белье.

Большое значение в инфицировании пищевых продуктов в очагах заболеваний имеют мухи. Известно, что они питаются, откладывая яйца и выплываются в выгребных ямах, мусорных ящиках и ведрах с пищевыми отбросами. Дизентерийные палочки выделяются из кишечника мухи в течение нескольких дней. Перелетая в жилище человека, мухи оставляют на открытых пищевых продуктах выделения из своего кишечника и микробов, приставших к их лапкам и телу.

Успех профилактики дизентерии во многом зависит от того, насколько своевременно было выявлено заболевание и госпитализирован больной, насколько тщательно была проведена дезинфекция в квартире. Обычно в таких случаях всех членов семьи больного обследуют на бактерионосительство.

Особое внимание уделяется периодическим осмотрам работающих в пищевой промышленности, на предприятиях общественного питания, центрального водоснабжения, в лечебных и детских учреждениях. Бактерионосителей, выявленных среди этих групп, госпитализируют, а контактировавших с ними обследуют на бактерионосительство.

Страдающие хронической формой дизентерии находятся на специальном учете в поликлинике.

Для предупреждения заболевания дизентерией каждому необходимо строго соблюдать правила личной гигиены. Обязательно надо мыть руки с мылом перед едой и после каждого посещения уборной.

Нельзя пить сырую воду из колодцев, из прудов, рек и других открытых водоемов. Сырой можно пить только доброкачественную водопроводную воду. Чтобы кипяченая вода

не могла загрязниться бактериями, ее лучше всего хранить в закрытой посуде.

Не следует употреблять в пищу невымытые сырые овощи, фрукты, ягоды.

Пищевые продукты, готовые блюда, напитки, а также посуду тщательно оберегайте от мух.

При любом желудочно-кишечном заболевании надо как можно скорее обратиться к врачу и ни в коем случае не пытаться лечиться домашними средствами.

В течение многих лет советские ученые исследовали возможность вакцинации против дизентерии. Были предложены различные препараты, испробованы разные методы прививок. Однако вакцинация против дизентерии оказалась неэффективной и в настоящее время почти во всех странах, в том числе и у нас, не применяется. Ученые продолжают поиски надежной противодизентерийной вакцины.

Проблема профилактики дизентерии — одна из важных задач советского здравоохранения. Она включает в себя прежде всего оздоровление окружающей среды: рациональную организацию водоснабжения, очистку населенных мест с обезвреживанием нечистот и отходов, санитарный надзор за пищевыми предприятиями и учреждениями общественного питания, а также санитарно-коммунальное благоустройство.

В исторических решениях XXIV съезда указано: «Завершить в основном обеспечение городского населения централизованным водоснабжением... Усилить работы по улучшению санитарного состояния населенных пунктов и окружающей среды».

Эти мероприятия, а также дальнейшее повышение санитарной культуры населения, несомненно, будут способствовать снижению заболеваемости кишечными инфекциями, в том числе и дизентерией, в нашей стране.

Отвечает член редакционной коллегии,
заведующий кафедрой Второго московского
ордена Ленина государственного медицинского
института имени Н. И. Пирогова,
член-корреспондент АМН СССР
Виктор Сергеевич САВЕЛЬЕВ

*Прошу вас рассказать, отчего происходит
варикозное расширение вен пищевода.*

А. ЗАВЬЯЛОВА

Поселок Новый Тап Тюменской области

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА — ПОСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДРУГИХ ОРГАНОВ

ВАРИКОЗНОЕ расширение вен пищевода обычно возникает как осложнение при заболеваниях других органов — сердца, печени, селезенки.

В чем проявляется это заболевание?

Пищевод, как и любой орган нашего тела, снабжен артериальными и венозными сосудами. Вены расположены под слизистой оболочкой и напоминают своими переплетениями сетку.

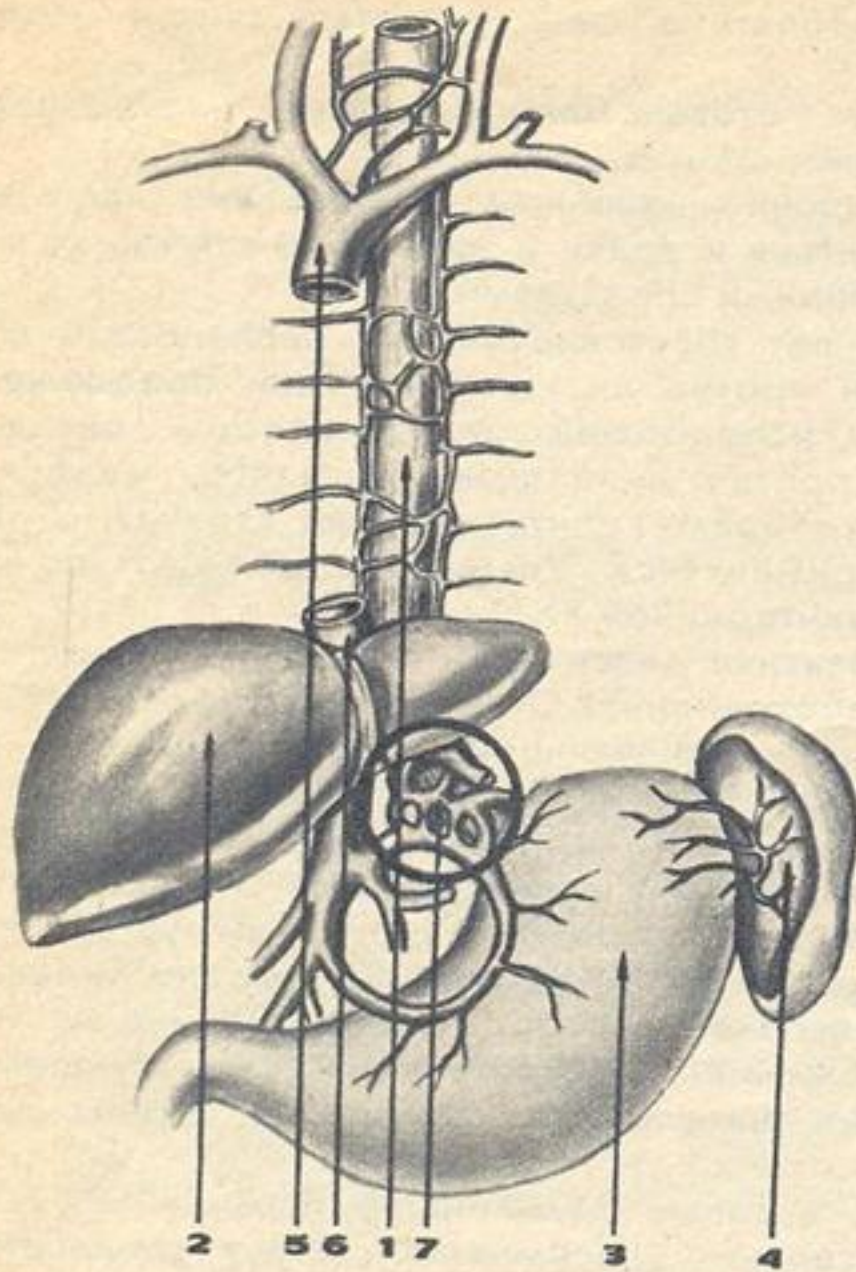
Венозная кровь от пищевода и частично от желудка оттекает в верхнюю полую вену, а от органов брюшной по-

лости — по системе воротной вены через печень — в нижнюю полую. Разумеется, никакого расширения вен не последует, если нет препятствий для нормального тока крови.

Однако при ряде заболеваний печени (цирроз, гепатит) вены печени сдавливаются, и ток крови по ним становится затруднительным. У больных тяжелым пороком сердца, при тромбозе вен селезенки нарушается отток крови по системе воротной вены. Все это приводит к застою крови в венах брюшной полости.

Но венозная кровь из брюшной полости обязательно должна попасть в сердце, а так как основной путь для нее теперь стал крайне неудобным, она находит запасные каналы — по венам желудка и пищевода в систему верхней полой вены.

Венозные сплетения пищевода при этом сильно расширяются, приобретают вид узлов. При глотании пищи, а также во время кашля, икоты, рвоты, сопровождающихся резкими движениями диафрагмы, они могут разорваться, и тогда начинается кровотечение в



пищевод или в полость желудка. Это осложнение чревато очень тяжелыми последствиями.

Кровотечение может возникнуть и при изъязвлении стенок вен пищевода. Происходит это следующим образом. В результате давления расширенных вен на мышцы пищевода постепенно развивается их атрофия и нарушается функция сфинктера — мышцы, расположенной в месте перехода пищевода в желудок. Сфинктер в этом случае перестает препятствовать попаданию кислого желудочного сока в пищевод. Кислота разъедает сначала слизистую оболочку пищевода, а затем и стенки венозных узлов, в результате наступает кровотечение.

1 — пищевод, 2 — печень, 3 — желудок, 4 — селезенка, 5 — верхняя полая вена, 6 — нижняя полая вена, 7 — участок расширенных вен пищевода.

Рисунок М. Световой

Клинические проявления варикозного расширения вен пищевода до возникновения кровотечения малозаметны. Больной может чувствовать жжение за грудиной, у него появляется отрыжка, срыгивание кислым. Более ощутимы симптомы заболевания, вызвавшего варикозное расширение вен: боль в области печени, чувство тяжести в животе, вздутие живота, нарушение функции кишечника и другие. Поэтому распознать варикозное расширение вен пищевода можно только на основании особого рентгеновского исследования и осмотра пищевода при помощи специальной аппаратуры.

Лечение этого заболевания — довольно сложный и длительный процесс, направленный в основном на ликвидацию первопричины — болезни сердца, печени, селезенки.

Но в случае кровотечения требуется немедленная госпитализация, а до прихода врача необходимо уложить больного на спину, без подушки, обеспечить достаточный приток свежего воздуха.

Объясните, пожалуйста, что такое гигрома и всегда ли нужна операция?

Р. ЮРЧЕНКО

Поселок Андрушевка Житомирской области

ВРАЧ РЕШИТ: НАДО ЛИ УДАЛЯТЬ ГИГРОМУ

КАЖДЫЙ СУСТАВ находится в слизистой сумке. Внутренний ее слой выделяет специфическую жидкость, которая служит смазкой, способствует скольжению суставных поверхностей сочленяющихся костей. После ушиба сустава или при заносе инфекции по лимфатическим путям из фурункула или любого гнойного очага иногда возникает воспаление слизистой сумки — острый бурсит. В некоторых случаях острое воспаление переходит в хроническую форму. Это и есть гигрома.

Причиной гигромы может быть также и постоянное механическое раздражение сустава, длительное давление на него. Особенно часто это наблюдается у людей таких профессий, как полотеры, садовники, горнорабочие. Длительное их пребывание на коленях во время работы приводит к травме области надколенника, где нередко и развивается гигрома. У шли-

фовальщиков стекла это воспаление бывает в области локтя, который у них испытывает давление в процессе труда.

Из-за хронического воспаления в полости сумки скапливается жидкость. Стенки ее растягиваются и утолщаются, образуются складки, выступы и тяжи, разделяющие полость сумки на отдельные полукмеры.

Гигрома — округлая опухоль. При ощупывании, как правило, безболезненна и беспокоит человека только как косметический дефект. Лечение гигромы обычно хирургическое — удаляют измененную часть слизистой сумки. Однако во всех случаях вопрос об окончательном установлении диагноза, необходимости операции и ее объеме решает хирург только после осмотра пациента. Чтобы предотвратить развитие гигромы, необходимо своевременно лечить острый бурсит и устранять причины, способствующие травмам суставов в процессе труда.



Гигрома надколенника

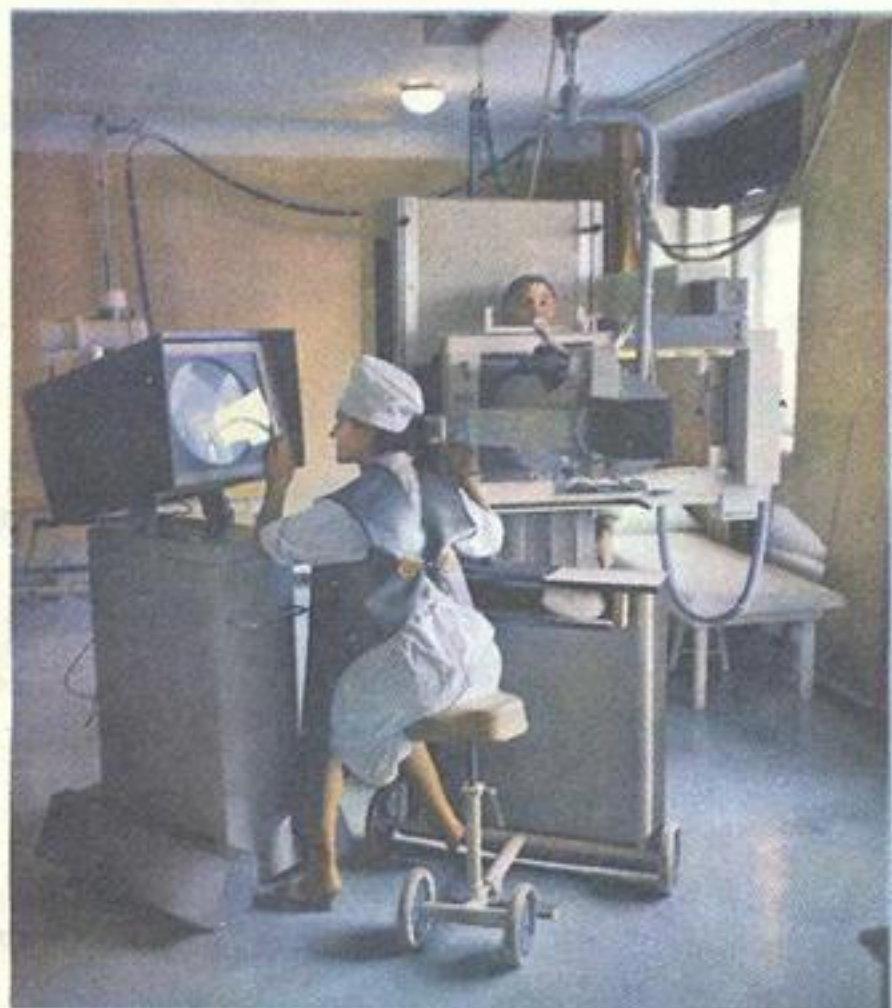


На живописном берегу Волги в городе Горьком строители возводят комплекс зданий областной клинической больницы имени Н. А. Семашко на 1500 коек. Первая очередь строительства уже завершена.

НОВАЯ ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА

(См. статью
«Стартует пятилетка здоровья».)

В палате
терапевтической клиники.

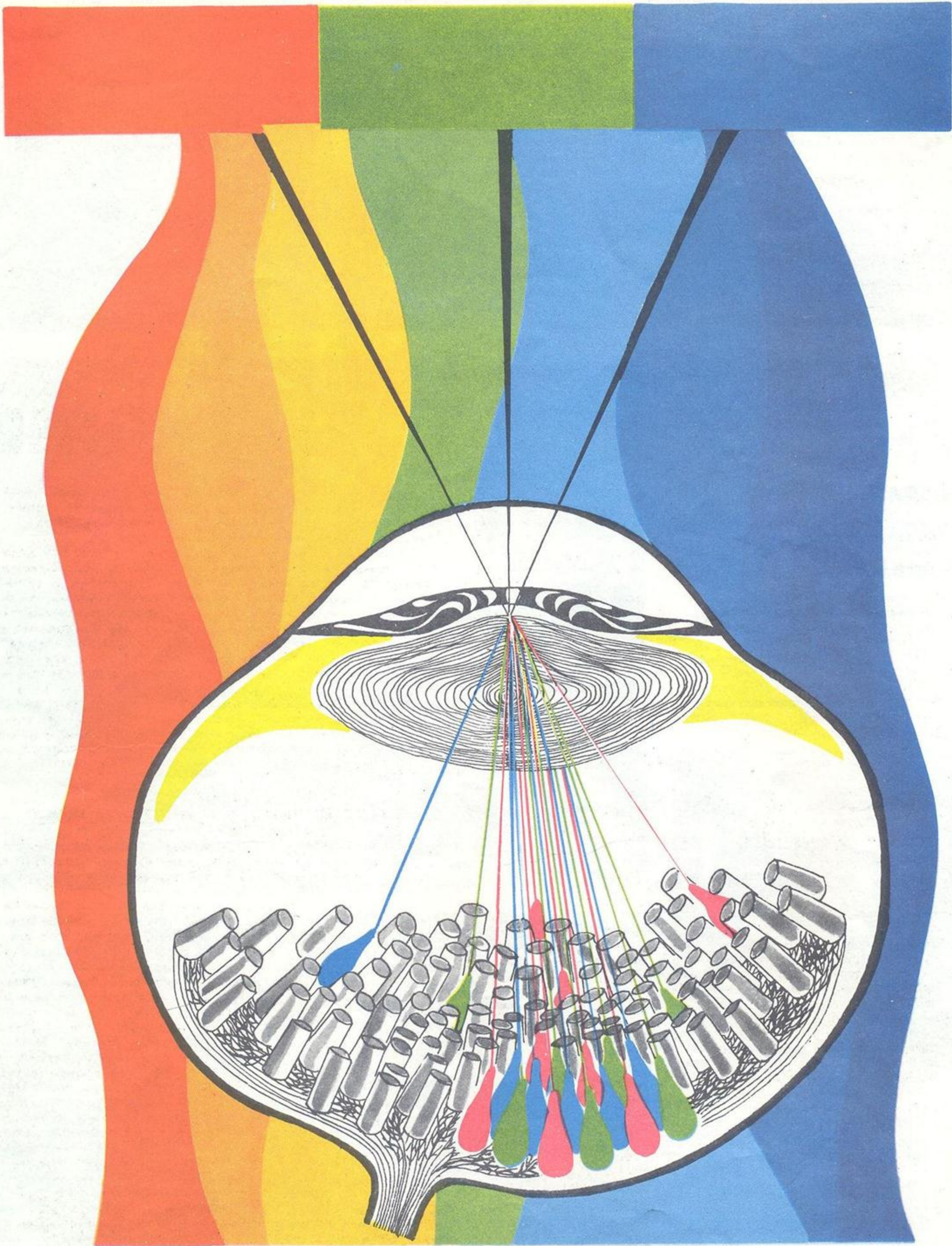


Современной техникой оборудованы рентгеновские кабинеты больницы.

В зале лечебной физкультуры.



Фото Вл. Кузьмина.



Отвечает член редакционной коллегии,
старший научный сотрудник
Института химической физики АН СССР,
кандидат биологических наук
Михаил Аркадьевич ОСТРОВСКИЙ

Дорогая редакция!

*Я хотел сдать экзамены на водительские права,
но, к сожалению, оказалось,
что я плохо различаю зеленый цвет.
Расскажите, пожалуйста, чем могут быть вызваны
нарушения цветоощущения?*

Студент В. ДЕСНЕНКО

Александрия Кировоградской области

Цветовым зрением ведает колбочки

КАК РАЗЛИЧАЕМ мы цвета? Что представляют собой цветоощущения, каковы их нарушения? С древних времен волнуют человечество эти вопросы. И хотя до сих пор наука не может дать на них исчерпывающего ответа, многое уже известно. В последние годы в этой области физиологии и биофизики сделаны принципиально важные открытия.

Глаз... Тонкая, почти прозрачная, розовая пленка выстилает дно глазного бокала, его заднюю стенку. Это сетчатка. По совершенству своей клеточной архитектуры она может сравниться только с мозгом. Да, собственно говоря, это и есть кусочек мозга, помещенный в глаз. Под световым микроскопом тонкая сетчатка выглядит как слоеный пирог. Ее верхний клеточный слой составляют светочувствительные зрительные клетки — палочки и колбочки. Палочки действительно похожи на палочки, а колбочки — на маленькие бутылочки. Палочки обладают исключительно высокой светочувствительностью: это аппарат ночного, сумеречного, бесцветного зрения.

Колбочки, по-видимому, менее чувствительны к свету. Но они обеспечивают способность глаза различать цвета. Скоцентрированы колбочки в центре сетчатки, образуя так называемое желтое пятно — место наилучшего видения. Их в сетчатке глаза человека около 7 миллионов. Палочек 125 миллионов, и расположены они по периферии сетчатки.

Три цвета

Гипотезу о так называемой трехкомпонентной природе цветового зрения предложил еще М. В. Ломоносов в своем труде «Слово о происхождении света, новую теорию о цветах представляющем, июля 1 дня 1756 года говоренном». Научная разработка этой гипотезы связана с именами ученых прошлого века — Юнга, Гельмгольца, Максвелла. Существование ее сводится к следующему: нормальное зрение человека обеспечивается одновременной работой трех независимых цветовых приемников, то есть трех видов колбочек, воспринимающих три основных цвета — красный, зеленый и синий. Нормальное зрение еще называют трихроматическим, трехцветным. Все наши цветовые ощущения не что иное, как результат смешения в различных пропорциях этих трех основных цветов, трех компонентов.

НА ВКЛАДКЕ

На рисунке, выполненном художницей И. ШЛЯДИНОЙ, представлена схема восприятия нашим глазом бесконечно многообразного мира света, красок. В сетчатке глаза содержатся светочувствительные клетки — палочки и колбочки. Существует три внешне одинаковых вида этих клеток, воспринимающих соответственно три основных цвета солнечного спектра — красный, зеленый, синий. Одновременная функциональная активность всех колбочек обеспечивает нормальное цветовое зрение.

И все же со времени М. В. Ломоносова до наших дней гипотеза о трехкомпонентности цветового зрения оставалась гипотезой, то есть научным предположением. Чтобы стать теорией, ей не хватало прямых доказательств.

И вот совсем недавно, в середине 60-х годов, одновременно и независимо в нескольких лабораториях мира были измерены спектры поглощения одиночных колбочек в сетчатках глаза человека, обезьяны и золотой рыбки. Сделано это было с помощью виртуозной техники микроспектрофотометрирования одиночных клеток. Двух-трехмикронное пятнышко света удалось сфокусировать на отдельной колбочке и измерить ее цветовую чувствительность. Оказалось, что все внешне одинаковые колбочки можно разделить на три группы — синие-, зелено- и красночувствительные.

Это означает, что в каждой колбочке заключен свой зрительный пигмент, своя краска — вещество сложной химической природы. Благодаря пигментам, поглощающим преимущественно красный, зеленый и синий участки спектра, колбочки способны воспринимать три основных цвета.

Нарушения цветового зрения

Английский ученый Джон Дальтон был первым, кто подробно описал в научной статье одну из форм цветовой слепоты, которой страдал сам. С тех пор всякое нарушение цветового зрения (цветоощущения) называют дальтонизмом.

Чаще всего встречается так называемая красно-зеленая слепота, когда человек не способен различать оттенки красного или зеленого цвета. В свою очередь, группа красно-зелено-слепых распадается на две: краснотелых (их называют протанопами) и зеленослепых — дейтеранопов. Дальтон страдал протанопией: он отождествлял светло-красный цвет с темно-зеленым. Возможен также третий вид частичной цветовой слепоты — тританопия, когда человек не различает цвета синие-фиолетового участка солнечного спектра. Мир красок для него содержит лишь оттенки красного и зеленого. Известны также промежуточные виды нарушения цветоощущения.

Частичную цветовую слепоту, или дихромазию, когда в сетчатке функционируют два из трех цветовых колбочковых приемников, глазные врачи даже не считают болезнью. Правда, подобный дефект ограничивает возможности человека заниматься тем или иным видом профессиональной деятельности (об этом мы скажем ниже). Другое дело — монохромазия — полная цветовая слепота. Это тяжелый дефект, который, к счастью, встречается чрезвычайно редко. Мир видится таким больным как одноцветная серая фотография.

Чем же обусловлены различные нарушения цветоощущения? Дихромазия — красно-зеленая слепота — трактуется специалистами как слипание, совпадение двух из трех цветоощущающих колбочковых аппаратов. При этом красночувствительные колбочки функционируют как зеленочувствительные.

У людей, страдающих полной цветовой слепотой, в сетчатках работают только палочки, колбочки отсутствуют от рождения или повреждены.

Известны еще так называемые цветоаномалии. Эти расстройства зрения заключаются в следующем: изменяется чувствительность какого-либо одного или нескольких типов колбочек. В сетчатке содержатся все три колбочковых цветопримика, но цвета внешнего мира они смешивают неправильно.

Расстройства цветоощущения, увы, довольно часты, особенно среди мужчин. По последним сведениям, около одного процента всех мужчин — краснослепые, около двух процентов — зеленослепые. Основные виды нарушения цветоощущения — протанопия и дейтеранопия — передаются по наследству, так как обусловлены генетическими нарушениями. Вспомним, кстати, что родной брат Дальтона также страдал протанопией. Неспособность воспринимать синий цвет (тританопия) встречается крайне редко, поражая лишь 1 из 20 000 человек, причем мужчин не намного чаще, чем женщин.

Врожденная цветовая слепота долгое время может оставаться незамеченной. Дальтон, к примеру, до 26 лет ничего не знал о своем дефекте. Чем это можно объяснить? Цвето-

слепые развивают в себе способность хорошо различать цвета по их яркости и насыщенности и к тому же с детства привыкают называть цвета окружающих предметов общепринятыми названиями. Однако в наш век не знать о цветовой слепоте шофера или машиниста, летчика или моряка слишком опасно. Ведь если, допустим, красный сигнал светофора будет равной яркости с зеленью листвы, то водитель с дефектом зрения не заметит предупреждающего сигнала. В результате на автомагистрали с интенсивным движением транспорта неизбежна аварийная ситуация. Именно поэтому, прежде чем сдавать экзамены на получение водительских прав, необходимо получить справку от врача о том, что у будущего шофера цветное зрение в полном порядке.

На современном этапе развития науки появилась возможность объяснить природу нарушения цветовосприятия на клеточном, субклеточном и даже молекулярном уровнях.

Безусловно, результаты исследований в ближайшем будущем дадут ключ не только к расшифровке интимных механизмов удивительного явления природы — цветового зрения, но и, быть может, помогут вернуть цветослепым людям все многообразие красок мира.

Отвечает член редакционной коллегии,
заведующий кафедрой Второго московского ордена Ленина
государственного медицинского института
имени Н. И. Пирогова,
заслуженный деятель науки РСФСР, профессор
Павел Николаевич ЮРЕНЕВ

*Прошу рассказать о полицитемии.
В чем проявляется это заболевание,
каковы его характерные признаки?*

А. САТИНА

Саратов

ПОЛИЦИТЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗБЫТКОМ ЭРИТРОЦИТОВ

СЛОВО «полицитемия» произошло от трех греческих слов: *poly* — много, *kytos* — клетка и *haima* — кровь. Как видно из самого названия, это заболевание заключается в увеличении количества кровяных клеток. Они находятся во взвешенном состоянии в жидкой части крови — плазме.

Среди них различают красные и белые кровяные клетки (эритроциты и лейкоциты) и кровяные пластинки (тромбоциты). Все форменные элементы крови образуются в кроветворной ткани — костном мозге, лимфатических узлах, селезенке. Отсюда они поступают в кровь, где живут определенное время, например, эритроцит — в среднем 125 дней, а затем разрушаются, и взамен их в кровь поступают новые клетки.

В основе полицитемии лежит повышение деятельности костного мозга, в результате чего особенно интенсивно вырабатываются красные кровяные клетки — эритроциты, поэтому другое название этой болезни — эритремия. Причины ее до настоящего времени

еще точно не установлены. Болеют преимущественно пожилые люди, но встречается полицитемия редко.

Начинается она обычно исподволь и развивается медленно и незаметно. Ее первые признаки — повышенная утомляемость, снижение работоспособности, тяжесть в голове. Обычно этому общему недомоганию не придают большого значения, объясняют его переутомлением на работе или другими причинами и не обращаются к врачу.

В более поздней стадии появляются симптомы, характерные именно для этого заболевания. Меняется окраска кожи и слизистых оболочек — они становятся темно-красными с вишневым оттенком. Особенно отчетливо это заметно на щеках, кончиках ушей, губах и ладонях. Глаза больного приобретают очень характерный вид, из-за которого они получили определение «кроличьих»: сосуды их переполняются кровью, слизистая век краснеет. Появляется кожный зуд, особенно усиливающийся после ванны или душа, боль в костях. Часто кровоточат десны.

При врачебном осмотре у большинства больных обнаруживается увеличение селезенки и печени. У некоторых повышается артериальное давление.

Лабораторный анализ крови показывает характерные для заболевания изменения: значительно увеличивается количество эритроцитов (в два и более раз по сравнению с нормой), резко повышается содержание гемоглобина, замедляется реакция оседания эритроцитов (РОЭ).

Полицитемия отличается длительным течением, иногда до нескольких десятков лет, но если больной следует советам врача, полицитемия не причиняет больших страданий.

Лечение заключается в периодическом приеме лекарств, которые подавляют повышенную функцию кроветворной ткани. После этого обычно наблюдается уменьшение в крови числа эритроцитов, улучшается самочувствие. Таким образом, на протяжении многих лет удается справляться с полицитемией, трудиться и быть полноценным членом общества.

Но если лечение не начато своевременно, болезнь может осложниться. Наиболее частые осложнения — тромбозы артерий и вен, то есть закупорка просвета сосуда сгустком крови.

Образованию сгустка способствует увеличение числа эритроцитов, повышение свертываемости крови и замедление ее тока. Тромбоз может произойти в сосудах любого органа и любой части тела — селезенки, почки, печени, руки, ноги. Особенно опасно это осложнение, если оно поражает сосуды мозга или сердца. Тромбоз мозговых сосу-

дов может вызвать инсульт, а закупорка тромбом сосуда, питающего сердце, ведет к инфаркту миокарда. Именно эти тяжелые осложнения и являются наиболее опасными для жизни больного, потому так важны постоянное наблюдение врача и периодические курсы лечения.

Больным полицитемией желательна несколько ограничивать употребление мяса и рыбы, поскольку белок стимулирует деятельность кроветворной системы. Особенно не рекомендуется есть жирные сорта мяса и рыбы, так

как в них, кроме белка, содержится в большом количестве холестерин. Это вещество способствует развитию атеросклероза, а он, в свою очередь, благоприятствует образованию тромбов. Больным полицитемией полезна в основном молочно-растительная пища с ограничением белка и жира. Можно есть все овощи, фрукты, ягоды, молоко, кефир и, повторяю, в небольшом количестве нежирные сорта мяса и рыбы.

Больным следует ограничивать физическую нагрузку, соблюдать рациональный режим.

Напишите, пожалуйста, о неврозе сердца. Как это заболевание протекает и не опасно ли оно для жизни?

Н. БАРАНДЮК

Село Кукавка Винницкой области

ДЛЯ БОЛЬНОГО НЕВРОЗОМ СЕРДЦА ЛЕКАРСТВО НЕ ГЛАВНОЕ

ПОД НЕВРОЗОМ СЕРДЦА понимают ряд разнообразных функциональных расстройств сердечной деятельности. В известной мере невроз сердца — понятие условное, так как это только одно из проявлений общего невротического состояния, чаще всего неврастения. Заболевание довольно распространено. Показательно, что приблизительно каждый третий «сердечник», обращающийся к врачу, страдает неврозом.

Предрасполагают к этой болезни всевозможные переживания, нервные потрясения, волнения, а также нарушения режима, злоупотребление алкоголем, курение. У злостных курильщиков могут развиваться столь значительные проявления невроза, что даже говорят о табачной грудной жабе. Иногда перенесенное инфекционное заболевание, например, грипп, может способствовать развитию невроза.

Болеют преимущественно молодые люди, но женщины иногда и в более старшем возрасте — в период климактерической гормональной перестройки организма.

Типичный признак сердечного невроза — боль в области сердца, которая нередко сопровождается похолоданием и онемением рук и ног, головокружением. Обычно боль не сильная, но длительная и упорная, может продолжаться часами и даже днями, и прием различных «сердечных» средств не прекращает ее. Больные отмечают, что эти приступы появляются после волнений, переживаний, неприятностей на работе или в семье. Врачи считают наиболее вероятной причиной этой боли повышенную восприимчивость нервного аппарата сердца.

Иногда боль бывает и другого характера — кратковременная, в загрудинной области, отдающая в левую руку. Возникает она в результате спазма артерий, питающих сердце, под влиянием отрицательных эмоций.

Страдающие неврозом склонны к повышенной возбудимости сердца. Это проявляется в приступах сердцебиения и нарушения ритма сокращений сердца, которые воспринимаются больными как чувство «перебоев», «замирания» и «остановки сердца». У некоторых больных основной признак невроза — учащение темпа сердечных сокращений, которое ощущается ими как сердцебиение. Оно продолжается обычно недолго, но вызывает у человека чувство тревоги и беспокойства. Возникает сердцебиение в ответ на волнение, эмоциональное возбуждение, но иногда появляется и без видимой причины.

Для больных неврозом сердца характерны повышенная нервная возбудимость, плохой, мало освежающий сон, быстрая смена настроения, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность, чувство тревоги за состояние своего здоровья. Часто больные жалуются на головную боль, причем они воспринимают ее как ощущение сжатия и говорят, что у них «голова затянута обручем». Эти жалобы — результат различных невротических расстройств, сопровождающих заболевание.

Невроз сердца проявляется также в виде расстройств функций сосудов. Повышенная сосудистая возбудимость сопровождается ощущением жара, сильной потливостью; при малейшем волнении у больных краснеет лицо, резкая перемена положения тела вызывает у них головокружение.

У страдающих неврозом бывает иногда длительное повышение температуры до 37,2—37,5 градуса. Обычно это принято связывать с наличием воспалительного процесса в организме. Однако после тщательного исследования выявить воспаление не удается, потому что повышение температуры у этих больных чаще всего связано с нарушением терморегуляции.

Неврозу сердца может сопутствовать одышка невротического происхождения. Она проявляется в учащении дыхания, у больных возникает чувство нехватки воздуха, и они периодически делают глубокий вдох.

В лечении больных неврозом главное не лекарства, а спокойная обстановка в семье, на работе, удовлетворенность своей профессией. Важны нормальный режим жизни, полноценный сон, занятия физкультурой, пребывание на воздухе, хотя бы час в день, утренний зарядка. Конечно, врач назначает и лекарственные средства, действие которых направлено на укрепление нервной системы. При этом больному нужно помнить, что они могут привести к желаемым результатам только при длительном применении. Нельзя ожидать от лекарства быстрого эффекта и нервничать, если он не достигнут. Это только вызывает дополнительное волнение и способствует дальнейшему развитию невроза.

Важно понять, что заболевание не представляет большой опасности, не угрожает жизни. Больному следует избегать лишних волнений — об этом же должны помнить и его близкие. От того, насколько сам больной и окружающие будут тактичны, выдержанны, во многом зависит успех лечения.

Отвечает член редакционной коллегии,
директор Московского ордена Трудового Красного Знамени
научно-исследовательского института
гигиены имени Ф. Ф. Эрисмана
Министерства здравоохранения РСФСР, профессор
Анастасия Павловна ШИЦКОВА

Дорогая редакция!

Меня и моих товарищей интересует ваш совет по режиму суток (питания, отдыха, сна) для работающих в три смены. Я понимаю, что дать точный совет для каждого нельзя, так как условия жизни у всех разные. Но методику, которой мы старались бы придерживаться, можно дать. Напечатайте, пожалуйста, в журнале.

Работаю начальником смены на электростанции, посменно 12 лет, за это время окончил вечерний техникум и заочно институт.

В. ГЕРАСЕВ

Красный Сулин Ростовской области

ТРИ СМЕНЫ, ТРИ РЕЖИМА

ПРИ ТРЕХСМЕННОЙ работе часто меняется весь распорядок суток. И к каждой такой перемене организму приходится приспосабливаться, перестраиваясь на новые ритмы, заново вырабатывая динамический стереотип.

Начнем с наиболее сложного — приход рабочего домой после ночной смены в 7—8 часов утра. Надо принять душ, переодеться в домашнюю легкую одежду, съесть горячий завтрак и чуть погодя на 5—6 часов лечь спать, раздевшись, в кровати. Обязательно следует открыть форточку. Целесообразно затемнить окна. Тогда создается ощущение ночного покоя.

После сна, это будет примерно в два часа, рекомендуется освежить лицо холодной водой и сделать небольшую разминку: гимнастику, прогулку или какую-либо нетяжелую работу на воздухе или дома — не более 25—30 минут. В 3 часа — обед. Затем примерно два часа отводится на домашние дела. Если в семье дети еще маленькие, пойдите с ними погулять на 1,5—2 часа в ближайший парк, сад, сквер. Зимой очень полезно в это время походить на лыжах. Неплохо и пойти за покупками в магазин, словом, провести это время с пользой для себя и семьи.

Затем после легкой еды (стакан кефира или молока) полагаются два часа отдохнуть на диване — лучше всего заснуть. Этот второй сон очень важен для полного восстановления сил и бодрости. Часов в 10 вечера ужинают и, не торопясь, собираются на работу.

После утренней смены домой приходят в 16—17 часов. Желательно принять теплый душ или сделать обтирание хотя бы верхней части тела. Переодеваются в легкую домашнюю одежду, немного отдыхают и вскоре обедают. Затем, если ощущается усталость, хорошо час-полтора полежать на диване, подремать. Встав, освежают лицо холодной водой и приступают к повседневным делам. Но в 10—11 вечера надо лечь спать, не забыв открыть форточку или окно.

Молодым людям рекомендуем после обеда более активный отдых — помочь по дому, потренироваться на стадионе, в спортзале или пойти в кино, в театр, музей. Спать необходимо ложиться не позднее половины двенадцатого.

Примерно тот же режим отдыха будет и при работе в вечернюю смену. Правда, утром можно подольше поспать, но встать надо не позднее 8 часов. До завтрака — зарядка, душ или холодное обтирание, а после завтрака — любое полезное дело: зайти в библиотеку, посидеть за книгой, купить продукты, помочь по дому, погулять с детьми и многое другое, что необходимо семье. Примерно в час дня или чуть позже надо пообедать, а там уже время идти на работу.

Как видите, ничего сложного в построении режима отдыха при трехсменной работе нет. Надо использовать все возможности, какие есть у каждого человека, для правильной, рациональной организации своего быта. Это помогает поддерживать нормальную жизнедеятельность организма, хорошую работоспособность и бодрое настроение.

Утренняя смена



Вечерняя смена



Ночная смена



Многие жители нашего города, когда солят огурцы, кладут в трехлитровые банки по таблетке аспирина. Это не вредно?

Г. КАНАЕВА

Город Электроугли Московской области

АСПИРИН НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КОНСЕРВИРОВАНИЯ ОВОЩЕЙ

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ последних лет показали, что систематическое употребление салициловых препаратов отнюдь не безразлично для здоровья. А как известно, аспирин представляет собой ацетилсалициловую кислоту.

Следует помнить, что аспирин, как и салициловая кислота, при длительном поступлении в организм может вызывать явления отравления: шум в ушах, понижение слуха, состояние опьянения, одышку, сыпь на коже. Салициловая кислота, кроме того, вызывает раздражение слизистой оболочки желудка.

Ввиду того, что салициловая кислота выделяется из организма главным образом через почки, употребление ее и ее производных может отразиться на функции этого органа. В Англии, например, салициловую кислоту употребляли для консервирования пива, и это привело к увеличению случаев заболевания почек.

Клинические наблюдения показали, что длительное применение производных салициловой кислоты может вызвать сенсibilизацию — повышенную чувствительность организма.

Необходимо оговорить, что случаи такого побочного вредного действия аспирина и препаратов салициловой кислоты редки. Но нельзя их и не учитывать. Поэтому лечение аспирином, салициловой кислотой, которые издавна применяются

в медицине, проводится по медицинским показаниям, в определенных дозах и под наблюдением врача.

При домашнем консервировании с применением аспирина остается неизвестным, какое количество препарата вводится в организм в течение суток, ведь один любит соленые огурцы и съест их много, а другой ограничится маленьким огурчиком. Опасность усугубляется тем, что аспирин из консервов поступает в организм длительное время, потому что заготовки делают почти на круглый год.

Консервирование аспирином таит в себе и другую угрозу. Может произойти сенсibilизация организма, и тогда в последующем лечение салицилатами, даже крайне необходимое, будет противопоказано.

В настоящее время в большинстве стран салициловая кислота как консервант официально изъята из употребления. Согласно заключению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, салициловую кислоту нельзя добавлять в пищевые продукты. Это относится и к аспирину, так как в процессе разложения большей его части в желудочно-кишечном тракте образуются салициловая и уксусная кислоты.

Ни в коем случае не употребляйте аспирин для солений и других заготовок!

Прошу ответить, можно ли мыть столовую и чайную посуду стиральным порошком.

А. СКОРОДУМОВА

Архангельск

НЕ МОЙТЕ ПОСУДУ СТИРАЛЬНЫМ ПОРОШКОМ

СТИРАЛЬНЫЕ ПОРОШКИ представляют собой смесь нескольких химических веществ. В их состав входят и так называемые поверхностно-активные вещества, обладающие способностью образовывать обильную пену, удалять загрязнения, жир.

Однако специальными исследованиями установлено, что эти соединения имеют большой недостаток: они плохо смываются. Так, сульфанол НП-1, наиболее часто применяемое поверхностно-активное вещество, обнаруживается после обработки посуды даже в восьмом-девятом смывах с тарелок, стаканов, кастрюль.

В одном из опытов был сделан одиннадцатый смыв с фаянсовой тарелки, обработанной порошком «Зеркальный». Концентрация сульфанола НП-1 оказалась равной 2,1 миллиграмма на литр. А в седьмом, восьмом и девятом смывах с кастрюли из алюминия содержание сульфанола НП-1 составляло соответственно 3,8; 3,8 и 3,7 миллиграмма на литр.

Все это показывает, что нельзя применять стиральные порошки для мытья чайной, столовой и кухонной посуды.

Наиболее целесообразно с гигиенической точки зрения мыть посуду в трех водах, используя соду или мыло, горчицу. Температура воды при первичной мойке должна быть 45—50

градусов, чтобы перевести трудноплавкие жиры в жидкое состояние. Пользоваться более горячей водой не следует. От высокой температуры остатки белковых веществ, особенно яиц, прочно закрепляются на поверхности посуды.

Сода, мыло, горчица, которые на выбор желательнее прибавлять в воду для первичного мытья посуды, способствуют отделению от поверхности органических веществ и остатков жира. В противоположность стиральным порошкам эти простые средства легко смываются с посуды и в то же время достаточно хорошо удаляют жир.

Второй раз посуду моют водой той же температуры (45—50 градусов), но уже без мыла, соды или горчицы. Во время повторного мытья заканчивается очищение посуды от всех органических веществ. После этого она готова для обеззараживания горячей водой.

Обеззараживание производится ополаскиванием водой, температура которой примерно 80 градусов. Тарелки, чашки, стаканы опускают в мойку или таз, а затем заливают их горячей водой. После ополаскивания посуду ставят сушиться на специальную решетчатую полку.

Ложки, вилки, ножи рекомендуется мыть так же, как столовую посуду.

Отвечает член редакционной коллегии,
директор ордена Трудового Красного Знамени
Института педиатрии АМН СССР, профессор
Митрофан Яковлевич СТУДЕНИКИН.

*Здравствуй, дорогая редакция!
У меня родились близнецы.
Напишите, пожалуйста, хоть немного о том,
как растить «двойняшек». Есть ли в их воспитании
какие-нибудь особенности?
С уважением*

Т. ЛЮБИНСКАЯ, закройщица фабрики «Коммунар»

Таллин

БЛИЗНЕЦЫ

НУЖДАЮТСЯ В ОСОБОМ ПОДХОДЕ

МАТЕРИНСКАЯ ИНТУИЦИЯ подсказала вам очень важный вопрос, который давно и глубоко интересует врачей, педагогов, психологов. Действительно, в воспитании близнецов есть свои особенности. Они касаются и ухода за такими малышами и руководства их физическим и психическим развитием.

Вполне естественно, что близнецы появляются на свет более слабыми, меньше весят, чем обычные дети: ведь условия их внутриутробного существования менее «комфортабельны», чем при одноплодной беременности. Роды двойнями и тройнями к тому же могут быть преждевременными, тяжелыми, требующими различных вмешательств, что тоже, конечно, отражается на детях.

Обычно «старший» ребенок, то есть тот, который родится первым, крепче второго, даже если не превосходит его по весу. Дело в том, что второй плод чаще принимает неправильное положение в матке и на нем главным образом отражаются более длительные роды.

Менее сильный ребенок требует к себе особого внимания. Если плачут одновременно оба — займитесь раньше им. Его надо прикладывать к груди первым; если вы заметили, что молока в одной груди больше или оно вытекает легче, предоставьте эти преимущества тому, кто слабее.

Но не забывайте, что и сильный не так уж силен: в первое время после рождения у близнецов бывает несколько понижена общая сопротивляемость организма. Поэтому с такими детьми надо чаще обращаться к врачу, очень аккуратно выполнять все назначения.

В нашем журнале под рубрикой «Лекторий для родителей» печатается серия статей «Хотите иметь здорового ребенка?». Советы, которые даются в этих статьях, вполне применимы и к вашим детям. Учтите, однако, что близнецы нередко отстают от обычных норм психофизического развития — они могут позже начать ползать, сидеть, стоять, ходить, говорить.

Если детей правильно воспитывают, это отставание в течение первых лет жизни постепенно ликвидируется, и близ-

нецы становятся такими же здоровыми и крепкими, как и их сверстники.

Существует предубеждение, будто близнецы обязательно болеют вместе: если захворал один, значит, то же самое ждет и второго. Это неверно! Даже при одновременном контакте с какой-либо инфекцией у одного может развиться заболевание, а у другого — нет. А когда в контакте был только один, то второй тем более имеет все шансы остаться здоровым, если вы дома сумеете уберечь его от заражения.

Заболевшего ребенка старайтесь ограждать от здорового и принимайте все меры предосторожности, которые необходимы в подобных случаях.

Близнецы обычно бывают очень дружны между собою: это объясняется не только частым сходством характеров, наклонностей, но и тем, что они растут вместе.

Дружба — источник радости. И в детстве и в предстоящей жизни она послужит каждому опорой. Но вам надо внимательно приглядываться к отношениям близнецов и, может быть, тактично и осторожно направлять их.

Пусть малыши играют вместе сколько им хочется, но старайтесь, чтобы они не сторонились и других детей. Общение со сверстниками способствует правильному психическому развитию, обогащает опыт ребенка.

Обратите внимание еще на одну деталь. У близнецов нередко задерживается развитие речи. Общаясь только друг с другом, они начинают пользоваться жестами, мимикой, искаженными, им одним понятными фразами. Это, в свою очередь, ограничивает их контакты с другими детьми, не создает стимулов для овладения словом.

Интересные исследования провел в свое время видный советский психолог А. Р. Лурия. Под его наблюдением находилось двое пятилетних близнецов — Леша и Юра. Мальчики посещали детский сад, но играли только вместе, объясняясь на «языке», понятном только им. Было решено на время поместить их в разные группы. С Юрой начали, кроме того, систематически заниматься. Уже через три месяца речь близнецов



приблизилась по лексике и грамматическим формам к нормальной речи их сверстников. Юра, разумеется, сделал большие успехи, но и брат, общаясь с ним, улучшил свою речь. Оба стали общительнее, охотнее включались в игры и занятия коллектива.

Так что следите за речью детей, и если она будет внушать опасения, обязательно обратитесь к логопеду.

Склонность к подражанию, свойственная близнецам, имеет свои хорошие и дурные стороны: они могут перенимать полезные навыки, а могут и вовлекать друг друга в нежелательные шалости и проказы. Когда дети станут подрастать, приучайте каждого из них самостоятельно оценивать свои поступки, те или иные явления.

Иногда дружба близнецов, оставаясь на первый взгляд очень тесной и нежной, приобретает характер неравноправия. Более инициативный, решительный, волевой становится как бы лидером, а другой безропотно и даже с удовольствием ему во всем подчиняется. Разумеется, это не способствует правильному формированию характера обоих, и такие отношения надо пресекать.

Задача родителей — выявить, разумно оценить склонности и способности каждого из близнецов, помочь их наилучшему развитию.

Одаренность, склад ума, интересы у двойняшек нередко бывают сходными. Известно, например, что талантливыми музыкантами были близнецы Бах — Иоганн Христофор и Иоганн Амвросий (отец Иоганна Себастьяна Баха); дирижерами с очень сходной манерой — близнецы Вольф и Вилли Гейнц; учеными-естествоиспытателями, известными полетом в стратосферу, — близнецы Огюст и Жан Пиккар. Можно назвать и более близкие примеры, скажем, братьев Майоровых, имеющих одинаковый интерес и способности к такому мужественному спорту, как хоккей.

Сходство избираемой сферы деятельности, конечно, определяется не только врожденными способностями, но и одинаковыми условиями воспитания, одинаковой средой. Склонности у близнецов могут быть разными, и искусственно

нивелировать их не надо. Совсем не обязательно, чтобы, допустим, музыкой, рисованием, хореографией, изучением иностранного языка занимались непременно оба ребенка, оба посещали одни и те же кружки, читали одни и те же книги. Пусть каждый выбирает себе тот путь, который будет способствовать наилучшему расцвету личности, наиболее правильному и эффективному приложению сил.

Может быть, вам кажется, что об этом еще думать рано? Нет, не рано! Ведь основы будущих интересов закладываются в детстве.

Вы и оглянуться не успеете, как станет пора вести ваших малышей в детский сад (воспитание в коллективе им очень полезно!), а затем и в школу.

В нашем институте тщательно изучалось физическое и психическое развитие большой группы близнецов. Резуль-

таты исследований позволяют рекомендовать для таких детей поступление в школу на год позже — не в 7, а в 8 лет. Конечно, это необходимо не всегда, а лишь в тех случаях, когда развитие шло замедленно.

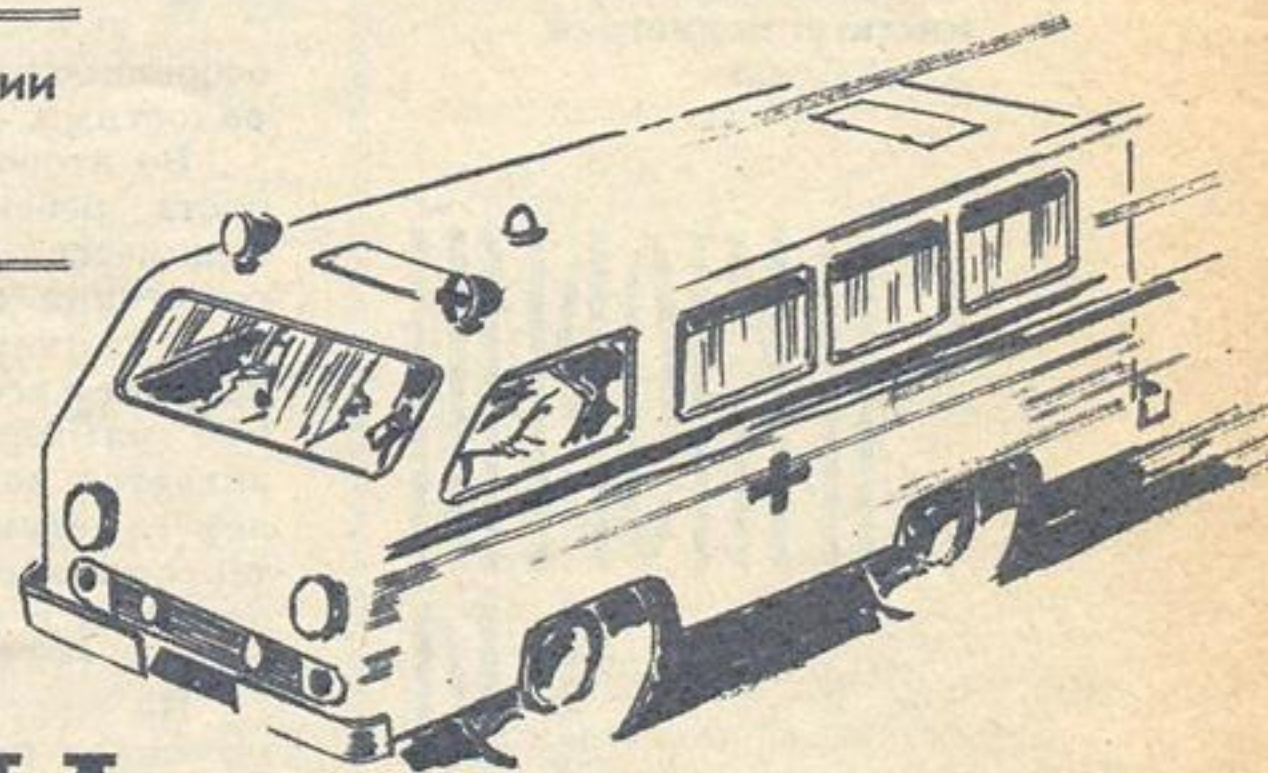
Как видите, воспитание близнецов требует особого подхода, внимания, такта. Уверены, что вы овладеете этим искусством и вырастите своих детей здоровыми, способными, образованными.

Отвечает член редакционной коллегии
доцент
Надежда Викторовна ТРОЯН

*Я несколько раз слышал
о плачевном исходе при остром животе.
Что это за болезнь с таким странным названием
и правда ли, что от нее можно умереть?*

Ф. ГЛАДКИХ

Запорожье



СИГНАЛ КАТАСТРОФЫ

ОСТРЫЙ ЖИВОТ... Действительно, странное название. Да, собственно говоря, это и не название болезни, а собирательный термин, указывающий на катастрофу в брюшной полости, которая может быть вызвана: острым аппендицитом, прободной язвой желудка, ущемленной грыжей, острой кишечной непроходимостью, острым холециститом, панкреатитом, воспалением придатков матки, кровотечением в брюшную полость, перекрутом кисты яичника, разрывом трубы при внематочной беременности и другими причинами.

Что же между ними общего? Прежде всего острота заболевания, вспыхивающего, как пожар, и необходимость экстренной медицинской помощи, в большинстве случаев хирургического вмешательства. Дело в том, что все органы, расположенные в брюшной полости, покрыты тонкой блестящей оболочкой — брюшиной. И когда в каком-либо из этих органов бурно развивается болезненный процесс, брюшина на него остро реагирует. В таких случаях и говорят об остром животе. Если упустить время, может возникнуть разлитое воспаление брюшины, прорыв гнояника — перитонит. Раньше это заболевание, как правило, кончалось смертью больного, но и в наши дни оно чревато серьезной опасностью.

«Жизнь, — говорил французский писатель Жан Лабрюйер, — это то, что люди

больше всего стремятся сохранить и меньше всего берегут». Это высказывание невольно приходит на память, когда мы, врачи, сталкиваемся с легкомысленным, бездумным поведением больных, прибегнувших к самолечению при остром животе.

Проявляется острый живот по-разному. Иногда это внезапная и постепенно нарастающая боль, которая нередко может сопровождаться рвотой, повышением температуры. Резкую боль в животе, особенно после обильной еды, люди часто склонны связывать с пищевым отравлением и спешат начать «лечение» по собственному разумению. Домашние «врачеватели», например, заставляют больного выпить пять — семь стаканов воды и затем искусственно вызвать рвоту. Но при остром животе как раз такой «метод лечения» может способствовать ухудшению общего состояния больного.

Часто встречаются и другие ошибки. Некоторые люди в таких случаях принимают до прихода врача слабительное или кладут на живот грелку, делают клизму, применяют обезболивающее средство или антибиотики. Все это не излечивает болезнь, а лишь усиливает воспалительный процесс и перистальтику, может вызвать прободение аппендикса и затушевать картину острого живота. Таким образом люди отдалают единственно спасительное средство — вмешательство

хирурга. Между тем опоздание с хирургическим вмешательством крайне нежелательно, так как может трагически закончиться для больного.

Никаких мер самолечения при заболевании брюшной полости! Боль в животе, задержка стула и газов, рвота должны насторожить и больного и его окружающих. Промедление с обращением к врачу грозит тяжелой расплатой! Пусть лучше поднятая тревога окажется ошибочной, чем запоздать с обращением к врачу. Ведь судьбу больного нередко решают не дни, а буквально часы.

Весьма поучительны данные Московского городского ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского. Приведу лишь два примера.

У молодого человека в правой половине живота возникла боль, сопровождаемая тошнотой и общей слабостью. Он принял таблетку бесалолла и решил, что этого достаточно. Ночь, однако, прошла тревожно, боль усилилась, и пришлось вызвать «Скорую помощь». Врач диагностировал острый аппендицит. Невзирая на это, больной категорически отказался от госпитализации. На третий день его привезли в институт родные в крайне тяжелом состоянии. Его срочно оперировали — удалили гангренозно измененный червеобразный отросток. Послеоперационный период

протекал очень тяжело, с явлениями перитонита.

Пожилая женщина поступила в стационар лишь на пятый день после того, как началась боль в связи с ущемлением грыжи. Дома она ставила себе грелку и тщетно пыталась вправить грыжу. В ходе операции обнаружен некроз (омертвление) кишки, часть ее была удалена. Врачам пришлось очень долго бороться за жизнь больной.

Итак, признаками острого живота являются сильная боль в животе, тошнота и рвота. Характерны также отсутствие стула, задержка кишечных газов, вздутие живота.

При этих симптомах следует немедленно вызвать врача, а до его прибытия уложить больного в постель, запретить принимать пищу и пить. Чтобы облегчить мучительную боль, можно положить на живот пузырь со льдом, снегом или холодной водой, но ни в коем случае не грелку!

Родственникам больного не следует вступать в пререкания с врачом, если он, заподозрив заболевание органов брюшной полости, настаивает на срочной госпитализации. Только в больнице можно осуществить всестороннее обследование, разобраться в сложной картине заболевания, поставить точный диагноз, оказать больному необходимую лечебную помощь или же экстренно прибегнуть к операции, предупредив возможные осложнения.



Ордена Трудового
Красного Знамени
Институт педиатрии
АМН СССР

ЛЕКТОРИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ



Редакция
журнала «Здоровье»

Ректор —
профессор
А. А. Ефимова

См. «Здоровье» №№ 6—12
за 1969 год; №№ 2, 6, 10,
12 за 1970 год; №№ 1—6
за 1971 год.

Хотите иметь здорового ребенка?

МЕСЯЦ СЕДЬМОЙ

И ТАК, вашему ребенку полгода. Наступает новый период, со своими особенностями, трудностями и радостями.

Во втором полугодии темп роста ребенка несколько замедляется. В течение седьмого месяца он подрастает всего на сантиметр-полтора и прибавляет в весе в среднем 500—600 граммов. Зато быстро развивается психика, гораздо более заметным становится интерес ко всему окружающему, особенно к взрослым и детям, их действиям, речи.

По мере того, как малыш начинает понимать все большее количество слов, его контакт со взрослыми возрастает. Теперь он внимательнее вслушивается в их речь, учится выделять некоторые слова и более тонко различать составляющие их звуки. Чтобы оценить, насколько это нелегко, представьте себе, что вы стараетесь понять иностранца.

С полугодовалыми детьми следует разговаривать короткими, простыми фразами, подчеркивая интонацией наиболее значимые слова. Играя с малышом, занимая его в часы бодрствования, показывайте и называйте ему предметы, привлекая его внимание. Чтобы была уверенность, что ребенок понял ваши слова, добивайтесь от него ответа, сначала в виде каких-либо действий. Например, на ваши вопросы: «Где ляля?», «Где тикает?» — он должен найти глазами куклу, часы.

Для таких «уроков» выбирайте объекты, доступные пониманию ребенка, знакомые ему: близких людей, крупные игрушки, части одежды. Если вы называете все то, что предельно понятно с ребенком, все свои действия и жесты, то вскоре он сможет понять и выполнить ваши просьбы: «Открой ротик», «Ложись», «Закрой глазки». Приучайте ребенка по вашей просьбе подать ручку, помахать ею («до свидания»), сделать «ладушки». Эти движения детям очень

нравятся, и они сравнительно легко привыкают связывать их со словом.

Если родители внимательны к ребенку, много и правильно разговаривают с ним, то к семи месяцам он начинает использовать звуки, чтобы обратить на себя внимание, допустим, смотрит на мать и громко повторяет «а-а-а», пока она к нему не подойдет.

Воспитывайте самостоятельность

На седьмом месяце надо развивать и способность целенаправленно действовать с предметами. Уже нет необходимости подвешивать игрушки над кроваткой: неподвижное рассматривание ярких предметов теперь может тормозить развитие движений. Игрушки лучше раскладывать в манеже, побуждая ребенка самостоятельно дотягиваться до них.

Шестимесячный малыш, занимаясь с любыми игрушками, выполняет примерно одинаковые несложные действия: берет игрушку, осматривает ее, перекладывает из руки в руку, стучит ею, бросает. Если игрушки отличаются по материалу, форме, цвету, величине, весу, он постепенно познает эти разнообразные свойства. Умение различать предметы в дальнейшем станет основой более сложных действий с ними (вкладывание одной игрушки в другую, катание шарика и тому подобное). Игрушки должны быть яркими, звучащими, такими, чтобы их удобно было взять и чтобы они привлекали внимание малыша, побуждали его к действию.

В этом возрасте у ребенка появляется потребность самостоятельно передвигаться. Первая форма овладения пространством — ползание. Оно способствует укреплению мус-

кулатуры, на которую падает нагрузка, когда ребенок сидит, ходит, стоит. Поэтому желательно, чтобы он научился ползать раньше, чем садиться. Это будет помогать формированию правильной осанки и дальнейшему физическому развитию, в частности умению вставать, стоять, ходить и опускаться, придерживаясь руками за опору. Ребенок, научившись рано сидеть, но не умея самостоятельно менять свое положение, будет подолгу оставаться в этой позе, а длительное сидение ведет к искривлению позвоночника, сдавливанию грудной клетки, вялости.

Физическое и психическое развитие, особенно в раннем возрасте, тесно связаны. Если ребенок только сидит, он получает меньше впечатлений, испытывает меньше разнообразных ощущений, столь важных для развития органов чувств. Отсутствие физической активности ограничивает и активность психическую.

Научившись же ползать, ребенок много двигается и занимается игрушками, достает привлекающие его предметы, устремляется за ними, если они откатываются, приближается к тому месту, с которого можно лучше что-либо рассмотреть или послушать. Все это расширяет его ориентировку в окружающем, воспитывает активность.

Чтобы ребенок мог научиться ползать, надо предоставить ему простор. Манеж уже становится малышу тесен; для таких упражнений можно расстелить толстое одеяло на чисто вымытом полу в комнате. Некоторые дети ползают пятась, других заносят вбок, третьи ползают на выпрямленных руках и ногах. Лучше всего приучить малыша ползать на четвереньках — это будет способствовать укреплению всей мускулатуры и тренировке координации движений. Развитию таких навыков содействуют и регулярные занятия гимнастикой.



Новые упражнения, новые процедуры

Настало время изменить комплекс упражнений. Этому возрасту свойственна значительно большая согласованность в работе мышц, что дает возможность ввести в занятия новые элементы. С шести месяцев у ребенка появляется способность длительно сокращать мышцы кисти и удерживать предметы в руке. Чтобы тренировать эту способность, движения руками можно выполнять с небольшими пластмассовыми кольцами.

В комплексе сохраняются некоторые уже знакомые вам упражнения (2, 4, 6, 12), другими предстоит овладеть.

Вот как должна выглядеть сейчас гимнастика:

1. Полукруговые движения руками. Исходное положение на спине. Дайте ребенку в руки кольца и сами, придерживая эти кольца, делайте движения выпрямленными руками ребенка снизу вверх и сверху вниз (фото 1). Повторить 4—6 раз.

2. Массаж живота. Повторить 8—12 раз.

3. «Скользящие шаги». Исходное положение на спине. Ноги малыша, сгибая в коленях, попеременно прижимайте к ягодицам. Стопы при этом как бы скользят по столу (фото 2). Упражнение повторить 4—6 раз.

4. Упражнение для стоп. Повторить 4—6 раз.

5. Активные повороты. Исходное положение на спине. Покажите ребенку игрушку и положите ее слева или справа так, чтобы малыш смог достать ее рукой. Со словами «возьми игрушку» помогите ребенку повернуться со спины на живот, придерживая его только за ноги (фото 3). Упражнение повторить 2 раза.

6. Массаж спины. Повторить 6—8 раз.

7. Приподнимание туловища. Исходное положение на животе. Придерживая ребенка за вытянутые вперед и немного отведенные в стороны руки, помогите ему приподнять туловище (фото 4). Повторить 2 раза.

8. Упражнение для мышц спины и живота. Исходное положение на животе. Одной рукой придерживайте ноги ребенка, другой покажите

игрушку, удобную для захвата. Постарайтесь, чтобы малыш взял ее сначала каждой рукой отдельно, затем обеими руками. Игрушку держите первое время на высоте 10—15 сантиметров от стола, а затем поднимите выше, до 30—40 сантиметров, чтобы в работу включались мышцы верхней части спины и поясничного отдела. Упражнение повторить 2—4 раза.

Повторите это же упражнение 2—4 раза из исходного положения на спине.

9. Вставание на ноги. Исходное положение на спине. Удерживая ребенка под мышки, на счет «раз» помогите ему сесть, «два» — осторожно поставьте на ноги, «три» — верните в исходное положение (фото 5). Упражнение повторить 2 раза.

Исходное положение на животе. Возьмите ребенка под мышки и на счет «раз» поставьте его на колени, «два» — осторожно поставьте на ноги, «три» — верните малыша в исходное положение. Повторить 2 раза.

10. Ползание за игрушкой. Исходное положение на животе, полусогнутые ноги ребенка упираются в ваши ладони, впереди ребенка на расстоянии 50—60 сантиметров — игрушка. Приговаривая «достань игрушку», помогите малышу доползти до нее. Если ребенок научился немного ползать, предложите ему взять игрушку без вашей помощи. Повторить 4—6 раз.

11. Упражнение на сопротивление. Исходное положение на спине. Полусогнутые ножки упираются в мяч, который вы держите в руках. Помогите малышу оттолкнуться от мяча (фото 6). Упражнение повторить 2—4 раза.

12. Массаж грудной клетки. Повторить 6—8 раз.

13. Упражнение для рук. Исходное положение на спине. Дайте ребенку обхватить ваши пальцы, попеременно сгибайте и разгибайте руки малыша в локтевых суставах. Повторить 6—8 раз.

14. Упражнение «сядь — ложись». Исходное положение на спине. Крепко придерживая малыша за руки, отведенные в стороны, с просьбой «сядь» приподнимите и посадите ребенка. Затем помогите ему по просьбе «ложись» лечь на спину. Если ребенок уже научился крепко держать кольца, используйте их в этом упражнении (фото 7). Повторить 2—4 раза.

Весь комплекс упражнений занимает около 10 минут. Не забывайте перед занятиями хорошо проветрить комнату. Температура в ней должна быть не ниже 19—20 градусов. Если на улице тепло (не ниже 22 градусов) и нет ветра, можно проводить занятия на воздухе, в тени.

Лето — подходящее время, чтобы ввести новые закаливающие процедуры. До сих пор вы только обливали ребенка после купания более прохладной водой и проводили воздушные ванны. Сейчас, если малыш здоров и чувствует себя хорошо, можно начать влажные обтирания тела. Лучше делайте их в комнате. Время выберите наиболее для вас удобное. Сшейте из нескольких слоев марли рукавичку, которую вы сможете, смочив в воде, надеть на руку. Первоначальная температура воды — около 35 градусов; затем через каждые три дня понижайте ее на один градус, доведя до 30.

Обтирают, а затем вытирают насухо не все тело сразу, а отдельно ручки, ножки, грудь, живот и спинку. Движения должны быть быстрыми, энергичными. Полотенце предпочтительнее мягкое, махровое. Не забудьте перед этой процедурой снять кольца и часы, чтобы случайно не поцарапать нежную кожу ребенка, а ногти у вас, конечно, всегда коротко острижены.

Режим дня остается прежним. Старайтесь, чтобы ребенок спал днем три раза по полтора-два часа, лучше всего на воздухе. Пятиразовый ритм кормления, к которому уже привык ваш малыш, остается неизменным до конца первого года.

На седьмом месяце ребенок получает три кормления грудью и два прикорма. Один из них — это овощное пюре, другой — каша. Манную кашу варите погуще, чередуйте с гречневой, овсяной, рисовой.

Раньше детям в этом возрасте начинали давать кисели. Сейчас их рекомендуют только детям с пониженным весом, а здоровым, нормально прибавляющим в весе детям кисели лучше заменить соком или пюре из свежих ягод и плодов. Они менее калорийны, но зато богаче витаминами, микроэлементами и минеральными солями.

Для приготовления сока или пюре можно использовать различные ягоды — малину, чернику, черную и крас-

ную смородину, вишню. Сырые абрикосы и персики маленьким детям давайте очень осторожно, вначале понемногу, так как они часто действуют послабляюще. Учтите, что после абрикосового или персикового пюре нельзя пить молоко и что использовать для детского питания можно только абсолютно зрелые плоды. Кожуру плодов надо обязательно снимать.

Желток давайте по-прежнему по половинке в день, а количество творога надо увеличить до 50 граммов.

Первые зубы

Около семи месяцев, как правило, у ребенка появляются зубы. Этот период у детей протекает по-разному: одни задолго до появления первого зуба капризничают и сосут игрушки, у других зубы прорезываются, не причиняя никакого беспокойства.

Беседуя с другими родителями и бабушками, вы наверняка уже слышали уверения в том, что, когда у детей прорезываются зубы, они обязательно болеют: у них повышается температура, появляются насморк, желудочно-кишечные расстройства. Действительно, в этот период могут возникнуть те или иные недомогания. Но прорезывание зубов само по себе не служит их причиной. Несколько ослабляя организм, снижая его сопротивляемость, оно, возможно, лишь предрасполагает к заболеванию. Поэтому надо быть особенно внимательным к питанию малыша, соблюдению режима и правил гигиены. А если паче чаяния он заболит, не ставьте сами диагноза, а обязательно посоветуйтесь с врачом.

Первыми появляются два нижних резца. Перед их прорезыванием ребенок обычно трет десны. Он капризничает, просыпается ночью. Многим детям просто необходимо в это время что-либо жевать. Некоторые из них с удовольствием будут сосать корку черного хлеба (без мякиша!) — ее можно смело дать, но только почаще менять размокшую корку на сухую, чтобы ребенок не отгрыз кусочек и не поперхнулся им. Следите, чтобы ребенок не грыз игрушки крашенные или имеющие острые края. Лучше всего купить



ему в аптеке специальное цветное колечко, которое удобно держать в руке. Колечко следует часто мыть, а если оно упало на пол, обдавать кипятком. Такие же колечки, кстати, можно использовать и для занятий гимнастикой.

Если же вы заметили на слизистой оболочке рта ребенка точечные белые налеты,

посоветуйтесь с врачом. Возможно, что это особая грибковая инфекция, молочница. В таком случае после каждого кормления следует давать выпить 15—20 граммов кипяченой воды, чтобы очистить полость рта от остатков молока и пищи. Беловатые пленочки нужно промокнуть марлевым тампоном, смоченным в

бледно-розовом растворе марганцовокислого калия или в двухпроцентном растворе питьевой соды. Если меры приняты своевременно, через 3—4 дня налеты исчезнут.

Надеемся, что первую профилактическую прививку АКДС малыш уже получил. Постарайтесь в ближайшее время показать ребенка вра-

чу-педиатру, который укажет дату второй вакцинации.

И еще раз напомним, хотя это для вас и не ново: в жаркое время года приходится особенно опасаться желудочно-кишечных инфекций. Соблюдайте же все правила предосторожности, чтобы лето принесло вам только радости и никаких огорчений!

Отвечает член редакционной коллегии,
директор Всесоюзного научно-исследовательского
института акушерства и гинекологии
Министерства здравоохранения СССР,
академик АМН СССР
Леонид Семенович ПЕРСИАНИНОВ

*Расскажите, пожалуйста, о препарате инфекундин.
Слышала, что он приносит вред
при длительном применении. Верно ли это?*

Ашхабад

Читательница Ю.

Дорогая редакция!

*Прошу ответить, применяется ли сейчас
такое противозачаточное средство, как зонтик.*

Рига

Н. Б.

СРОК ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЕКУНДИНА СТРОГО ОГРАНИЧЕН

НАЧНУ С ОТВЕТА НА ПЕРВОЕ ПИСЬМО. Да, срок применения инфекундина строго ограничен, и он может быть рекомендован отнюдь не каждой женщине.

Это синтетический гормональный препарат. Существуют и другие подобные ему средства. Все они содержат прогестины — вещества, аналогичные некоторым естественным гормонам человека, но обладающие гораздо большей фармакологической активностью. Прогестины тормозят выделение гормонов, которые регулируют функцию яичников, и как бы выключают эту функцию на время приема препарата. Такое выключение яичников и препятствует наступлению беременности.

Несомненно, что инфекундин и подобные ему препараты обладают некоторыми достоинствами: почти стопроцентная противозачаточная эффективность, а после прекращения применения — полное восстановление менструальной и детородной функций. И все-таки врачи назначают их очень осторожно, главным образом в тех случаях, когда по состоянию здоровья женщине не рекомендуется рожать и она не может пользоваться другими противозачаточными средствами. Причем срок, в течение которого допустим прием прогестинов, ограничен: не более года. В это время женщина должна посещать врача каждые 2—3 месяца.

Такую осторожность диктуют результаты тщательного исследования и всесторонней проверки действия гормональных препаратов.

Гормональные препараты оказывают противозачаточное действие только при условии регулярного применения. Вместе с тем доказано, что длительный прием подобных средств влечет за собой нарушение нормальной жизнедеятельности организма. Кроме того, могут быть и прямые противопоказания для применения синтетических прогестинов, ибо они способны вызывать, хотя и редко, серьезные осложнения, в частности тромбоэмболию. В начале приема препаратов обычно наблюдаются такие явления, как нагрубание и боль в молочных железах, легкая тошнота, головокружение, зуд кожи.

Синтетические прогестины можно назвать лекарствами, ибо их применяют и в лечебных целях, например, при эндометриозе и воспалительных заболеваниях половых органов. Как и всякое лекарство, они могут принести и пользу и вред. Это еще раз заставляет повторить: решать вопрос о возможности использования инфекундина для предупреждения беременности должен врач и только врач!

Не случайно гормональные препараты в отличие от большинства других противозачаточных средств продают в аптеках только по рецепту.

ТЕПЕРЬ ПЕРЕХОЖУ К ОТВЕТУ НА ВТОРОЕ ПИСЬМО.

Внутриматочные противозачаточные средства (ВМС) — дуги, зонтики, петли, кольца — получили в последние годы широкое распространение во многих странах. По данным Всемирной организации здравоохранения, например, уже к 1967 году ими пользовались около 8 миллионов женщин. Применяются они и в Советском Союзе.

Накопленный опыт позволяет сделать вывод, что эти средства достаточно надежно предохраняют от зачатия. Как свидетельствуют наблюдения, проведенные в США, оно происходит не более чем у двух-трех женщин из ста, применявших ВМС.

Если же беременность наступает, женщина может ее сохранить, ВМС не мешают нормальному развитию плода, прибегать к аборту нет необходимости. После родов петля или, допустим, зонтик выпадает из матки.

Все это говорит в пользу применения внутриматочных средств. Однако и у этого метода есть свои «но». Самое главное: ВМС пригодны только для тех женщин, у которых нет никаких гинекологических заболеваний. Кроме того, введение их в матку — это серьезная манипуляция, выполнить ее может только врач-гинеколог, прошедший специальную подготовку. Предварительно он должен обследовать женщину и

определить, какое внутриматочное средство наиболее ей подходит.

После введения ВМС, особенно в первые месяцы, иногда возникает боль внизу живота, появляются бели, кровянистые выделения. Тогда врач решает, можно ли в этом случае оставить в матке противозачаточное средство или придется прибегнуть к другому методу предохранения.

Если же все благополучно (а об этом опять-таки судит врач во время специ-

альных контрольных осмотров — вначале через каждые три месяца, а потом раз в год), ВМС могут оставаться в матке в течение двух-трех лет. После этого их надо удалять. Материалы, из которых они изготовлены, со временем теряют эластичность, стареют. Если врач сочтет возможным, через 2—4 месяца после удаления ВМС из матки можно будет снова ввести их.

Итак, как видите, оба способа, о которых здесь говорилось, не могут быть

ни безоговорочно рекомендованы, ни категорически отвергнуты. И у того и у другого есть свои достоинства и свои недостатки. И тот и другой требуют сугубо индивидуального подхода. Это и понятно, ведь речь идет о вторжении в организм. И врачу приходится каждый раз взвешивать и решать, какое противозачаточное средство поможет уберечь женщину от нежелательной беременности и абортов, не нанося при этом урона ее здоровью.

Мне 28 лет. Пять лет назад у меня была эрозия шейки матки. Все прошло благополучно, а сейчас эрозия возобновилась. Отчего она образуется? И почему возобновляется? Как от нее избавиться и как уберечься?

Одесса

Л. Б.

ЭРОЗИЯ ТРЕБУЕТ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ТЕРМИН «эрозия» в буквальном переводе с латинского означает «разъедание». Суть этого заболевания шейки матки заключается в повреждении ее слизистой оболочки. Вызывают же это повреждение, как правило, длительные гнойные выделения, возникающие в результате воспаления шейки матки. Стекая из ее канала, они постепенно «разъедают» эпителиальный покров — он размокает, размягчается, слущивается. Поврежденные участки слизистой оболочки приобретают вид ссадины. Так образуется истинная эрозия.

Причиной воспалительных процессов в шейке матки, которые в конечном счете приводят к эрозии, бывает инфекция. Но, как известно, в здоровых тканях она обычно не гнездится. А вот в тканях травмированных, например, в результате искусственного прерывания беременности, она легко находит для себя благоприятную почву. Поэтому эрозия, как свидетельствуют врачебные наблюдения, — одно из частых следствий аборта. Иногда возникает она после родов, сопровождавшихся разрывами шейки матки. Может быть вызвана и каким-либо иным механическим повреждением слизистой оболочки, допустим, во время неаккуратного спринцевания. Известны также случаи, когда это заболевание возникло у женщин, пытавшихся применить для прерывания беременности концентрированные растворы различных химических веществ.

Иногда эрозия образуется во время беременности, а после родов исчезает. Такой временный процесс может быть

связан с изменениями в эндокринной системе.

Истинная эрозия чаще всего существует недолго — 1—2 недели.

Затем поверхность поврежденных участков постепенно покрывается слоем цилиндрического эпителия вместо обычного многослойного плоского. В результате истинная эрозия превращается в так называемую ложную, или псевдоэрозию. Обычно этому способствует воспалительный процесс в шейке матки. Ложная эрозия может сохраняться очень долго. Цилиндрический эпителий легко травмируется, и поэтому возможны частые рецидивы.

Естествен вопрос: существуют ли признаки эрозии, которые должны насторожить женщину? Да, иногда появляются бели, преимущественно гнойные, боль в крестце, чувство тяжести внизу живота (оно возникает, когда в результате болезненных процессов шейка матки отекает и объем ее увеличивается). Но это — заболевание коварное, нередко оно протекает бессимптомно, ничем не давая о себе знать, может приобретать хронический характер, а иногда становится причиной тяжелых осложнений. Установлено, что подобные поражения нередко предшествуют развитию злокачественных новообразований.

Как правило, эрозия обнаруживается во время гинекологического обследования совершенно неожиданно для женщины. Вот почему периодические контрольные осмотры так важны, особенно для тех, у кого в прошлом были аборты, роды или какие-либо гинекологические заболевания.



Если процесс не запущен и больная лечится аккуратно, обычно происходит полное заживление эрозии в течение шести — восьми недель.

К сожалению, некоторые женщины после лечения настолько успокаиваются, что перестают периодически посещать врача. Между тем инфекция способна длительное время оставаться в тканях. Она может активизироваться и спровоцировать новый воспалительный процесс и возобновление эрозии. О возможности рецидивов забывать ни в коем случае нельзя!

Если систематическое консервативное лечение не приносит успеха, приходится прибегать к прижиганию электрическим током эрозированного участка слизистой оболочки шейки матки (диатермокоагуляции) или иссечению, тоже с помощью электротока, конуса шейки матки (диатермоконизации). Эти несложные вмешательства надежно избавляют от эрозии.

Заживление тканей завершается в течение шести — двенадцати недель. В это время надо особенно строго следовать советам врача.

Осложнения возникают очень редко, однако они возможны. Самое серьезное из них — кровотечение из шейки матки во время отторжения струпа. Если это происходит, требуется немедленная медицинская помощь. Иногда ее могут оказать только в стационаре.

Через 3—4 месяца после полного выздоровления необходимо пройти контрольный врачебный осмотр, а в дальнейшем, как и каждой здоровой женщине, не реже двух раз в год входить на профилактических осмотрах.

Отвечает член редакционной коллегии,
заведующий сектором Лаборатории проблем
управления функциями в организме человека и животных
имени Н. И. Гращенкова АН СССР, профессор
Григорий Наумович КАССИЛЬ



*Уважаемая редакция!
С детских лет меня преследует головная боль.
Врачи утверждают, что я страдаю болезнью,
которая носит название мигрень.
Прошу ответить, чем вызвано это заболевание,
можно ли надеяться на полное выздоровление.*

М. СМЕРНОВА

Кишинев

МИГРЕНЬ

МИГРЕНЬ — ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, наиболее характерным признаком которого является так называемая гемикрания — боль, локализуемая в одной половине головы. Лицо при этом краснеет, перед глазами проносятся мушки, огоньки, в ушах звенит.

Больные нередко предвидят, предчувствуют наступление приступа. Они слышат гул, звон, ощущают воображаемые запахи, жалуются на головокружение, озноб, повышенную раздражительность, неоправданную нервозность. Обычно боль при мигрени захватывает лобную, височные или затылочную области головы. Иногда человек испытывает буравящую боль над глазами, в челюстях и даже в спине.

У женщин мигрень бывает чаще, чем у мужчин, и протекает более тяжело. Случается, что появление приступов совпадает с началом менструаций. Нередко мигрень носит наследственный характер. Тщательно опрашивая больных, удается выяснить, что их родители, братья, сестры жаловались на головную боль.

Мигрень — заболевание сосудов, в основе которого лежит нарушение вегетативно-гормональной регуляции. Сосуды, не получая точных, безошибочных сигналов, расширяются в тех случаях, когда должны были сузиться, и суживаются вместо того, чтобы расшириться. В результате нарушается кровоток в мозгу. Эти явления характерны для начала приступа мигрени.

Специальными исследованиями установлено, что, как правило, еще до того, как больной почувствовал головную боль, происходит резкое сужение (спазм) мозговых сосудов, в первую очередь затылочной области. Кровь, которая при каждом сокращении сердца поступает в мозг по внутренним сонным и позвоночным артериям, встречает на своем пути неожиданное препятствие — суженные сосуды. Емкость сосудистого русла в мозгу значительно уменьшается, и оно не в состоянии вместить всю массу крови, поступающей в полость черепа. Часть крови, не имея возможности проникнуть в мозг, сворачивает в боковые ветви, питающие мягкие ткани головы.

Мышцы и сухожилия черепа переполняются кровью, сосуды их растягиваются и начинают усиленно пульсировать. При каждом сокращении сердца они стремительно расширяются, значительно сильнее, чем у здоровых людей, и затем резко суживаются. Перепады внутрисосудистого давления и являются одним из источников боли. Нервные окончания, заложенные в стенках крупных и мелких артерий, начинают передавать в центральную нервную систему сигналы о неблагополучии, о расстройстве кровообращения, о растяжении стенок сосудов. Эта сигнализация воспринимается корой головного мозга как мучительное болевое ощущение.

Стенки сосудов не в состоянии выдержать столь резкие колебания в уровнях давления крови. Их проницаемость постепенно увеличивается. В окружающие ткани в избыточном количестве начинают проникать составные части крови и содержащиеся в ней продукты тканевого обмена. Они фильтруются, как бы проталкиваются сквозь стенки артерий, артериол и капилляров. Это приводит к на-

растающему отеку тканей. Мышцы, сухожилия, надкостница черепа пропитываются жидкостью, набухают и, совершенно естественно, сдавливают нервные окончания.

Так возникает дополнительный, но отнюдь не последний источник болевого раздражения. В отекших тканях накапливаются и задерживаются некоторые химические соединения, которые в обычных условиях уносятся током крови. Появляются вещества сложного состава и строения, известные под названием кининов. Они обладают особым свойством — повышать чувствительность к боли окончаний нервных волокон. Всюду, где образовались и скопились кинины, болевое ощущение возникает при самых незначительных раздражениях. Но не одни кинины усиливают боль в тканях черепа. Здесь обнаруживаются и другие вещества подобного действия — гистамин, ацетилхолин.

Отек тканей, усиленная пульсация сосудов, нарушение проницаемости сосудистых стенок создают картину, похожую на воспаление. От истинного воспаления его отличает отсутствие инфекции — бактерий, токсинов. Вот почему оно получило название стерильного, неинфекционного воспаления. Боль при этом становится особенно жестокой, подчас невыносимой.

Следует подчеркнуть, что организм не остается безразличным к развитию приступа. Он борется с нарушениями функций, стремясь противопоставить им наиболее действенные меры физиологической защиты.

Как только возникает спазм мозговых сосудов, мобилируются средства, способствующие расширению сосудистого русла. В крови повышается содержание веществ, расширяющих сосуды, увеличивается активность ферментов, способных разрушать продукты нарушенного обмена. Иными словами, освобождаются «склады», в которых до поры до времени хранятся своеобразные заготовки, необходимые для восстановления равновесия и усиления защитных сил организма.

Иногда все это приводит к желанной цели и приступ мигрени затухает в самом зародыше. Человек может и не заметить, что находился на опасной грани. Но если мобилизация защитных сил оказывается недостаточной, болезнь дает о себе знать.

Как правило, вмешательство врача в самом начале приступа мигрени позволяет прервать его развитие, ослабить головную боль. Тепло, действие некоторых препаратов приостанавливают прогрессирование приступа.

Помогают нередко и самые простые меры, такие, как тугое бинтование головы, когда сдавливаются височные артерии. Это знают и сами больные. Туго завязав голову полотенцем, они подчас спасают себя от мучительной боли.

На стадии стерильного воспаления борьба с головной болью особенно трудна. В зависимости от характера приступа, состояния больного, возраста, артериального давления врач назначает покой, смягчающие или снимающие боль препараты, средства, способствующие снижению артериального давления.

Эффективность лечения мигрени во многом зависит от устранения тех вегетативно-гормональных расстройств, которыми обусловлено заболевание сосудов.

Очень важно наладить правильный режим труда и отдыха, сна и бодрствования, своевременное питание. Больному необходимо избегать волнений, отрицательных эмоций. Прогулки на свежем воздухе, физкультура, спорт улучшают кровообращение, закаливают и тренируют сосуды. Величайшую опасность таят всевозможные излишества и особенно алкоголь, способствующий нарушению функций и повышению проницаемости сосудов.

При упорной головной боли не принимайте без разбора средства болеутоляющего действия в надежде, что то или иное лекарство вам поможет. Обязательно обратитесь к специалисту. Это закон, и игнорировать его нельзя. Только врач может определить тактику терапии.

Мигрень требует длительного и систематического лечения. Лишь в этом случае можно рассчитывать на полное выздоровление.

Отвечает член редакционной коллегии,
ректор Первого Московского ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени И. М. Сеченова,
член-корреспондент АМН СССР
Михаил Ильич КУЗИН

Расскажите, пожалуйста, о сотрясении мозга
и о первой помощи пострадавшему.

Г. ЕМЕЛЬЯНОВА

Город Фрунзе

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИЕМАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

СОТрясением мозга называют комплекс симптомов, свидетельствующих о нарушении функции центральной нервной системы. Развиваются эти симптомы непосредственно после травмы черепа, как закрытой, так и открытой (ушибы головы без нарушения целостности кожных покровов, ранение черепа тупыми предметами, огнестрельное ранение). В большинстве случаев нарушение функций центральной нервной системы при сотрясении мозга носит обратимый характер и не связано с непосредственным механическим повреждением мозговой ткани. В более тяжелых случаях на фоне сотрясения мозга отмечается ушиб мозговой ткани как в участке, прилежащем к месту удара по покровам черепа, так и в области, противоположной месту приложения удара. Иногда сотрясение мозга может сочетаться с повреждением сосудов и внутримозговым кровоизлиянием или вдавленным переломом костей черепа с последующим сдавлением мозговой ткани.

Сразу после травмы черепа очень трудно отличить сотрясение мозга от ушиба или сдавления его. Да это и не требуется для выбора метода оказания первой, доврачебной помощи.

Чаще встречается легкая форма сотрясения мозга. В момент травмы человек кратковременно теряет сознание, но затем чувствует себя удовлетворительно. В первые минуты после возвращения сознания теряется ориентировка в окружающем, отмечается общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, головная боль. Наряду с этим наблюдается бледность кожных покровов, повышенная потливость. Иногда сознание полностью не выключено, но затуманено. Нередко у пострадавших нарушается память, они не могут вспомнить события, предшествовавшие травме.

При сотрясении мозга средней тяжести все симптомы более выражены и держатся более длительное время; улучшение самочувствия наступает не столь быстро, как при легкой степени.

При тяжелой форме сотрясения мозга потеря сознания исчисляется многими часами и даже днями. У больных — выраженные нарушения функций нервной системы, дыхания, деятельности сердца.

Оказание помощи при сотрясении мозга проводится по общим принципам оказания помощи пострадавшим с черепно-мозговыми повреждениями. Первоочередная задача в этих случаях — поддержание жизненно важных функций дыхания и сердечной деятельности. Именно эти функции нередко бывают нарушены при тяжелой черепно-мозговой травме, в том числе при тяжелом сотрясении мозга.

В первую очередь необходимо освободить шею и грудь от частей одежды, стесняющих дыхание, освободить дыхательные пути (нос, рот) от слизи и рвотных масс.

Если у пострадавшего прекратилось дыхание, нет пульса и не прослушивается сердце, надо немедленно приступить к искусственному дыханию и закрытому

Если помощь оказывает один человек, надо чередовать два вдувания воздуха в легкие пострадавшего с пятнадцатью толчками на грудину.



Если два человека оказывают помощь, то один из них делает одно вдувание воздуха, а другой затем — пять толчков на грудину, или два-три вдувания воздуха и пятнадцать толчков на грудину.



массажу сердца. Под плечи ему подкладывают валик, сделанный из скатанной одежды, подушки или подручных материалов, голову запрокидывают назад, нижнюю челюсть выдвигают вперед. Так достигается хорошая проходимость воздухоносных путей. На лицо пострадавшему накладывают носовой платок или марлю.

Производящий искусственное дыхание становится сбоку на колени, делает глубокий вдох и с силой выдыхает воздух в раскрытый рот пострадавшему, зажимая пальцами его ноздри. Вдувать воздух следует резко и до тех пор, пока грудная клетка пострадавшего заметно расширится. После каждого вдувания она сама спадает, обеспечивая выдох. Таких активных вдохов делают не менее 12 в минуту. Этого вполне достаточно для поддержания искусственной вентиляции легких.

В тех случаях, когда не удается открыть пострадавшему рот, например, из-за спазма жевательной мускулатуры, воздух вдувают через нос.

Одновременно для восстановления сердечной деятельности необходимо начать закрытый массаж сердца. Лучше, если это возможно, чтобы массаж проводил второй человек.

Встав на колени, оказывающий помощь кладет ладони на нижний конец грудины пострадавшего, располагая их друг над другом под прямым углом. Пальцы рук надо приподнять, чтобы толчки производить только кистью. Обими руками производят 50—60 энергичных, коротких толчков в минуту. При этом грудина смещается в сторону позвоночника примерно на 4 сантиметра. Происходит механическое сжатие сердца, и кровь из него выталкивается в аорту. После толчка надо сразу расслабить руки, не снимая их с груди пострадавшего, тогда полость сердца снова наполнится кровью из вен.

Детям в возрасте до 10—12 лет закрытый массаж сердца проводят одной рукой, делая в минуту 60—80 толчков.

Массаж сердца должен сочетаться с искусственным дыханием так, чтобы каждое вдувание чередовалось с четырьмя-пятью энергичными толчками в грудину.

Искусственное дыхание и массаж сердца не следует прекращать ни на минуту до прихода врача или до появления самостоятельного дыхания.

Задача оказания первой помощи значительно облегчается, если функция дыхательной и сердечно-сосудистой систем не нарушена. При этом также необходи-

мо убедиться в том, что дыхательные пути свободны от слизи и рвотных масс, а одежда не стесняет дыхания.

Пострадавшего необходимо непременно положить даже в том случае, если он быстро придет в сознание, иначе вскоре снова может появиться головокружение, тошнота и рвота, а иногда больной вновь теряет сознание.

В тех случаях, когда на голове больного имеется рана, ее необходимо закрыть асептической повязкой, используя индивидуальный пакет, бинт, марлю. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, то его голову поворачивают на левый бок, чтобы в случае возникновения рвоты содержимое желудка свободно вытекало наружу.

Иногда пострадавший, находясь в бессознательном состоянии, совершает беспорядочные, неосознанные движения. Голову его необходимо фиксировать: широким бинтом привязать к носилкам или держать руками.

Каждого пострадавшего с черепно-мозговой травмой и признаками сотрясения или ушиба мозга надо обязательно отправить в лечебное учреждение или вызвать врача. Только врач может определить тяжесть повреждения и назначить необходимое лечение.

Отвечает член редакционной коллегии,
заведующая кафедрой детских инфекционных болезней
Центрального ордена Ленина института
усовершенствования врачей
Министерства здравоохранения СССР, профессор
Мария Ефимовна СУХАРЕВА

Дорогая редакция!

Моему племяннику поставили диагноз —
инфекционный мононуклеоз.

Раньше я о таком заболевании никогда не слышала,
может быть, это что-то новое? Заразительно ли оно?

Правильно ли, что ребенка лечат дома?

Какой надо соблюдать режим? Пожалуйста, расскажите.

Московская область

С. СМЕРНОВА

Инфекционный мононуклеоз не опасен

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ не новое заболевание. Еще в 1885 году крупнейший русский педиатр Н. Ф. Филатов дал первое подробное клиническое описание этой болезни. Вот почему инфекционный мононуклеоз называют также болезнью Филатова.

Встречается это заболевание не так уж редко.

Инфекционное происхождение болезни Филатова не вызывает сомнения. Однако возбудитель еще пока точно не установлен. Предполагают, что это вирус.

Инфекционный мононуклеоз наблюдается преимущественно у детей и юношей, но не исключена возможность заболевания в любом возрасте. Дети до 10 лет составляют около половины всех больных, подростки и юноши — около 25 процентов. Наиболее редко он поражает грудных детей и стариков. Мальчики болеют несколько чаще, чем девочки (в соотношении 3 : 2).

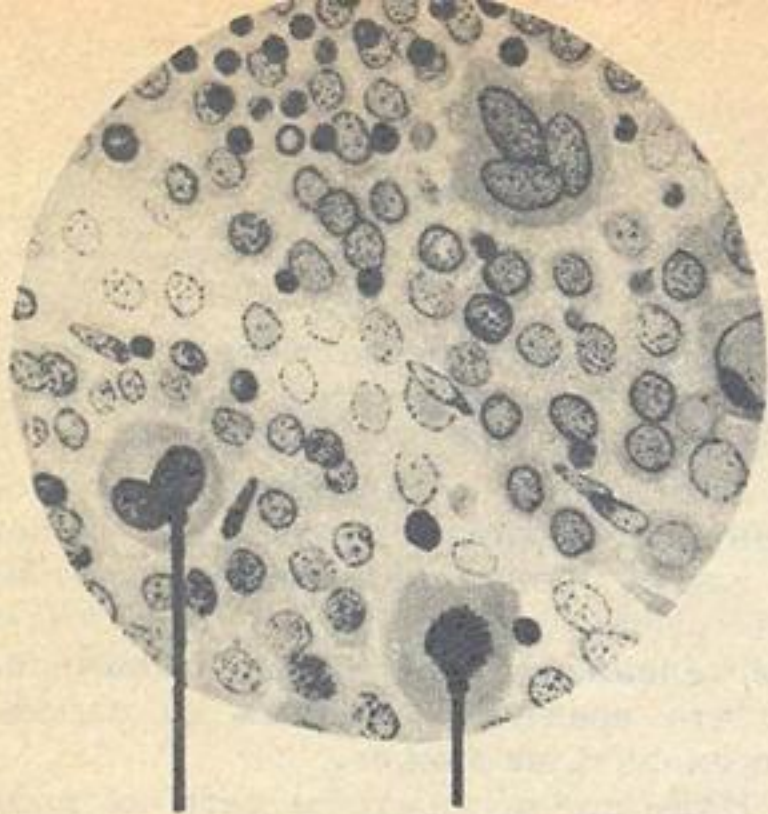
Заразительность инфекционного мононуклеоза невелика. Если в семье заболевает один человек, то от него редко

заражаются другие; в детских садах, яслях заболевание одного ребенка тоже, как правило, не передается многим, как это бывает, допустим, при кори, ветряной оспе, скарлатине.

Инфекционный мононуклеоз — заболевание крови, для которого характерно массивное размножение одноядерных клеток белой крови — мононуклеаров (отсюда и название). Мононуклеары размножаются в костном мозге, лимфатической ткани, селезенке и других органах. В связи с их усиленной выработкой увеличиваются лимфатические узлы, небные миндалины, аденоиды, а также печень, селезенка.

Эти изменения могут на первый взгляд казаться сходными с тем, что наблюдается при злокачественных заболеваниях крови. Однако, к счастью, это лишь внешнее подобие. Процессы, происходящие в лимфоидной ткани при инфекционном мононуклеозе, носят временный характер и в дальнейшем бесследно исчезают. Спешим вас успокоить: заболевание у вашего племянника не опасное.

Один из постоянных признаков инфекционного мононуклеоза — ангина. Небные миндалины увеличиваются, часто даже покрываются налетами. Из-за одновременного увеличения глоточной миндалины и аденоидов больному трудно дышать носом, голос становится сдав-



Под микроскопом (большое увеличение) отчетливо видны указанные стрелками крупные мононуклеарные клетки лимфатического узла шеи.

ленным, а лицо немного одутловатым. Иногда появляется сыпь, похожая на коревую или скарлатинозную. В связи с поражением клеток печени кожа и слизистые оболочки глаз, рта изредка могут приобретать желтоватый оттенок. Температура бывает повышенной до 38 и 39 градусов.

У одних больных все эти симптомы развиваются постепенно, достигая мак-

симума на пятый — седьмой день, у других значительно быстрее — в течение одного-двух дней.

Рассказывая о признаках заболевания, мы хотим еще раз обратить внимание родителей на необходимость раннего обращения к врачу, хотим решительно предостеречь от попыток самим ставить диагнозы и заниматься самолечением. При мононуклеозе, например, основываясь на том, что у ребенка болит горло и повышена температура, многие матери начинают сами давать ему то стрептоцид, то антибиотики. Без назначения врача, без точной, обоснованной дозировки такие препараты всегда могут вместо пользы принести вред. А при данном заболевании особенно вредно наугад наводнять организм лекарствами. Не оказывая воздействия на основную причину возникших нарушений, они лишь ослабляют ребенка.

Если инфекционный мононуклеоз протекает тяжело, больного госпитализируют и в условиях стационара проводят необходимое лечение. Но чаще всего это не требуется. Так как мононуклеоз обычно протекает благоприятно и мало опасен для окружающих, больной может оставаться дома. Вероятно, у вашего племянника именно такая, наиболее ти-

пичная форма заболевания, когда госпитализировать его нет необходимости.

Пока температура повышена (часто она держится 5—7 дней, но может сохраниться и дольше) и два-три дня после того, как она стала нормальной, ребенок должен оставаться в постели. Есть ему можно не все: нужна диета, щадящая печень.

Диета нужна только в острый период болезни, то есть не более чем на 2—3 недели, так как функции печени нарушаются на короткое время.

Разумеется, нельзя сразу переводить ребенка с постельного режима на обычный — разрешать ему много гулять, бегать. К этому надо переходить постепенно, тем более что первое время после выздоровления он еще слаб.

Вас не должно пугать, если врач скажет, что у ребенка увеличены лимфатические узлы, селезенка или печень. Уменьшение размеров лимфатических узлов, печени и селезенки происходит длительно, на протяжении нескольких недель или даже месяцев, так же длительно могут сохраняться изменения крови; на состоянии больного это не отражается.

Еще раз повторяю: инфекционный мононуклеоз — заболевание не опасное.

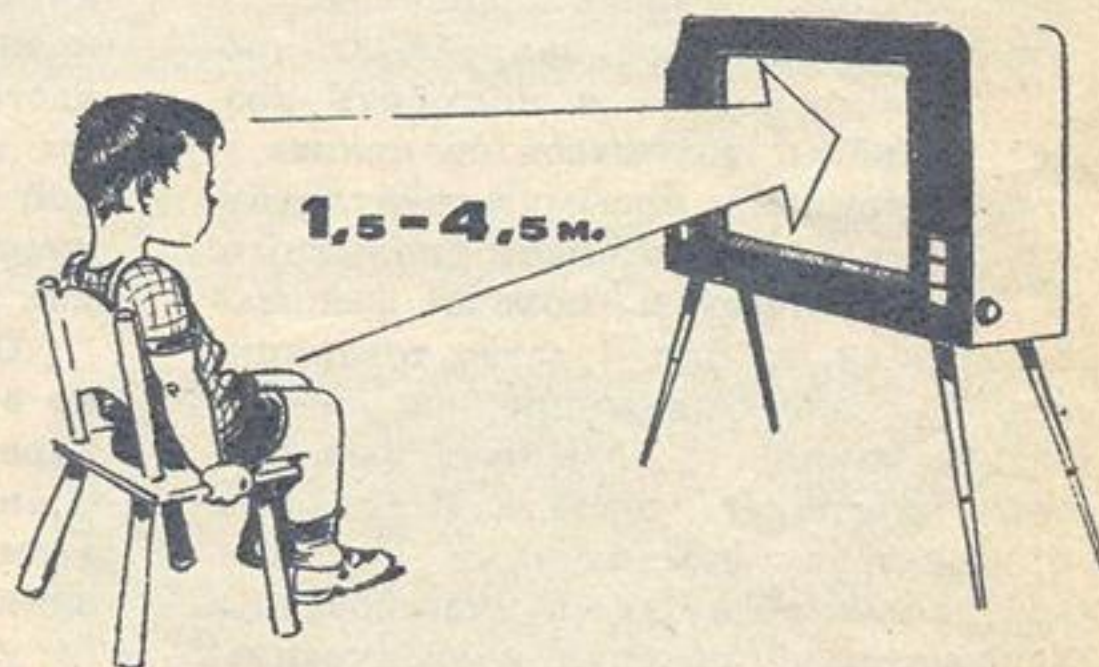
Отвечает член редакционной коллегии, заместитель директора Научно-исследовательского института гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения СССР, профессор Сергей Михайлович ГРОМБАХ

Нас, родителей годовалого ребенка, который уже проявляет если не интерес, то по крайней мере любопытство к телевизору, интересует ряд практических вопросов: с какого возраста можно смотреть телевизионные передачи, на каком расстоянии от экрана находиться, как влияет включенный телевизор на спящего и бодрствующего ребенка, какова допустимая продолжительность непрерывного просмотра передач для детей разного возраста?

Очень хотелось бы найти ответ на страницах журнала.

М. и В. БОГДАНОВЫ

Ленинград



ДЕТЯМ СМОТРЕТЬ ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ МОЖНО С ТРЕХ ЛЕТ

ВЫ СОВЕРШЕННО правы: интерес маленького ребенка к телевизору скорее объясняется любопытством, которое вызывает у него всякий новый, необычный предмет. Саму суть передачи он не в состоянии осмыслить, она превращается для него просто в сумму раздражителей, утомляющих зрение, слух, нервную систему и потому очень вредных. Смотреть теле-

передачи детям можно лишь начиная с трех-четырех лет.

И для старших детей телепередача утомительна, хотя они сами этого не замечают. Усиленная зрительная работа (особенно если телевизор неисправен), громкие звуки, напряжение внимания — все это не проходит бесследно для легко возбудимой нервной системы ребенка. Поэтому, когда ваш ре-

бенок станет старше и будет «допущен» к телевизору, придется контролировать это увлечение.

Передачи детям можно смотреть только для них предназначенные: по содержанию и по длительности они соответствуют возможностям восприятия маленького человека.

Специальными исследованиями, проведенными в нашем институте старшим

научным сотрудником Е. К. Глушковой, установлено, что длительность просмотра телевизионных передач не должна превышать для детей дошкольного возраста 20—30 минут, для младших школьников — одного часа.

Чтобы избежать перенапряжения зрения, следует соблюдать правильное расстояние от экрана: если телевизор последних образцов, с большим экраном, — не ближе 1,5 метра и не дальше 4,5—5. Если телевизор с маленьким экраном (старого образца), то не ближе одного метра и не далее 3 метров.

Очень важно регулировать освещение комнаты. Не рекомендуется смотреть передачи в полной темноте. Ком-

ната должна быть слегка освещена, и при этом так, чтобы блики от лампы не попадали на экран.

Зрительное утомление возникает, разумеется, только у тех, кто смотрит передачу, но звук утомляет всех находящихся по соседству с телевизором.

Иногда думают, что шум не действует на ребенка. Мнение это глубоко ошибочно: детям шум даже более вреден, чем взрослым. Поэтому если ваш малыш в комнате, старайтесь, чтобы телевизор не работал по нескольку часов подряд и не включался на полную мощность.

Если ребенок спит, можно, конечно, включить телевизор (а когда же еще ро-

дителям спокойно посмотреть передачу!), но звук при этом должен быть сильно приглушен.

Вас волнует, не является ли включенный телевизор источником опасного для здоровья излучения. Специальные исследования показали: излучение телевизора настолько незначительно, что вредного влияния на здоровье оно оказать не может.

Надо следить, чтобы дети не подходили к задней стенке телевизора. Из присущего им любопытства они могут попытаться засунуть руку внутрь, а это, если телевизор включен, может привести к несчастному случаю — поражению электрическим током.

Дорогая редакция!

Прошу написать, разрешается ли школьникам ходить в длительные походы, какие существуют правила.

Сергей ПУЛЯЕВ, ученик 7-го класса

Херсонская область

И РАЗРЕШАЕТСЯ И РЕКОМЕНДУЕТСЯ

ТУРИЗМ — увлекательнейшее и очень полезное занятие. Он помогает понять и полюбить красоту природы, научиться ее ценить и беречь, обогащает новыми впечатлениями, знаниями, полезными навыками.

В туристическом походе воспитывается воля, куется чувство товарищества. Активное движение на свежем воздухе закаляет, повышает выносливость, укрепляет здоровье. И мы, врачи, рекомендуем мальчикам и девочкам школьного возраста участвовать в туристических походах и экскурсиях.

Однако учтите: дети школьного возраста могут ходить в походы только вместе со взрослыми. А директорам школ, начальникам пионерских лагерей мы хотели бы еще раз напомнить, что руководителями походов должны быть люди опытные, знакомые с гигиеной туриста, хорошо знающие местность, авторитетные для ребят.

Небольшие прогулки — до пяти километров — доступны даже для первоклассников. А начиная с 12 лет можно уже уходить в двухдневный поход с ночевкой. Школьникам 13—14 лет вполне по силам маршруты общей протяженностью до 20—25 километров.

В дальние походы, особенно с ночевкой, могут ходить только вполне здоровые ребята — те, кто в школе за-

нимается физической культурой в основной группе. Ребятам же послабее, часто болеющим (в школе они отнесены к подготовительной или специальной медицинской группе), разрешается участвовать лишь в ближних прогулках и экскурсиях.

Отправляться в поход можно только в том случае, если чувствуешь себя хорошо, — ведь придется идти в достаточно быстром темпе, нести груз. Поэтому даже крепким, хорошо тренированным ребятам надо воздерживаться от участия в походах сразу после какого-либо заболевания.

Приобщаться к туризму советуем постепенно, начиная с маршрутов малой протяженности.

Чтобы поход удался и не принес вместо пользы и удовольствия вред и огорчение, надо к нему умело и тщательно подготовиться.

Прежде всего правильно одеться, чтобы не было слишком тяжело и жарко. Очень важно, чтобы обувь была по ноге — не тесная и не слишком просторная, нигде не терла и не давила. Не должна она быть и жесткой. Удобнее всего легкие спортивные кеды.

В дорогу надо брать самое необходимое — только то, что разрешит руководитель похода. Ведь в пути каждый килограмм становится тяжелее!

Запомните, ребята, что вес вашей поклажи не должен превышать:

в 11—12 лет — 4 килограммов,

в 13—15 лет — 5 килограммов.

Лучше всего уложить все вещи в рюкзак, чтобы руки у вас оставались свободными.

Хочу дать вам несколько маленьких, но очень важных советов.

Во время ходьбы дышите глубоко, через нос.

Идите с такой скоростью, чтобы за час преодолевать около четырех километров.

Через каждые 3—4 километра делайте небольшие привалы на 10 минут, а в середине пути — большой привал часа на два. На время отдыха нужно снять рюкзак, обувь, сесть или лечь, что-нибудь подстелив.

Ни в коем случае не пейте воду из встречающихся на пути ручейков, непроверенных колодцев! Если идете в поход ненадолго, берите с собой кипяченую воду. Если же надолго, — кипятите ее на костре.

Не ешьте и даже не пробуйте на вкус неизвестные вам ягоды: они могут оказаться ядовитыми.

Остерегайтесь укусов змей.

Умейте оказать первую помощь.

Желаю вам, ребята, доброго пути!



Эстафета романтики

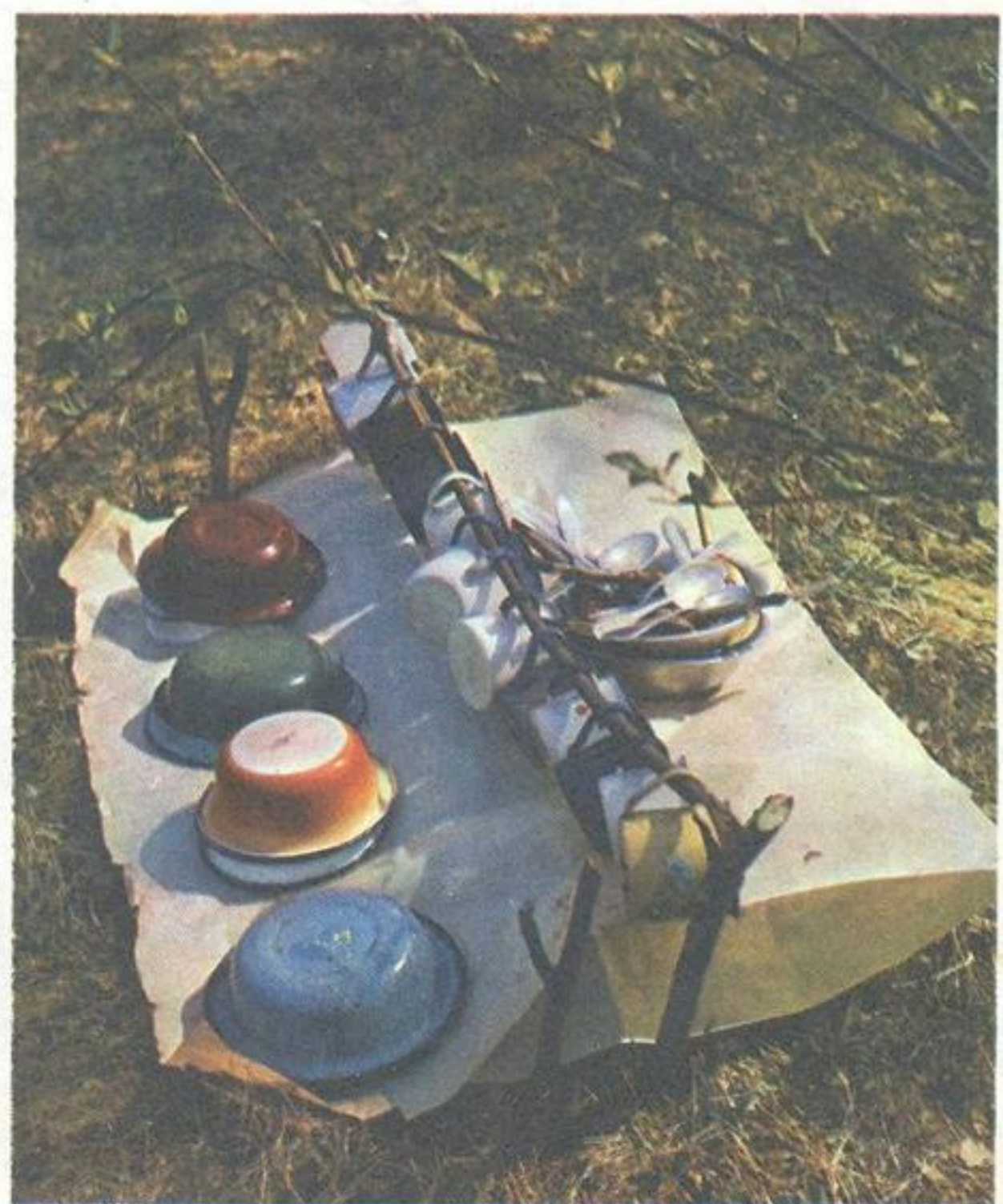
— Многие ли взрослые москвичи могут гордиться тем, что прекрасно знают Подмосковье? — спрашивает преподаватель физкультуры московской школы № 36 Антонина Дмитриевна Давыдова. — А вот наши старшеклассники могут!


Туризмом в школе начинают заниматься с 10—11 лет. К первому походу младшие ребята готовятся под руководством пионервожатых. Старшие показывают младшим, как быстро установить палатку, приучают помогать друг другу в походе, знакомят с различными туристскими премудростями: как, например, правильно развести костер, быстро и гигиенично расстелить походную «скатерть-самобранку».

Чем старше ребята, тем сложнее маршруты. Пройдет несколько лет, и участники сегодняшнего похода сами станут инструкторами, поведут по лесным тропам своих младших товарищей.

Так в школе передается эстафета туристских походов, эстафета здоровья, бодрости, романтики.

Фото и текст Вл. Кузьмина.






Ужаснулся пылесос
И воскликнул: «Братцы, SOS!
Мне с такой красавицей
Никогда не справиться».



Он в ногу с модою идет,
А от старушки отстает:
Попробуйте-ка догоните
Кого-нибудь в подобном виде!



Если подол по земле
волочится,
Может вполне и беда
приключиться!

Модниц никто ущемлять
не желает
(Мы выражаемся фигурально),
Но все же, случается,
ущемляют.
Такая опасность вполне
реальна.

Болезни моды

Рисунки и текст Л. САМОЙЛОВА



Отвечает член редакционной коллегии,
заведующая отделом охраны материнства и детства
нашего журнала
Дина Соломоновна ОРЛОВА

НАКАЗЫВАЯ РЕБЕНКА, ВЫ НАКАЗЫВАЕТЕ СЕБЯ

РЕДАКЦИЯ получила письмо от пятиклассника:

«Хочу спросить, можно ли бить такого мальчика, как я, если он учится на «4» и «5»? Правильно ли это или нет? Можно бить или нельзя? Прошу об этом напечатать в журнале «Здоровье».

НЕУЖЕЛИ его действительно бьют? Может быть, это свойственное ребенку преувеличение, домысливание? Мы направили письмо в городской отдел народного образования (по понятным читателям причинам не называем ни имени ребенка, ни города, где он живет). И вот пришел ответ на официальном бланке.

«Факты подтвердились. Родители очень строги по отношению к сыну. В школе он учится на «4» и «5», в музыкальной — на «3» и «4». Отец поставил цель: сын должен учиться только на «5», как учился в начальных классах. Этой цели в семье решили достичь, прибегая главным образом к физическому наказанию.

Родители не учитывают возможностей сына. Он способный ученик, но учиться в двух школах одновременно трудно, мальчик быстро утомляется.

Организатор внеклассной и внешкольной работы провела с родителями беседу. Она будет систематически бывать в семье и помогать в воспитании ребенка».

Итак, факт проверен и подтвердился. Меры приняты. Но как-то не приходит удовлетворение, которое всегда рождается, когда редакции удастся добиться того, что мы на своем профессиональном языке называем «действительностью». И почему-то не радостно смотреть на письмо ребенка, написанное так прилежно и старательно.

Уж очень, вероятно, далекими и чужими казались ему родители в тот час, когда сел он выводить эти ровненькие (на столь желанную им пятерку!) строки. И очень, вероятно, далеки для них были его переживания, неведом его внутренний мир, если они и не подозревали, какими путями решил их сын избавиться от порки.

«Если вы бьете вашего ребенка, для него это во всяком случае трагедия, или трагедия боли и обиды, или трагедия привычного безразличия и жестокого детского терпения.

А вы сами, взрослый, сильный человек, личность и гражданин, существо с мозгами и мускулами, вы, наносящий удары по нежному, слабому, растущему телу ребенка, что вы такое?»

Этот гневный вопрос принадлежит замечательному мастеру советской педагогики А. С. Макаренко.

Он утверждал, что родительский деспотизм порождает не только безволие, трусость, «слякотность» характера. Он способен породить и детский деспотизм, возникающий из естественного чувства протеста.

Мы не знаем, как проходила беседа педагога с родителями. Может быть, они оправдывались тем, что били, желая ребенку добра. Может быть, даже уверяли, будто эта мера дает успех.

Допускаем: стремясь избежать наказания, мальчик не раз просиживал лишние часы над тетрадями и получал пятерку. Но как же горька была ее цена! И что приносила эта пятерка, кроме утешения родительскому тщеславию?

Наша школа призвана не только дать определенную сумму знаний. Она настойчиво решает и другую, не менее важную задачу — открыть ребенку радость учения, возбудить в нем жажду познания, ту жажду, без которой нет ни исследователя, ни конструктора, ни вообще хорошего работника. Не в отметках как таковых, не в похвалах родителей и учителей, а именно в самом процессе познания должен ребенок находить самое большое удовлетворение. Это не значит, что ему всегда должно быть легко. Но и в овладении трудным должен он увидеть интерес.

Страх перед наказанием несовместим с таким интересом; он гасит, затаптывает в грязь самое драгоценное, что есть в отношении ребенка к учению, — вот эту живую радость.

Труд по принуждению, из страха перед физической болью есть рабский труд, независимо от того, что делает человек — дробит камень или решает арифметическую задачу. Такой труд нельзя любить. Он не может стать внутренней потребностью, которую мы стремимся воспитать в детях. Ребенок, способный, послушный, но, как огня, боящийся тройки, ибо она влечет за собой наказание, может вообще возненавидеть учение.

Вред физических наказаний сейчас слишком хорошо известен, чтобы о нем надо было писать много. Слово «розги», от которого дрожали когда-то и босоногие мальчишки и затянутые в мундиры гимназисты, незнакомо нашим детям. Не только рукоприкладство, причинявшее серьезную боль, но и беглые шлепки и подзатыльники сейчас, к счастью, выходят из родительского обихода. К счастью, ибо при всей их безобидности они наносят огромный урон формированию характера, унижая ребенка, приучая его к мысли, что можно ударить, толкнуть, можно допустить насилие над тем, кто слабее и беззащитнее.

Советская педагогика упорно боролась и борется против физических наказаний. Они рассматриваются у нас как нравственный криминал, как мера, несовместимая с моралью социалистического общества, как огромное зло. Именно потому в отделе народного образования и отнеслись так серьезно к детскому письму.

Вероятно, если бы физические наказания не стали у нас редки, если бы мальчик видел то же в семьях своих товарищей, он не прислал бы письма в редакцию. Весь его небольшой жизненный опыт, все, что он знает о себе и о других, подсказали ему: что-то неладное, несправедливое совершают его родители.

Детей бить нельзя! Это истина, не терпящая в нашем обществе никаких оговорок и компромиссов.

Физические наказания — трагедия для ребенка. Но они могут стать трагедией и для родителей. Ибо, даже внешне смирившись, ребенок не забудет причиненных ему страданий, не сможет быть нежным и откровенным с родителями. Это ли не самое тяжкое наказание для вас, отцы и матери?

Дорогая редакция!

В № 1 вашего журнала я прочел статью «Хотите иметь здорового ребенка?». А я хочу спросить вас: почему это вы даете такие задания отцу?

Прибрать квартиру, приготовить белье для новорожденного, закупить все необходимое в аптеке. А что же будет делать мать во время своего родового декретного отпуска? Вот пусть и займется этими делами.

Сколько вы наговорили отцу! Да еще ночью вставать к ребенку, а утром, не отдохнув и недоспав, идти к станку, вести троллейбус и т. д. и т. п.

Многие женщины, особенно молодые, начитавшись ваших советов, превращаются вообще в лентяек и не желают ничего делать по дому, а от мужа требуют, чтобы он обеспечил их материально и дома все делал, а они стремятся к легкой жизни, ни о чем не заботясь, ни за что не отвечая.

Осиповичи Белорусской ССР

Читатель П.

ОТЦЫ, ЭТО ВАШ ДОЛГ!

ОЧЕНЬ трудно полемизировать с человеком по таким вопросам, не зная его, не представляя себе, в какой семье он живет, не имея возможности даже обратиться к нему по фамилии: в письме он сообщает о себе весьма лаконично: «Читатель П.».

Впрочем, нас выручает то, что читатель, не пожелавший назвать себя (видимо, чувствуя где-то свою неправоту), пишет как будто не о себе. Он пытается обобщать. А это тоже дает нам право обсуждать не конкретную ситуацию, а типичные, общие положения.

Но для начала по конкретному поводу: для чего дается женщине декретный отпуск? Нет, уважаемый товарищ П., не для того, чтобы она побольше занималась хозяйством, убирала и мыла квартиру, ходила в магазины, делала покупки!

Совсем другое, гораздо более важное назначение этого отпуска. Он дается для того, чтобы мать отдохнула перед родами, подготовилась к ним физически и морально, чтобы она могла много бывать на свежем воздухе, регулярно посещать врача, чтобы у нее не было необходимости делать то, что ей уже трудно или неудобно в такие поздние сроки беременности.

Хороший отдых и правильный режим матери способствуют благополучному течению родов и появлению на свет здорового ребенка. Дородовой отпуск — одна из первых важнейших мер социальной охраны новых поколений.

Напомним вам, что предоставление отпусков беременным женщинам входило в число программных требований нашей партии еще в дореволюционное время, что декрет об оплачиваемых отпусках для будущих матерей был издан в первые дни установления Советской власти. И с тех пор, какие бы трудности ни испытывала страна, какие бы сложные вопросы она ни решала, забота о женщине-матери всегда оставалась одной из главных.

Вместе с ростом экономических возможностей нашего государства увеличивались льготы беременным и кормящим матерям, возрастала продолжительность их отпуска.

В Директивах XXIV съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 годы предусматривается установить для всех работающих женщин оплату отпуска по бе-

ременности и родам в размере полного заработка независимо от трудового стажа.

Как видите, Советское государство неизменно ставит женщину-мать в привилегированное положение. Так должно быть и в семье. Да так оно и бывает. Поэтому кажется даже удивительным, что будущий отец может считать для себя в тягость, например, купить в аптеке какие-то мелочи. Конечно, мать могла бы сделать это и сама: задание несложное. Но в аптеке можно встретиться с больным человеком, а беременную женщину надо особенно тщательно ограждать от контактов с инфекцией.

Уборка квартиры накануне возвращения из родильного дома матери с новорожденным, вероятно, самая радостная из всех «генеральных» уборок, проводящихся в доме. Так неужели не должен, не хочет и папа принять в ней участие и сделать то, что требует приложения мужской силы?

Мы напоминали отцу, что в первые недели, пока мать еще слаба, ее следует освободить от стирки пеленок. И это никак нельзя рассматривать как серьезное посягательство на время и достоинство мужчины.

Учтите, что беременность и роды — большая физическая и эмоциональная нагрузка для женщины. Пройдет не менее полутора месяцев, прежде чем силы ее полностью восстановятся, вернется обычная работоспособность.

Но участие в уходе за ребенком — это нечто большее, чем помощь матери. Это — совместное, волнующее и радостное прочтение новой страницы семейной жизни, которую открывает рождение ребенка. Это — укрепление взаимного согласия и взаимного понимания, в том числе и понимания ребенка.

Как часто отцы жалуются на отчужденность своих взрослеющих сыновей и дочерей, как обидно им бывает, что подросток живет какой-то своей, обособленной жизнью! Но они забывают о том, что, может быть, сами посеяли зерна этой обособленности, вначале отстранившись от ухода за малышом, а потом, когда ребенок подрастал, — от повседневного общения с ним.

Заметили ли вы, что маленькие дети часто говорят о себе не в единственном, а во множественном числе: «Мы ляжем спать», «Мы будем есть, одеваться, гулять, играть».

Мы — это нерасторжимое единство со взрослым, с тем, кто постоянно рядом.

Если папины руки, лицо, улыбка, ощущение теплоты его плеча, к которому так уютно прильнуть, не войдут в рой первых, еще смутных воспоминаний самого раннего детства; если и позже ребенок будет воспринимать папу как лицо второстепенное (он не кормит, не одевает, не водит гулять), то с возрастом может не возникнуть потребность в общении с ним.

Вы, наш читатель П., жалеете отца, который возьмет на себя слишком много родительских обязанностей. А жалеть надо того, кто от них откажется. Он лишит очень многого не только ребенка, жену, но и самого себя.

Каждый прожитый нами сегодняшний день предопределяет день завтрашний. И поверьте, что отцы, которые то ли по молодой своей беспечности, то ли по эгоизму, то ли следуя дурной традиции, отказываются от ухода за ребенком, наверняка в какой-то момент жизни горько почувствуют свою ошибку.

А теперь о женах-«лентяйках». Увы, нельзя утверждать, что вообще не существует ленивых и чрезмерно требовательных женщин. Но в подавляющем большинстве женщины не любят, не хотят да просто-напросто не имеют возможности лениться. Статистика свидетельствует, что более половины всех работников народного хозяйства нашей страны — женщины. Причем они не только строители, ткачихи, врачи, учителя, инженеры, агрономы. Большинство из них еще и матери. И уж наверняка почти каждая ведет домашнее хозяйство.

Социологи подсчитали, что свободного времени у женщин гораздо меньше, чем у мужчин, что их фактический рабочий день (на производстве плюс дома) гораздо длиннее мужского. Нет, нет, товарищ П.!

Проблема женской лени отнюдь не может считаться актуальной.

Вас тревожит то, что отец, который по совету журнала будет иногда ночью подходить к плачущему ребенку, утром должен, «не отдохнув и недоспав, идти к станку, вести троллейбус».

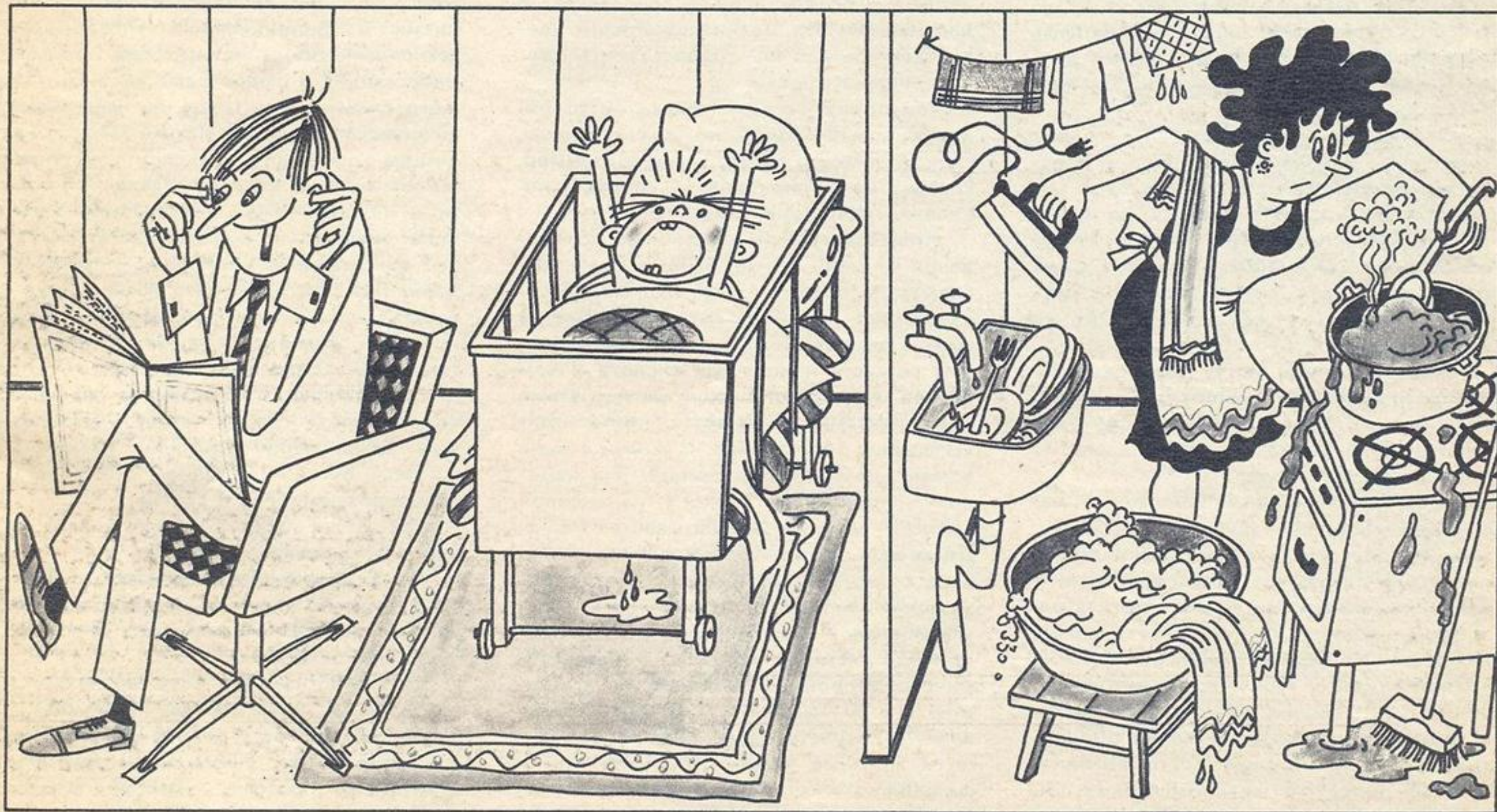
Согласны: трудно работать, не выспавшись и не отдохнув. Кто-кто, а матери, не знающие спокойного сна все годы, пока ребенок мал, просыпающиеся от каждого его вздоха, вполне понимают это. Но что делать? Родительское счастье не дается легко. И чтобы разделять его с матерью, несомненно, надо разделить и обязанности.

В наше время, когда женщины все больше вовлекаются в общественное производство, когда они наравне с мужчиной вносят свой вклад в общий семейный бюджет, когда сфера их духовных интересов и потребностей стала отнюдь не меньшей, чем у мужчины, постепенно отходит в прошлое понимание домашнего труда как чисто женского. Во всем мире мужчины начинают сейчас сознавать, что они должны, обязательно должны помогать своим женам в уборке, стирке и даже приготовлении обеда.

Некоторые социологи предсказывают, что хозяйственность, которую раньше считали сугубо женским достоинством, скоро будет очень цениться в мужчине, даже играть роль в выборе супруга. Если у вас, уважаемый товарищ П., растет сын, не воспитывайте его в духе пренебрежения к домашнему труду.

В заключение признаемся: ваше письмо нас очень и очень огорчило. Хочется верить, что оно было написано в минуту раздражения и что, поразмыслив, вы, как и большинство наших читателей, согласитесь с тем, что уход за ребенком — дело не только материнское, но и отцовское!

Рисунок В. Шкарбана.



Отвечает член редакционной коллегии,
профессор кафедры
Первого Московского ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени И. М. Сеченова
Всеволод Александрович ГАЛКИН

*Расскажите, пожалуйста, почему образуются камни
в желчном пузыре, в чем проявляется это заболевание
и можно ли его предотвратить.
С уважением*

Куйбышев.

Т. ИЛЬИНА

ЖЕЛЧНОКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ

КАМНИ желчного пузыря — довольно распространенное и давно известное заболевание. Уже в старинных медицинских книгах, например, в русских летописях, обнаруживаются сведения о желчных камнях и о способах лечения этой болезни. Древние знали и о том, что камни чаще образуются у людей тучных, ведущих малоподвижный образ жизни.

Что же такое камни желчного пузыря? Это образования различной формы, величины и консистенции, которые развиваются в желчном пузыре и печеночных ходах.

Они могут иметь форму и величину горошины, фасоли, небольшого куриного яйца, пшеничного зерна, маковой росинки, причудливую форму коралла, ромба, куба. Количество их бывает тоже разным: от одного-двух до многих десятков и даже сотен мелких камней обнаруживается в желчном пузыре во время операций.

Желчные камни могут образовываться из холестерина, минеральных солей, кальция или пигментного красящего вещества билирубина, которые в норме входят в состав желчи.

Холестериновые камни напоминают застывший воск, замазку или пластилин, если их опустить в воду, они плавают, легко расплавляются. Билирубиновые и кальциевые желчные камни — это образования, по виду, весу и цвету похожие на хорошо отшлифованные морской волной камешки или кусочки антрацита, шлака. Они тяжелы, тонут в воде.

Какие же причины вызывают образование камней? Прежде всего воспалительный процесс в желчном пузыре. Он может развиваться вследствие проникно-

вения различных микроорганизмов (стафилококк, кишечная палочка, стрептококк) в желчный пузырь из кишечника через систему желчных путей, а также по кровеносным и лимфатическим сосудам. При развитии воспалительного процесса в желчном пузыре наступают некоторые физико-химические изменения в желчи, при которых ее составные части (билирубин, кальций, холестерин) выпадают в осадок в виде кристаллов. В дальнейшем эти мелкие кристаллы увеличиваются, как бы «обрастая» наподобие снежного кома.

Так образуются не только чисто билирубиновые камни, но и смешанные, слоистые. Центр такого камня, например, состоит из билирубина, а вокруг — наслаения холестерина и кальция.

Кроме воспаления, причиной образования камней может быть и так называемая дисхолия, то есть нарушение соотношения главных составных частей желчи (холестерина, холестериноподобных веществ и желчных кислот). В том случае, если соотношение между этими компонентами изменяется, происходит выпадение холестерина из желчи в виде камнеподобных образований. Эти изменения происходят уже в печеночной клетке — там, где вырабатывается желчь. Дисхолия — результат нарушения жирового обмена в организме. Нередко нарушения связаны с переизбытком, с изменениями в деятельности нейро-эндокринной системы, особенно в климактерическом периоде (в 40—50 лет у женщин и в 50—60 лет у мужчин). Именно в этом возрасте чаще всего и образуются желчные камни. Замечено, что у женщин это страдание бывает чаще, чем у мужчин.

Способствуют возникновению камней и малоподвижный образ жизни, а также условия труда, при которых работа связана с пребыванием в одной позе, например, согнутое положение тела у чертежников.

Нужно сказать, что в настоящее время изменяется характер работы на заводах и фабриках. В связи с вступлением в строй все большего числа производств с конвейерно-поточными линиями и дистанционным управлением технологическими процессами человек, работающий в сфере даже так называемого физического труда, не испытывает физической нагрузки. Кроме того, с развитием городского транспорта, установлением в домах лифтов, появлением почти в каждой семье телевизоров люди стали значительно меньше двигаться. Такое двигательное «голодание», преобладание «сидячего» образа жизни, безусловно, способствует расслаблению мускулатуры желчного пузыря, а следовательно, и застою в нем желчи.

Несомненно, что развитию желчных камней способствуют также паразитарные заболевания желчного пузыря и желчных путей — лямблиоз, описторхоз, аскаридоз, амебиаз и другие.

Какой же вред приносят желчные камни организму?

Камень травмирует слизистую оболочку стенки желчного пузыря, вызывает патологические спазмы его мускулатуры, приступы боли.

Особенно сильная боль возникает в том случае, когда камень проникает в пузырный проток. Грозное осложнение желчнокаменной болезни — закупорка пузырного протока, которая иногда может привести к водянке, нагноению и

даже разрыву желчного пузыря и к воспалению брюшины.

Существуют и так называемые «немые камни». Чаще всего это небольшие, гладкие холестериновые камни, которые не травмируют стенку желчного пузыря, «ведут себя спокойно», «не бунтуют». Человек может прожить до глубокой старости и не знать, что он является обладателем желчных камней. Но иногда «молчавшие» десятки лет камни могут вдруг «заговорить». Причины, вызывающие приступ боли, разнообразны: тряская езда, обильный прием алкоголя, пищевая «перегрузка» с употреблением солений, копченостей, жира, сильное нервное перенапряжение.

Не может ли сложиться впечатление, что возникновение желчных камней неизбежно? Ведь среди причин, вызывающих камни, много таких, которые встречаются в жизни каждого: возрастные сдвиги в нейро-эндокринной системе, «сидячий» образ жизни, переизбыток.

Конечно, камни образуются далеко не у всех людей, но профилактика желчнокаменной болезни обязательна для всех и особенно для тех, у кого среди ближайших родственников (отец, мать, братья, сестры) имелось или имеется это заболевание.

Какие же профилактические меры признаны в настоящее время наиболее целесообразными?

Прежде всего это рациональный режим, который должен соблюдать каждый человек современного общества. Обязательный элемент режима — прогулка на свежем воздухе хотя бы в течение часа в день или ходьба пешком на работу и с работы. Не менее важна 10-минутная утренняя гимнастика, включающая упражнения и для мышц брюшного пресса. Это совершенно необходимо людям, ведущим малоподвижный образ жизни. Важен и достаточный (7—8 часов в сутки) сон в проветренном помещении.

Большое внимание следует уделять режиму питания.

Нужно помнить, что прием пищи — стимул для желчеотделения. Чем реже принимается пища, тем дольше желчь застаивается в желчном пузыре. В связи с этим обстоятельством рекомендуется принимать пищу четыре раза в день: утром — первый легкий завтрак. Есть очень много не следует, так как сразу после сна пищеварительные железы еще не подготовлены к активной деятельности, с утра не рекомендуется употреблять и большое количество жидкости. Второй завтрак или обед (это зависит от привычек, традиций, условий) должен быть приблизительно через 5 часов после первого завтрака. Следующий прием пищи приходится уже на вечерние часы, как правило, после работы. Это либо обед, либо полдник. И, наконец, несмотря на многочисленные противоречивые суждения о времени и характере ужина, следует, на мой взгляд, отметить, что не надо опасаться ужинать перед сном. Нельзя признать убедительным вывод о том, что полезен сон на голодный желу-

док; правда, ночью секреция пищеварительных желез несколько угнетена, но ощущение голода может мешать полноценному сну. Только ужин не должен быть обильным.

Главное — однажды принятый ритм приема пищи следует неуклонно соблюдать. Тогда пищеварительные соки будут активно выделяться в одни и те же часы, а это способствует полноценному процессу пищеварения.

Рацион здорового человека должен включать все необходимые продукты — вредно лишь переизбыток, но не менее вредно и резко ограничивать себя в таких, например, необходимых организму веществах, как жиры. Правда, людям, предрасположенным к заболеваниям печени или с начальными проявлениями этих заболеваний, следует исключить из рациона свиной, бараний и говяжий жир, но сливочное и растительное масло должно обязательно присутствовать в дневном рационе.

Овощным приправам к мясу, рыбе, дичи нужно отдать предпочтение перед различными мучными изделиями (вермишель, макароны). Чрезвычайно полезны с точки зрения желчегонного эффекта свекла, а также и редька, которую обычно употребляют в пищу в тертом виде с подсолнечным маслом.

Важнейшей мерой, которая предотвращает дальнейшее образование камней, нужно считать создание условий, препятствующих застою желчи. Для этого необходимо принимать пищу не реже шести раз в сутки, приблизительно

са — простокваша, кусочек белого хлеба, стакан отвара шиповника.

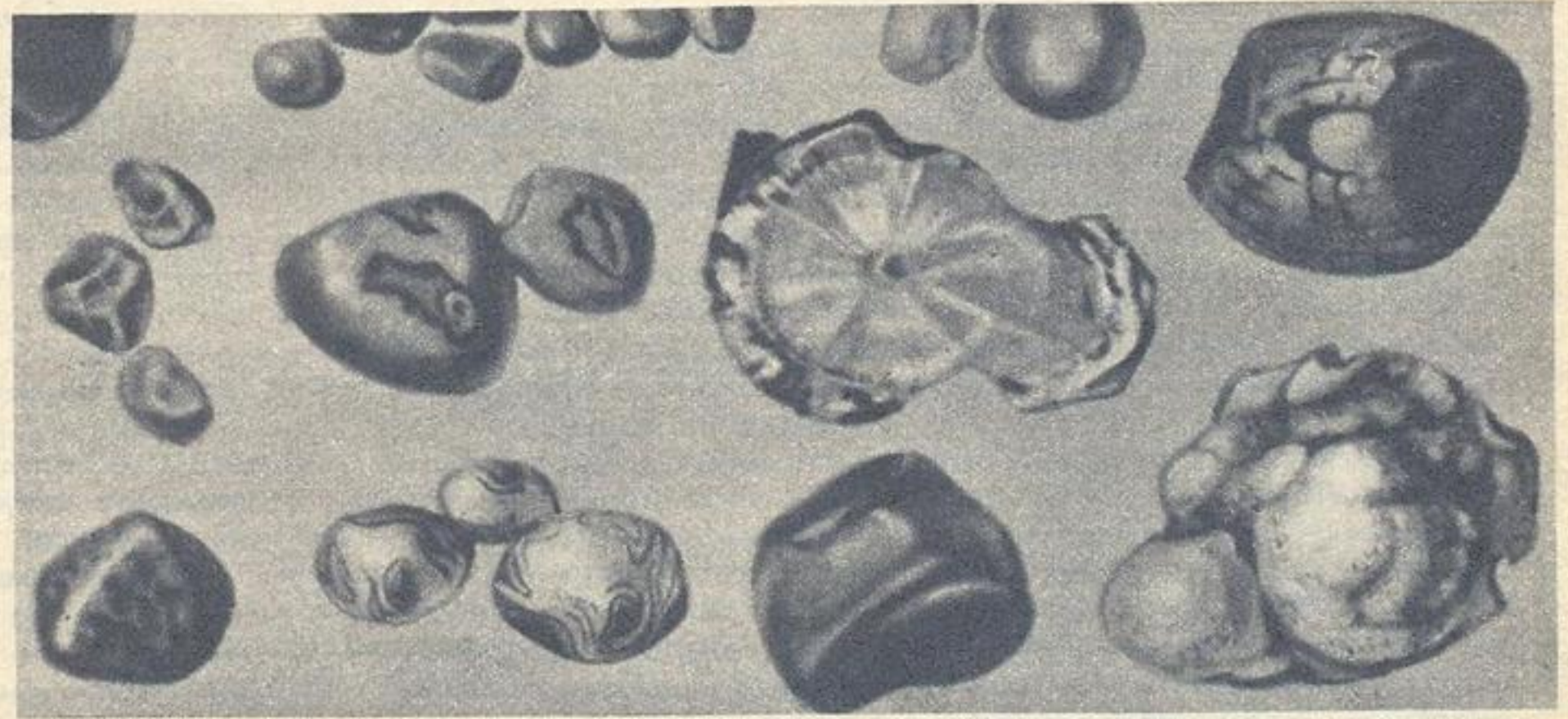
Если человек просыпается ночью, то целесообразно поставить рядом с кроватью и выпить стакан молока, разбавленного водой, или жидкого чая.

Это сугубо примерное меню может быть расширено за счет национальных блюд, привычных больному. Однако всегда должен быть соблюден следующий принцип: есть нужно часто и немного, не следует употреблять грубые жиры (говяжий, свиной, бараний), жареные блюда, с пряностями, спиртные напитки.

В рацион надо обязательно включать полноценные белки (мясо, творог, рыбу); не менее 30—40 граммов сливочного масла, причем лучше не в чистом виде (не намазывать на хлеб), а класть в картофельное пюре, в кашу; 20—30 граммов растительного масла в качестве приправы, например, к винегрету.

В значительной степени составление рациона связано с кулинарным воображением как врача, так и самого больного, однако необходимо помнить о том, что стол должен быть разнообразным, а пища всегда совершенно свежей. Консервированных продуктов следует избегать. Нецелесообразно, например, употреблять супы и вторые блюда суточной и большей давности. Нельзя забывать и такую деталь: нежелательно заправлять супы поджаренной мукой — в этом случае образуются вещества, приносящие вред печени.

Некоторые больные пренебрегают диетой, рассчитывая на действие так на-



Так выглядят камни желчного пузыря

через каждые 3—4 часа. Например, в 8 часов утра — первый легкий завтрак — паровые котлеты, отварная нежирная рыба, овощное пюре, простокваша, не очень горячий, умеренно крепкий чай; в 11 часов — стакан яблочного компота и кусочек вчерашнего белого хлеба; в 14 часов — небольшое количество овощного или молочного супа, вареная курица, жидкий кисель; в 17 часов — стакан молока или фруктового сока; в 20 часов — паровой белковый омлет, гречневая или манная каша, компот или кисель; в 23 ча-

зываемых камнерастворителей. По этому поводу следует сказать, что в настоящее время в мире нет средств, которые бы действительно растворяли желчные камни. Существующие так называемые камнерастворительные средства являются просто сильными желчегонными лекарствами, которые следует применять с осторожностью и только по указанию врача.

Итак, соблюдение диеты, режима дня и питания — действенная мера предупреждения образования желчных камней.

Отвечает член редакционной коллегии,
заведующая лабораторией
ордена Трудового Красного Знамени
Института микробиологии и эпидемиологии
имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи, АМН СССР,
член-корреспондент АМН СССР
Полина Андреевна ПЕТРИЦЕВА

От каких животных и в какое время года
чаще заражаются бруцеллезом?
И можно ли избежать этого заболевания?

Г. ТКАЧЕНКО

Харьковская область.

Угроза заражения возрастает весной и летом

БРУЦЕЛЛЕЗ — инфекционное заболевание людей и сельскохозяйственных и домашних животных — коров, овец, коз, свиней, лошадей, ослов, мулов, кошек, собак. Возбудители заболевания — патогенная группа бактерий, названных бруцеллами по имени английского ученого Брюса, который в 1886 году открыл эти микроорганизмы.

Бруцеллез распространен почти во всех странах мира, но особенно в тех местностях, где разводят мелкий рогатый скот — овец и коз. Народом Средней Азии задолго до открытия возбудителя бруцеллеза была печально известна болезнь, которую они метко называли «козьей лихорадкой». Больные козы и овцы — носители наиболее опасного для людей типа бруцелл.

Выкидыш, рождение мертвого или слабого плода — явное свидетельство заболевания животного. Абортированный плод, плацента и околоплодная жидкость содержат неисчислимое количество бруцелл, обладающих большой заразительной силой. Но и в том случае, когда беременность у больного животного нормальная, оно остается переносчиком болезни.

Бруцеллы отличаются большой жизнеспособностью: в почве они живут 3—4 месяца, в замороженном мясе — 1—1,5 месяца, в засоленном — более 40 дней, в шерсти и воде — не менее 45 дней, в брынзе из овечьего молока — 40—70 дней.

Абортированный плод, моча, испражнения больных животных загрязняют микробами бруцеллеза почву и окружающие предметы. Люди чаще заражаются при убойе больного скота, неосторожно разделявая их туши, соприкасаясь с шерстью и шкурами. Когда человек курит или ест в помещении, где находятся больные животные, он может занести микробы в рот грязными руками. Заболевают бруцеллезом, употребляя воду, овощи, фрукты, загрязненные выделениями больных животных. Источником заражения служат также молоко больных коз, овец, коров и свежие молочные продукты, приготовленные из такого молока.

Человек может заразиться бруцеллезом во все времена года, но в весенне-летний период эта угроза увеличивается; ведь именно тогда происходят окоты и отелы.

Микробы в организм человека проникают преимущественно через пищеварительный тракт, реже — через поврежденную кожу (царапины, ссадины), слизистые оболочки. Возможны заражения и через пыль, например, во время уборки скотного двора, когда бруцеллы вместе с пылью попадают в глаза, дыхательные пути человека.

Бруцеллез — болезнь затяжная. У людей она принимает самые разнообразные формы; объясняется это разными типами бруцелл и разной сопротивляемостью организма.

Инкубационный период продолжается примерно 2—3 недели, иногда дольше. Бруцеллы размножаются в лимфатических узлах человека, а затем разносятся с кровью по всему организму. Возникают общее недомогание, потливость, мышечная боль, к которой затем присоединяются головная боль

и мучительная бессонница. Типичное проявление бруцеллеза — длительное лихорадочное состояние, нередко со значительным колебанием температуры даже в течение дня. Сильнее всего изнуряет боль в суставах и мышцах, особенно в спине, пояснице.

Своевременное обращение к врачу, который назначит необходимое лечение, приводит обычно к выздоровлению без особых осложнений. Если же болезнь запущена, то она может перейти в хроническую форму и длиться годами, причиняя человеку много страданий.

Заражения от больных людей очень редки: у больных бруцеллезом родителей дети рождаются здоровыми. Но перенесшие бруцеллез могут вновь и вновь заразиться от больных животных.

Как и всякую болезнь, бруцеллез легче предупредить, чем лечить. Поэтому в нашей стране профилактике бруцеллеза уделяют большое внимание как медицинские, так и ветеринарные работники. Осуществляются надежные меры, предохраняющие население от заражения и помогающие ликвидировать бруцеллез среди животных. Работникам неблагополучных по бруцеллезу животноводческих хозяйств, где содержится мелкий рогатый скот, обязательно делают предохранительные прививки.

В нашей стране введены строгие санитарно-гигиенические меры. В продажу поступает только проверенное мясо: специальное клеймо на нем предупреждает, что оно не содержит бруцелл.

Постоянное ветеринарное наблюдение дает возможность своевременно выявлять заболевших животных, немедленно забивать или изолировать их и тем самым предупреждать распространение инфекции.

Категорически запрещено покупать скот без ветеринарного освидетельствования.

Если у животного произошел выкидыш, то абортированный плод, подстилку непременно надо сжигать, а помещение, почву, все предметы обихода обезвреживать специальными дезинфицирующими средствами.

Персонал, ухаживающий за скотом, необходимо допускать к работе только после проверки знаний всего комплекса санитарно-гигиенических мер по охране собственного здоровья и здоровья окружающих людей.

Гигиеническое содержание помещений для скота, пастбищ, водопоев предотвратит заболевание животных.

Бруцеллез победим! Об этом свидетельствует значительное снижение заболеваемости этой инфекцией в нашей стране и полная ликвидация бруцеллеза в ряде республик, краев и областей. Однако необходимо помнить, что усилиями одних только медиков и ветеринаров нельзя окончательно избавиться от такого тяжелого заболевания. В борьбе с бруцеллезом должно участвовать и население, тщательно соблюдать меры личной и общественной профилактики.

УМЕНИЕ ОТДЫХАТЬ... Разве это так сложно? Между тем массовые социологические обследования показывают, что далеко не всегда отведенное для отдыха время используется правильно. В результате после выходных дней работоспособность не только не повышается, но даже падает.

Понаблюдайте за возвращающимися домой в воскресенье вечером в пригородных поездах: у некоторых вид далеко не отдохнувший, они вялы, сонливы, апатичны. Между тем полноценный отдых должен снимать утомление, освежать организм, давать новый заряд бодрости.

Утомление рано или поздно развивается в процессе любого труда. Физиологическую его сущность, как известно, составляет сужение активности клеток головного мозга, в особенности в корковой его части. Наряду с этим происходят и местные изменения. О появлении утомления говорят такие признаки, как общая вялость, рассеянность, ослабление внимания, ухудшение точности координации движений, учащение пульса и дыхания, потливость.

Субъективно начало утомления воспринимается в виде чувства усталости. Эти расстройства, не выходящие за пределы физиологических границ, как правило, исчезают после того, как человек хорошо отдохнул.

Если же отдых был недостаточным, а выполняемая перед этим работа чрезмерна, утомление может перейти в переутомление. Тогда человек жалуется на бессонницу, слабость, разбитость, раздражительность. У него отмечаются изменения в крови, сердечно-сосудистой, дыхательной и других системах.

Если утомление — состояние физиологическое и, как правило, не угрожает здоровью, то переутомление в конце концов может привести к различным болезненным расстройствам.

Как же избежать переутомления? Прежде всего регулярно и правильно отдыхая.

Глубоко ошибочна практика людей, которые «накапливают» выходные или отпускные дни за длительный период, чтобы получить удлиненный отпуск. Другие, загружая себя до предела работой и даже отрывая часы от сна, стараются потом отоспаться и разом наверстать время, отпущенное на ежедневный отдых.

Физиологически обоснован только систематический отдых, пусть даже недолгий. Важно обеспечить наиболее целесообразное сочетание в суточном и недельном режиме различных форм и средств отдыха и видов деятельности. От этого во многом зависит не только

Отвечает член редакционной коллегии
профессор
Иван Антонович КРЯЧКО

Расскажите, как правильно отдыхать с точки зрения медицины.

Ведь не секрет, что многие люди после отпуска или двух выходных дней жалуются на усталость, неважно себя чувствуют.

О. ПОЛУВЕДЬКО

Владивосток

Отдыхать надо активно

работоспособность, но и состояние душевного и физического здоровья человека. Правильное чередование в режиме дня умственной и физической работы уже само по себе задерживает развитие утомления. Однако резкие переходы от одного вида деятельности или состояния к другому не рекомендуются. Так, после интенсивного умственного или мышечного труда нельзя сразу приступать к еде или ложиться спать. С другой стороны, после дневного и особенно ночного сна надо дать организму возможность постепенно войти в рабочий ритм с помощью, скажем, легкой гимнастики, прогулки.

Необходима наибольшая активизация отдыха. Ведь отдых в покое не всегда обеспечивает полноценное восстановление сил, особенно у людей, занимающихся интеллектуальным трудом или ведущих малоподвижный образ жизни.

Активный отдых — это физические упражнения и смена видов работы.

Формы активного отдыха чрезвычайно разнообразны: гимнастика, спортивные игры, водные процедуры, занятия кино- и фотолюбительством, физический труд в саду, на огороде.

Нет более мощного средства укрепления здоровья, повышения работоспособности и устойчивости организма к изменениям внешней среды, чем физическая тренировка. Надо лишь помнить, что физические и эмоциональные нагрузки при этом не должны быть чрез-

мерными. Если копать грядки, то не до полного изнеможения; если делать гимнастику, то не более 30—40 минут подряд; если заниматься в спортивных секциях или в группах здоровья, то не больше двух раз в неделю и так, чтобы между занятиями и приемом пищи был промежуток не менее 1,5—2 часов.

Полезно ежедневно ходить пешком на работу или с работы хотя бы часть пути. 15—20-минутная вечерняя прогулка — гарантия крепкого сна.

В выходные дни ничего не может быть лучше отдыха на лоне природы — ближнего туризма, лыжных и пешеходных прогулок, плавания, гребли, рыбной ловли, сбора грибов.

Чем бы вы ни занимались — гимнастикой, ходьбой на лыжах, работой в саду, — вы должны стремиться подобрать для себя наиболее выгодный режим нагрузки.

Как это сделать в условиях самостоятельных занятий? С помощью контроля за самочувствием. Если нагрузка при занятиях была правильной, вы должны испытывать чувство бодрости, свежести, прилива сил. Небольшая усталость, иногда появляющаяся в первые дни, должна вскоре проходить, сменяясь ощущением активности. Вялость, чрезмерная потливость, одышка, сердцебиение, иногда сонливость говорят о передозировке нагрузки. Частота пульса сразу после занятий физическими упражнениями не должна превышать 130—140 ударов в минуту.

Физиологи справедливо считают, что отдых не может быть полноценным, если он не способствует появлению положительных эмоций. Хорошая музыка, интересный кинофильм, увлекательная книга, настольная или подвижная игра, аттракционы, танцы улучшают настроение и самочувствие.

В заключение хочется предупредить о том, что, устанавливая себе режим отдыха, нельзя допускать шаблона, необходимо учитывать ваши индивидуальные особенности — возраст, состояние здоровья, склонности и привычки.

В туристский поход — всей семьей!
Фото И. Егорова



Дорогие наши читатели!

По установившейся традиции, редакция вновь подготовила номер журнала по письмам, взятым из текущей почты. Вашими собеседниками сегодня были члены редколлегии — специалисты в различных областях медицины.

Удовлетворить все запросы читателей редакция, разумеется, не могла и отдала предпочтение наиболее злободневным темам. Не обошли мы и вопросы, волнующие лишь некоторых читателей.

Наверное, вы заметили, что и в этом номере к читателям очень часто были обращены слова о вреде самолечения, об опасности самодиагностики. Об этом еще и еще раз напоминают хирург и педиатр, терапевт и инфекционист, специалист в области питания, напоминают редакция и редакционная коллегия «Здоровья».

Да, дорогие друзья, профилактика заболеваний — в ваших руках, а лечение — это уже компетенция врача.

Очень сложен человеческий организм, очень велико индивидуальное своеобразие течения даже одной и той же болезни у разных людей. Чтобы разобраться во всех особенностях внешне сходных явлений, необходимы знания и профессиональный

опыт специалиста. Не подменяйте их ни собственным разумением, ни советами добрых знакомых и друзей.

В нашем журнале вы находите объяснение физиологических процессов, происходящих в организме, получаете сведения о причинах заболеваний, об их возможных осложнениях.

Умейте же правильно читать такие статьи! Не превращайте их в пособие для самодиагностики и самолечения!

Знания, которые вы можете почерпнуть в «Здоровье», помогут более сознательно отнестись к назначениям врача, выполнять их более тщательно и аккуратно, а значит, с большим успехом.

В СССР самая доступная в мире медицинская помощь. Врач в нашей стране всегда рядом, он всегда готов откликнуться на первый ваш зов. И все, чем владеет медицина, поставлено на службу охраны здоровья советского человека.

Верный путь к сохранению хорошего самочувствия, высокой работоспособности — соблюдение личной и общественной гигиены, борьба с вредными привычками.

Мы живем в век торжества научных знаний. Они помогают нам во всех областях жизни, в том числе и в борьбе за здоровье, свое и тех, кто рядом с нами, с кем мы вместе живем и трудимся.

Хочется верить, что наши читатели будут разумно заботиться о здоровье — этом бесценном личном и общественном богатстве.

Содержание

А. Г. САФОНОВ. Стартует пятилетка здоровья.	1
А. А. ПОКРОВСКИЙ. Фруктотерапия в арсенале врача; Пользуйтесь лимоннокислым сахаром в жаркую погоду; Лечение голодом — не панацея.	3
О. В. БАРОЯН. Болезнь грязных рук	6
В. С. САВЕЛЬЕВ. Варикозное расширение вен пищевода — последствие заболеваний других органов; Врач решит: надо ли удалять гигрому.	7
М. А. ОСТРОВСКИЙ. Цветовым зрением ведают колбочки.	9
П. Н. ЮРЕНЕВ. Полицитемия характеризуется избытком эритроцитов; Для больного неврозом сердца лекарство не главное	10
А. П. ШИЦКОВА. Три смены, три режима; Аспирин нельзя использовать для консервирования овощей; Не мойте посуду стиральным порошком.	12
М. Я. СТУДЕНИКИН. Близнецы нуждаются в особом подходе.	14
Н. В. ТРОЯН. Сигнал катастрофы.	15
ЛЕКТОРИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ. ХОТИТЕ ИМЕТЬ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА? Месяц седьмой.	16
Л. С. ПЕРСИАНИНОВ. Срок применения инфекундина строго ограничен; Эрозия требует длительного лечения.	18
Г. Н. КАССИЛЬ. Мигрень.	20
М. И. КУЗИН. Ознакомьтесь с приемами первой помощи.	21
М. Е. СУХАРЕВА. Инфекционный мононуклеоз не опасен.	22
С. М. ГРОМБАХ. Детям смотреть телепередачи можно с трех лет; И разрешается и рекомендуется.	23
Д. С. ОРЛОВА. Наказывая ребенка, вы наказываете себя; Отцы, это ваш долг!	25
В. А. ГАЛКИН. Желчнокаменную болезнь можно предотвратить	28
П. А. ПЕТРИЩЕВА. Угроза заражения возрастает весной и летом.	30
И. А. КРЯЧКО. Отдыхать надо активно.	31

На первой странице обложки: На отдыхе в кемпинге.

Фото И. Егорова

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА.

Редакционная коллегия:

Я. Г. БАРАНОВ (заместитель главного редактора), О. В. БАРОЯН, В. А. ГАЛКИН, С. М. ГРОМБАХ, С. А. ЗУСЬКОВ (главный художник журнала), Ю. Ф. ИСАКОВ, Е. Г. КАРМАНОВА, Г. Н. КАССИЛЬ, И. А. КРЯЧКО, М. И. КУЗИН, С. П. ЛЕТУНОВ, Т. Е. НОРКИНА (ответственный секретарь редакции), Д. С. ОРЛОВА, М. А. ОСТРОВСКИЙ, Л. С. ПЕРСИАНИНОВ, П. А. ПЕТРИЩЕВА, А. А. ПОКРОВСКИЙ, А. Г. САФОНОВ (заместитель главного редактора), В. С. САВЕЛЬЕВ, М. Я. СТУДЕНИКИН, М. Е. СУХАРЕВА, Н. В. ТРОЯН, А. П. ШИЦКОВА, П. Н. ЮРЕНЕВ.

Технический редактор З. В. ПОДКОЛЗИНА.

Адрес редакции: Москва, А-15, ГСП, Бумажный проезд, 14. Тел. 253-32-95; 251-44-34; 253-70-50; 253-37-08; 253-31-37; 253-34-67; 250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается со ссылкой на журнал «Здоровье».

Рукописи не возвращаются.

Сдано в набор 14/V 1971 г. А 00914. Подписано к печати 8/VI 1971 г. Формат бумаги 60×92¹/₈. Усл. печ. л. 4, 59. Уч.-изд. л. 7,58. Тираж 10 000 000 экз. (1-й завод: 1—9 315 000 экз.). Изд. № 1319. Заказ № 1454.

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

ПАМЯТКА ПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ГАЗОМ В БЫТУ

ГАЗ вносит значительные удобства в наш быт и облегчает домашний труд. Однако при неосторожном обращении он может стать причиной несчастных случаев. **Соблюдайте правила пользования газом!**

Утром и в течение дня проветривайте помещение, где установлены газовые приборы.

После окончания пользования газом закройте краны на приборах и перед приборами на газопроводе. На ночь обязательно проверьте, все ли краны закрыты.

Если вы ставите на плиту баки, ведра, кастрюли с широким дном, пользуйтесь специальными конфорочными кольцами с высокими ребрами.

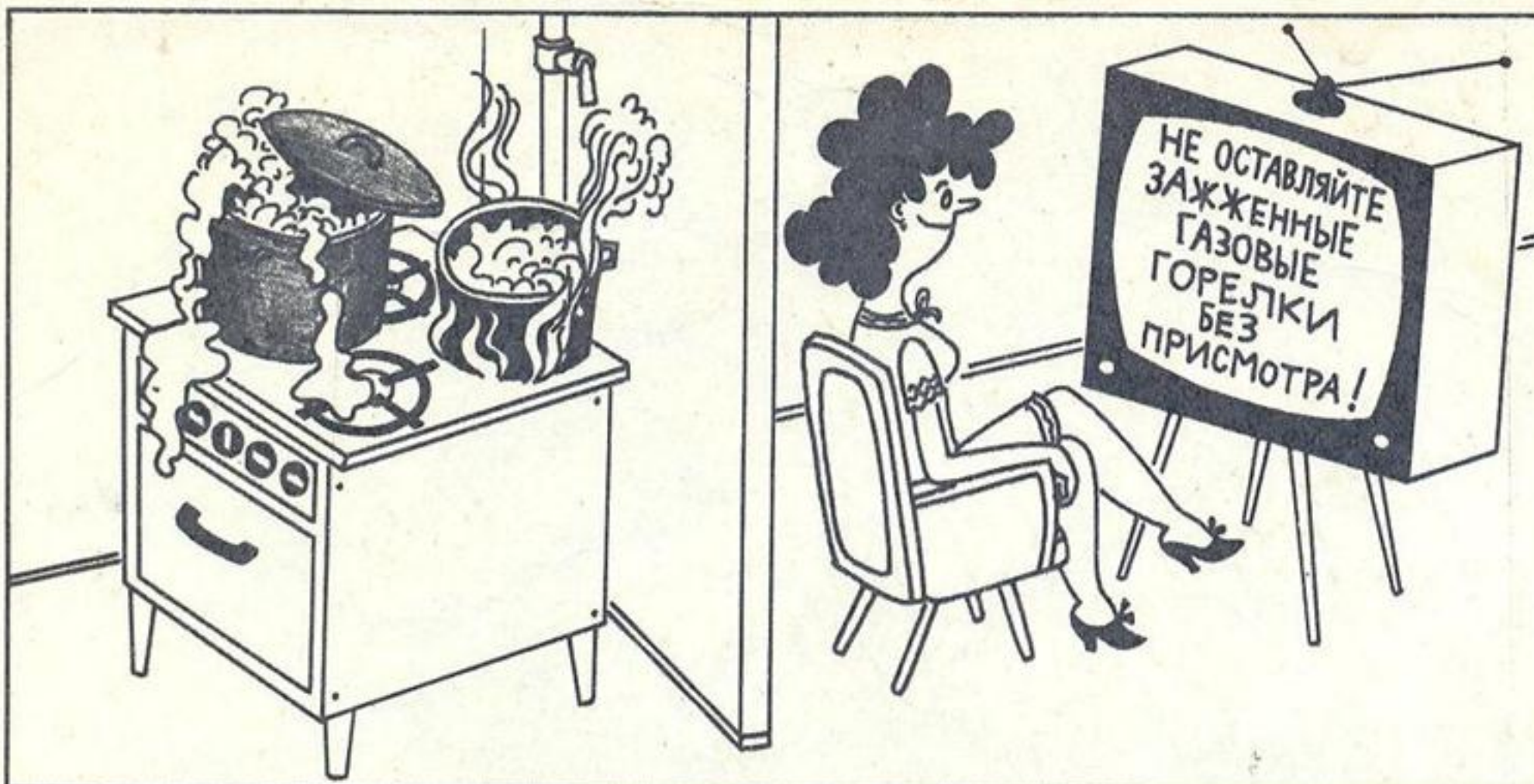
Пользуясь газовой колонкой, не закрывайте щель под дверью в ванную комнату.

Во время работы газифицированной печи не закрывайте шибер (заслонку) — это опасно для жизни.

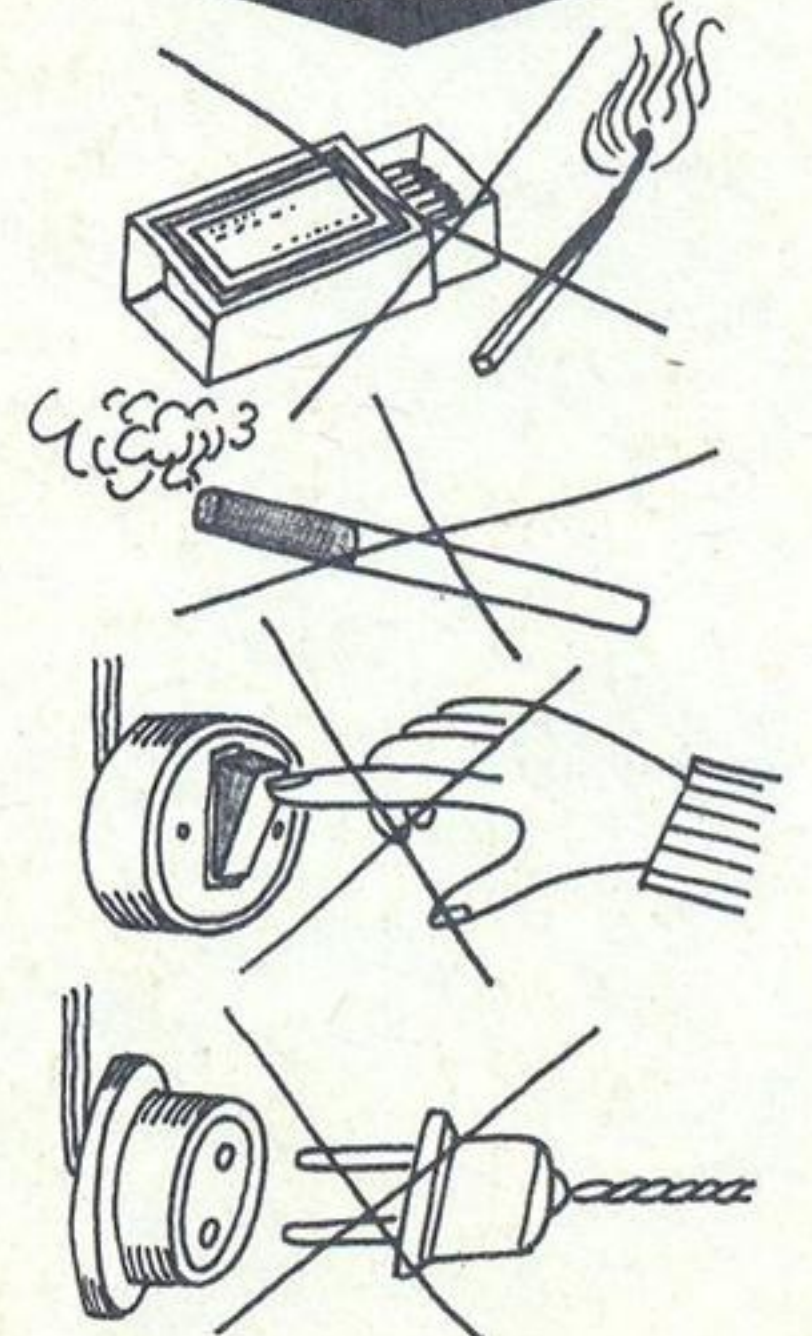
Почувствовав запах газа в квартире или на лестничной клетке, в подъезде, в подвале и других помещениях, не зажигайте спички, не курите, не включайте и не выключайте свет.

НЕМЕДЛЕННО ВЫЗОВИТЕ АВАРИЙНУЮ СЛУЖБУ ПО ТЕЛЕФОНУ 04.

Рисунки В. ШКАРБАНА.



НЕЛЬЗЯ!



142-40