

Здоровье

ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРАВДА“ МОСКВА



2 1975

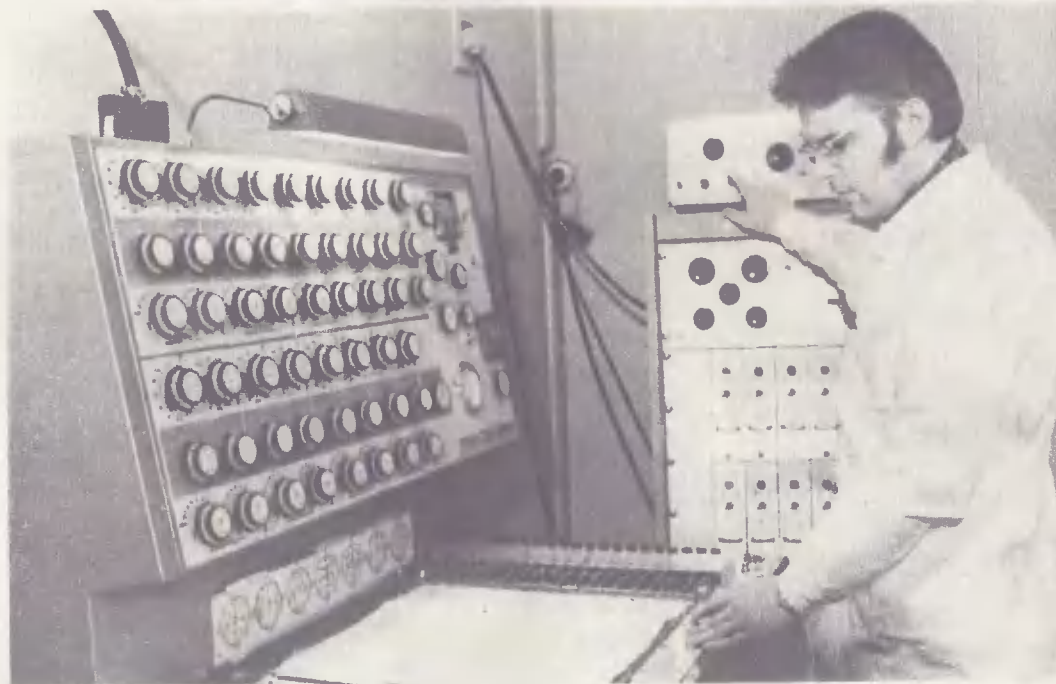
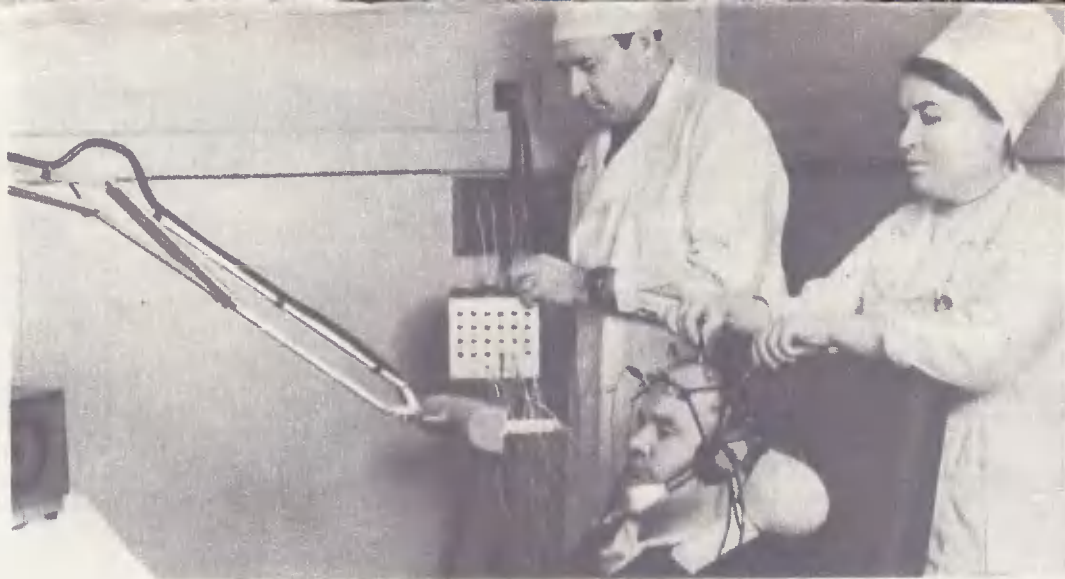


И СНОВА — В СТРОЙ

В СОВЕТСКОЙ АРМИИ не только первоклассная боевая техника, но и отличная служба здоровья. Эти фото сделаны в 3-м Центральном клиническом госпитале Министерства обороны СССР. Все здесь — планировка и интерьеры, панельное отопление и кондиционированный воздух, кислород и сигнализация, подведенные к каждой постели, — современно и рационально. В этом многопрофильном специализированном лечебно-профилактическом учреждении взято на вооружение все лучшее, что предлагает сегодня медицинская наука и техника для диагностики и лечения.

В госпитале работают 18 докторов и кандидатов наук, много специалистов первой и высшей врачебной категории, умелые медицинские сестры, заботливые, исполнительные санитарки. Именно они, люди высокой квалификации и большой души, возвращают в строй золотой фонд Вооруженных Сил — опытных, заслуженных офицеров, помогают им сохранить и укрепить здоровье.

Фото В. АННИ.



В ЭТОМ НОМЕРЕ:

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

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

Главный художник Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор З. В. ПОДКОЛЗИНА

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

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

СЛАГАЕМЫЕ СОЛДАТСКОЙ ДОБЛЕСТИ

Ян Влдин

2

БЫЛА ВОЙНА НАРОДНАЯ, СВЯЩЕННАЯ ВОЙНА...

Е. И. Смирнов

4

ХРАНИМ И РАЗВИВАЕМ СЛАВНЫЕ ТРАДИЦИИ

Д. Д. Кувшинский

5

ХОЗЯЙКА ЛЕДОВОГО ЛАЗАРЕТА

Олег Чечин

7

ЗАЩИТНЫЕ БАРЬЕРЫ

Г. Н. Кассиль

9

СЕРЕБРО В ВОДЕ

А. И. Заиченко, С. В. Чижов, Л. И. Эльпинер

10

ДЕРЗАНИЕ И РАСЧЕТ

А. Черняховский

12

НЕ ПРОГЛЯДИТЕ НАЧАЛА

М. Я. Студеникин

14

ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ

16

ВИДИМОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕЗОРИЕНТИРУЕТ

И. Н. Кучинский

18

ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ

19

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

В. Д. Захаров

20

НА ПРИЕМЕ ТОЛЬКО ДЕВУШКИ

А. М. Вейн, И. В. Родштат

21

ПУСТЬ МУЖЧИНЫ ЖИВУТ ДОЛЬШЕ!

Н. Л. Куприн

22

УЧЕНЫЙ, ИЗВЕСТНЫЙ ВСЕМУ МИРУ

Н. А. Пучковская

23

НА ФАБРИКЕ ОВОЩЕЙ

З. И. Савина

24

НЕ ТРЕВОЖЬТЕСЬ: ЭТО ЗАКОНОМЕРНО. У ВАС ИХ ДВОЕ. ЧТО ОН ХОЧЕТ СКАЗАТЬ?

25

ЗАВИСТЬ

27

ПОСВЯЩЕНИЕ В ГЕРКУЛЕСЫ

А. Н. Воробьев

28

«ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ

30

ПОВЯЗКА НА РАНУ

А. Е. Дмитриев

31

КОВАРСТВО ЛЬДА

В. И. Матвеев

32



Стр. 3—8



Стр. 14—15



Стр. 22



Стр. 18—19

На четвертой странице обложки фото
В. ДОРОЖИНСКОГО.

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

© Издательство «Правда». «Здоровье». 1975.

Спортивный час
воинов-дзержинцев.

Фото А. ЛЕХМУСА



СЛАГАЕМЫЕ СОЛДАТСКОЙ

ШКОЛОЙ боевого мастерства, школой идейной и физической закалки, дисциплинированности и организованности назвал на XXIV съезде КПСС товарищ Л. И. Брежнев военную службу. Призыв в армию — серьезный, ответственный рубеж в жизни восемнадцатилетних.

Всего два года предстоит им отслужить в рядах Советской Армии. Казалось бы, небольшой срок, но эти два года сделают вчерашних мальчишек сильными, мужественными, умелыми. Они узнают, что такое войсковое товарищество и ратный труд, научатся еще крепче любить свою Родину и чтить ее героев, отстаивавших мир и счастье свободного труда.

Ежедневно совершенствуя свою боевую и политическую подготовку, они познакомятся со славной историей наших Вооруженных Сил, в совершенстве овладеют грозным и мощным оружием. Словом, они станут солдатами. Теми, кто днем и ночью охраняет каждую пядь нашей священной земли.

Более полувека на страже завоеваний Октября стоят воины легендарной дивизии имени Ф. Э. Дзержинского.

Боевая слава дзержинцев ковалась в огне Октябрьской революции, в борьбе с басмачами в Средней Азии и бандитизмом на Кавказе, в жестоких схватках с фашистскими захватчиками на фронтах Великой Отечественной войны. Соединение, основанное Феликсом Эдмундовичем Дзержинским, всегда находилось на самом трудном участке борьбы с арагами нашей Родины и всегда выполняло свой воинский долг до конца. Недаром право бросить к подножию Мавзолея Ленина поверженные фашистские знамена в победном 1945 году страна предоставила и дзержинцам. Недаром на каждом военном параде проходят они, чеканя шаг, по брусчатке Красной площади.

Служба в рядах легендарной дивизии, воспитавшей множество прославленных военачальников, Героев Советского Союза, отважных бойцов, — высокая честь для воинов. Этого права удостоиваются лучшие — активные комсомольцы, молодые передовики промышленности и сельского хозяйства.

Конечно, среди призывников немало таких, кто еще вчера сидел за школьной партой, кто не прошел школу жизненного опыта, не успел выбрать профессию. Не беда: за период воинской службы перед ними откроются широкие возможности восполнить этот пробел. Они возвратятся домой классными специалистами радио- и автодела, которых с радостью примет любое учреждение, любой завод, любое хозяйство.

Овладение воинской специальностью не единственная забота молодого солдата. Чтобы преодолеть трудности дальних походов, освоить приемы современного боя, надо быть сильным духом, крепким, закаленным — быть солдатом в полном смысле этого слова. Эти качества не рождаются сами собой. Их воспитывают в воинах с первого дня службы.

Перед тем как первогодки начнут проходить курс молодого бойца, опытные врачи тщательно их обследуют. Разумеется, до того, как надеть солдатскую шинель, юноши проходили медицинские осмотры и у врачей районных поликлиник и в медицинских комиссиях военкоматов. И тем не менее еще одно обследование не помешает. Во-первых, врачи диагнозируют командирам свои дополнительные рекомендации, касающиеся выбора новобранцами той или иной военной специальности. А во-вторых, опытный глаз сразу отметит тех, кто физически слабее развит. Чего греха таить, некоторые ребята в школе пренебрегали зарядкой, отлынивали от уроков физкультуры. Таким особенно трудно в армии. Их направляют на занятия физической подготовки по особой программе, овладеть которой помогают старшие товарищи. И через два-три месяца ежедневных упорных тренировок новички обычно обретают форму.

... Идут занятия по физподготовке личного состава подразделений, которым командует майор В. А. Теплинский. Нельзя не любоваться парнем, работающим на перекладине, — с такой завидной легкостью выполняет он подъемы переворотом и подтягивания.

— Ну, как, — улыбается Виталий Алексеевич, — нравится? — И поясняет, кивнув в сторону парня: — Геннадий Емельянов, отличник боевой и политической подготовки. Полтора года назад имел вид не очень-то спортивный. Не сказать, чтобы сил не хватало — просто не умел ими распорядиться. Быстро выдыхался на кроссах, медлил на полосе препятствий. Поэтому и «боевая» хромала. Пришлось брать над ним шефство. Через несколько месяцев парень, что называется, с запасом выполнил все спортивные нормативы и вышел в отличники.

Познакомил нас В. А. Теплинский и с другим солдатом, комсоргом взвода Валерием Корниловым. В подтянутом, стремительном в движениях парне из Мурманска сразу можно было признать спортсмена. Валерий рассказал, что на «гражданке» занимался всем понемножку — лыжами, боксом, легкой атлетикой, волейболом, теннисом. В ритм армейской жизни он вошел легко и сразу добился высоких



ИЗ ЛЕТОПИСИ
ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ...

ДОБЛЕСТИ

показателей в боевой подготовке и даже успевает помогать другим. И пусть обтирания снегом не входят в обязательный ритуал утренней гимнастики, Корнилов не только сам принимает «снежные процедуры», но и приучил к этому товарищей.

Постоянно совершенствуя свое спортивное мастерство, воины-дзержинцы понимают, что физическая закалка, выносливость, мужество едва ли не основные слагаемые солдатской доблести.

Занятия спортом к тому же отличная профилактика болезней. Не удивительно, что начальнику медицинской службы дивизии подполковнику медицинской службы Ивану Ивановичу Зосименко подчиненные порой жалуются на отсутствие врачебной практики.

Но военные врачи держат пороховой сухим; каждые шесть месяцев весь личный состав соединения проходит полный медицинский осмотр. Любое недомогание — повод для немедленного врачебного вмешательства. Медицинская служба дивизии располагает всей необходимой диагностической и лечебной аппаратурой: кабинеты, лаборатории, операционные оборудованы по последнему слову науки и техники. А если есть необходимость, к больному могут быть приглашены для консультации врачи любой специальности. К счастью, такая необходимость возникает редко.

В помощь штатным медикам из числа воинов готовят санитарных инструкторов. Их обязанность — оказать в беде первую помощь, но главная забота — повседневная профилактическая работа. Санитарные инструкторы следят за чистотой помещений и личной гигиеной солдат, за приготовлением пищи. Кстати сказать, рациональное питание — важное условие физического воспитания воинов. Разумеется, солдатский стол не столь разнообразен, как домашний, но он обильно витаминизирован, сытен. Ну а тем, кому не хватает одной порции? Врачи устанавливают для таких ребят двойную норму.

Служба есть служба. Даже если прозвучала команда «отбой», это еще не значит, что подразделение не разбудит зычный голос дежурного. Воины Советских Вооруженных Сил на чеку в любую минуту дня и ночи.

И пусть кому-то снится родной дом или добрые глаза матери, по команде «Тревога!» все должны в считанные секунды стать в строй, быть готовыми к выполнению любой боевой задачи. И выполнить ее с честью! Как это делали их отцы в грозные сороковые.

Ян ВЛАДИН

Советский народ торжественно и радостно встречает праздник своей армии. В этом году мы отмечаем его накануне 30-летия великой Победы над фашизмом. Далеко позади тяжелые годы войны. Но и сегодня свежи, волнуют, как и в первые мирные дни, воспоминания тех, кто с оружием в руках сражался за победу, кто принял на себя все тяготы военных лет. Великая Отечественная война вошла героической страницей в историю нашей Родины. Она навсегда останется в сознании человечества как символ борьбы добра со злом, символ победы высоких принципов гуманизма, светлых идей коммунизма над фашистским мракобесием. Сегодня мы публикуем два интервью. Генерал-полковник медицинской службы академик АМН СССР Е. И. СМЕРНОВ делится с нашим корреспондентом воспоминаниями о ратном подвиге медиков; генерал-полковник медицинской службы доктор медицинских наук Д. Д. КУВШИНСКИЙ рассказывает о задачах военно-медицинской службы в мирные дни.

БЫЛА ВОЙНА НАРОДНАЯ, СВЯЩЕННАЯ ВОЙНА...

РАССКАЗЫВАЕТ ГЕНЕРАЛ-ПОЛКОВНИК
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
АКАДЕМИК АМН СССР

Е. И. СМЕРНОВ

— Все годы Великой Отечественной войны Вы возглавляли Главное военно-санитарное управление Красной Армии. Что можно считать наиболее характерным в деятельности военно-медицинской службы войск в ту трудную, грозную пору? Каковы определяющие достижения советской военной медицины?

— Если совсем коротко: оперативность и эффективность, быстрая перестройка с учетом отдельных периодов войны, особенностей боевых действий. А главный успех — небывало высокий процент возвращенных в строй раненых и больных.

Война, как мы знаем, началась внезапно вероломным нападением превосходящих сил противника. Медицинские же учреждения были укомплектованы по штатам мирного времени и частично уничтожены в первые дни боев авиацией и артиллерией врага. Вневероятно трудных условиях надо было организовать четкое, бесперебойное медицинское обеспечение войск. Со своими задачами военно-медицинская служба справилась. Но далось это нелегко.

Война — это смерть, увечья, страдания. Это кровь и слезы. Однако Великая Отечественная война вписала в историю нашей Родины не только драматические, но и героические страницы, когда проверялась прочность нашего социального строя, монолитность народа. Это было величайшее испытание и вместе с тем великая школа мужества. Страна выдержала испытание. Выдержала его и военно-медицинская служба. В сжатые сроки удалось создать мощную сеть госпиталей и организовать действенную систему эвакуации раненых. Главнов военно-санитарное управление Красной Армии добивалось безукоризненного взаимодействия всех звеньев медицинской службы, начиная с войскового района и кончая тылом страны. Была налажена четкая система этапного лечения с эвакуацией по назначению. Эта система, основные принципы которой были разработаны еще до



войны, непрерывно совершенствовалась в ходе сражений.

Серьезные успехи были достигнуты в борьбе с такими грозными осложнениями, как шок и анаэробная инфекция. Широкое развитие получило переливание крови.

Высоко оценивая деятельность хирургов в военные годы, не следует забывать заслуг и других специалистов, в первую очередь терапевтов. Именно в период войны организационно оформилась военно-полевая терапия, были созданы терапевтические подвижные госпитали.

Одно из немаловажных достижений нашей военно-медицинской службы — разработка и реализация ряда эффективных мер, обеспечивших устойчивое санитарно-эпидемическое благополучие Вооруженных Сил. В Красной Армии и Военно-Морском Флоте на протяжении всей войны не было эпидемий.

В условиях ожесточенных кровопролитных сражений раненые и больные, возвращаясь после лечения в строй, стали одним из основных источников пополнения Вооруженных Сил.

72,3 процента раненых и 90,6 процента больных, возвращенных в строй, — такого не знала история военной медицины. Не раз повторялись эти цифры. Но мы вправе еще и еще раз назвать их, еще и еще раз подчеркнуть великий подвиг военных медиков.

Достижению высоких результатов медицинского обеспечения сражающихся войск способствовало также и то, что в основе деятельности и руководителей военно-медицинской службы и всех военных врачей лежала единая советская военно-медицинская доктрина.

Далеко не обо всем, о чем хотелось бы, можно рассказать в коротком интервью. Тех читателей, которые особенно интересуются принципиальными проблемами медицинского обеспечения войск, позволю себе адресовать к моей книге «Война и военная медицина. Мысли и воспоминания», которая готовится к печати издательством «Медицина».

— Как Вы оцениваете вклад ученых в период Великой Отечественной войны в разработку, обогащение отечественной доктрины военной медицины?

— Прежде всего напомним, что еще в предвоенные годы велась глубокая научная разработка проблем военной медицины. Много внимания, например, уделялось вопросам военно-полевой хирургии. Не стоит забывать и того, что русская хирургическая школа в конце прошлого и в начале этого века уже признавалась мировой наукой как одна из самых прогрессивных и самобытных. Плодотворно работали кафедры Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова.

Незадолго до начала войны был создан Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии, объединивший крупнейших представителей военно-медицинской науки. С его помощью разрабатывались многие вопросы лечения и эвакуации раненых, санитарно-гигиенического и противозидемического обеспечения войск.

Широкое использование как разработанных в довоенное время средств и методов лечения, так и ряда принципиальных положений военной медицины способствовало достижению высоких результатов во время Великой Отечественной войны.

Многое значило создание в структуре Главного военно-санитарного управления института главных специалистов и специалистов-инспекторов. Они пользовались непререкаемым авторитетом среди своих коллег и немало сделали для эффективности лечения раненых и больных, сохранения эпидемического благополучия в армии и районах действия войск.

Среди личного состава медицинской службы Красной Армии было более 300 академиков, заслуженных деятелей науки и профессоров, около трех тысяч докторов и кандидатов наук. Весьма примечательно, что, несмотря на все превратности и сложности войны, все эти годы систематически созывались научно-практические конференции во фронтовых и армейских медицинских службах.

Большому числу руководителей медицинских служб были вручены боевые ордена, которыми награждались полководцы, успешно осуществлявшие крупные военные операции. Эти награды,

поднимавшие заслуги в руководстве медицинским обеспечением до уровня полководческого искусства,—яркое свидетельство того, какое значение придавали партия и правительство, Верховное Главнокомандование ратному труду военных врачей.

— Всеми миру известны чудеса героизма и самопожертвования, которые проявили в годы войны врачи, средние медицинские работники, в том числе санитарные инструкторы. Какие качества военных медиков Вы, Ефим Иванович, хотели бы особенно отметить?

— В ходе ожесточенных сражений, когда решалась судьба нашей Родины, с особой силой проявились патриотизм, стойкость и мужество военных медиков, отстаивавших вместе с солдатами и командирами свободу, честь и независимость своей Отчизны. Наряду с кадровым медицинским составом у операционных столов в медсанбатах, полевых госпиталях, в санитарных поездах в самых сложных, порой невероятно трудных условиях работали тысячи врачей, фельдшеров, медицинских сестер, призванных из запаса или добровольно ушедших на фронт. Без такой армии беззаветно преданных Родине и великой ленинской партии людей разве удалось бы справиться с поставленными войной задачами?

Но особо нужно остановиться на ратном подвиге ротных санитаров, санитаров-носильщиков, санинструкторов. Они действовали, как правило, под шквальным огнем. Как и солдаты, ежеминутно рисковали жизнью. Сколько их погибло тогда—смелых, сильных духом, пламенных патриотов и патриоток!

Не только первая, своевременно наложенная повязка нередко решала судьбу солдата. Многие значили ободряющее слово, ловкость и нежность заботливых рук. В памяти каждого из нас навсегда останется светлый образ девушки с санитарной сумкой через плечо, как и образ ласковой, доброй, заботливой сестры у госпитальной койки. В книгах воспоминаний, в журналах, газетах, по радио названы имена многих медицинских работников, удостоенных звания Героя, награжденных боевыми орденами. Мы славим и погибших и оставшихся в живых! Мы дорожим священной памятью тех, кто по заслугам прославлен, и тех, чьи имена остались неизвестны!

Наша Красная Армия по самой своей природе и назначению корвинным образом отличается от армий капиталистических стран. Иное существо заложено и в системе медицинского обеспечения войск. В основе различия—отношение к человеку, солдату, чьим тяжким ратным трудом, отвагой и стойкостью добывалась победа. Разве не характерно, что спасение раненых в нашей армии приравнивалось в годы войны к боевому подвигу, к проявлению воинской доблести? Человек, его жизнь и здоровье больше всего ценятся и в мирное время и в дни войны.

ХРАНИМ И РАЗВИВАЕМ СЛАВНЫЕ ТРАДИЦИИ

РАССКАЗЫВАЕТ НАЧАЛЬНИК
ЦЕНТРАЛЬНОГО
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УПРАВЛЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СССР
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ГЕНЕРАЛ-ПОЛКОВНИК
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Д. Д. КУВШИНСКИЙ

— В ходе Великой Отечественной войны военно-медицинская наука накопила огромный опыт. Расскажите, пожалуйста, Дмитрий Дмитриевич, как он используется и развивается в мирное время?

— Для обобщения огромного, уникального опыта медицинского обеспечения боевых действий войск, накопленного за годы Великой Отечественной войны в военно-полевой хирургии, терапии, военной гигиене, эпидемиологии, сразу же после Победы был привлечен большой коллектив высококвалифицированных ученых. В результате глубокого и всестороннего изучения и анализа появились такие фундаментальные исследования, как многотомный «Опыт советской военной медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» (главный редактор Е. И. Смирнов), шеститомный «Энциклопедический словарь военной медицины», монографии С. И. Банайтиса «Военно-полевая хирургия по опыту Великой Отечественной войны», Н. Н. Бурденко «Советская военная хирургия в годы Великой Отечественной войны», П. И. Егорова «Вопросы военно-полевой терапии», Б. В. Петровского «Хирургическое лечение ранений сосудов» и другие издания.

Трудно переоценить значение исследований, обобщающих все накопленное медициной военных лет, для последующего развития отечественной военной медицины. Перед ней вскоре после окончания войны встали сложные задачи, обусловленные появлением оружия массового поражения. Разработка новых форм и методов ведения боевых действий, качественные изменения характера современной боевой травмы потребовали пересмотра ряда положений, выработки новых принципов и методов оказания медицинской помощи раненым и больным. И всегда, решая сложные задачи всемерного повышения боевой готовности медицинской службы, мы опираемся на опыт минувшей войны, творчески используем его применительно к изменившимся условиям.



— Научно-техническая революция вызвала, как известно, коренные изменения и в военном деле. Как решаются новые проблемы медицинского обеспечения войск в мирное время?

— Да, научно-технический прогресс обусловил глубокие качественные изменения содержания и характера военного труда и боевой деятельности воинов, форм и способов ведения боевых действий. Это, естественно, не могло не сказаться на медицинской службе. Внедрение в вооруженные силы крупнейших государств мира ракетно-ядерного оружия поставило перед медиками исключительно сложные проблемы. Прежде всего надо было изучить характер поражающего действия этого оружия, разработать эффективные средства и методы защиты личного состава, оказания медицинской помощи. Неизбежен был пересмотр принятых форм использования медицинских частей и учреждений в боевой обстановке; серьезным изменениям подверглась организационно-штатная структура.

Дальнейшее развитие и углубление научно-технического прогресса в военном деле выдвигало все новые и новые задачи, решение которых требовало напряжения всего научного потенциала военно-медицинской службы, перестройки и совершенствования всех сторон нашей деятельности.

Следует подчеркнуть, что проблемы, над решением которых приходится нам работать сейчас, многообразны и разноплановы. Они касаются как перспективных, так и сегодняшних дел Вооруженных Сил и медицинской службы.

Важное место занимает обеспечение эффективности боевой деятельности личного состава войск. В армии и на флоте воину приходится иметь дело со сложной боевой техникой и аппаратурой. В процессе ее эксплуатации и обслуживания возникают различные неблагоприятные факторы, которые при определенных условиях могут стать опасными: шум, вибрация, перепады барометрического давления и температур.



ВТОРОЙ

ИЗ ЛЕТОПИСИ
ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ...

шающим же фактором, разумеется, является непрерывно растущее благосостояние советских людей, повышение жизненного уровня.

И все же работа военных врачей, как и всего медицинского состава Вооруженных Сил, по-прежнему остается ответственной, сложной и напряженной. Военному медику доверено самое дорогое—здоровье наших воинов. Вся его деятельность направлена на достижение главной цели—уберечь военнотружущих от болезней, укрепить их здоровье, помочь им стать крепче.

Служба в Вооруженных Силах предъявляет высокие требования к воинам. Она связана со значительными физическими и эмоциональными нагрузками, которые в боевой обстановке возрастут еще более. Вполне понятно, что выдерживать их, успешно справиться с многочисленными обязанностями сможет только здоровый, хорошо подготовленный, крепкий физически, обладающий высокой моральной и психологической устойчивостью воин. Поэтому военный врач глубоко вникает во все стороны жизни, быта, боевой учебы личного состава, изучает организацию занятий, учений, боевых походов, их влияние на состояние здоровья, изыскивает пути и средства повышения эффективности профессиональной деятельности, быстрейшего овладения необходимыми навыками, воинским мастерством.

Войсковой врач сегодня—ближайший помощник командира, его советчик и консультант. Обширен круг его повседневных обязанностей. Для того, чтобы успешно выполнять их, необходимо располагать солидными знаниями, хорошей подготовкой, опытом, глубоко знать специфику сегодняшней военной службы. Мы можем с удовлетворением отметить, что военные врачи отвечают этим высоким требованиям.

Министр обороны СССР Маршал Советского Союза А. А. Гречко так отзывался о центральной фигуре военно-медицинской службы—военном враче: «Военные врачи—это высокоподготовленные в специальном отношении, преданные нашему делу офицеры, добросовестно выполняющие свою благородную миссию укрепления здоровья советских воинов. Их повседневные дела в мирных условиях убедительно подтверждают, что славные боевые традиции военной медицины, проявленные на полях сражений минувшей войны, бережно хранятся и укрепляются. Лучшие черты, отличавшие медицинских работников военных лет,—их беззаветное мужество, героизм, готовность к самопожертвованию, верность долгу—присущи и сегодняшнему поколению военных врачей».

Всюду, где несут службу советские воины—на боевом дежурстве и в учебном походе, в отсеке подводной лодки и в отдаленном гарнизоне,—аместь с ними находятся военные медики. Они бдительно стоят на страже здоровья советских воинов, своим самоотверженным трудом содействуя укреплению боевой мощи Советских Вооруженных Сил, могущества нашей Родины.

Часть из них существовала и прежде, но была выражена в меньшей степени, некоторые ранее не встречались вовсе.

Медицинскому составу армии пришлось глубоко изучить их существо и характер воздействия на организм человека, разработать гигиенические нормативы, наиболее рациональные режимы труда, обеспечивающие безопасность при работе с самыми сложными видами современной военной техники. Внедрение научно обоснованных форм военного труда, постоянный медицинский контроль за выполнением рекомендованных гигиенических требований и нормативов позволили успешно решить проблему защиты здоровья солдат и офицеров. В нашей армии нет профессиональных заболеваний.

Это лишь один из примеров сложных научных проблем, которые ставит сегодня перед медицинской службой жизнь Вооруженных Сил. Над их решением трудится большой коллектив ученых. Среди них академики АМН СССР А. А. Вишневский, И. С. Колесников, А. П. Колесов, И. И. Иванов и другие.

Крупнейшим научным учреждением, известным не только в нашей стране, но и далеко за ее пределами, является Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова. Наряду с подготовкой высококвалифицированных кадров военных врачей ее сотрудники, среди которых много всемирно известных ученых, плодотворно работают в важнейших разделах военно-медицинской науки.

Военно-научная работа активно ведется в войсках. Среди войсковых врачей, специалистов военно-медицинских частей и учреждений, руководителей медицинской службы военных округов десятки кандидатов и докторов медицинских наук.

— А каковы сейчас главные заботы медиков, работающих в воинских подразделениях?

— В армию приходит крепкая, здоровая молодежь. Анализ материалов призывных комиссий свидетельствует о повышении таких объективных показателей, как рост юношей, окружность грудной клетки, мышечная сила. Сказывается, естественно, процесс акселерации. В то же время благотворные результаты приносит тщательно продуманная, опирающаяся на научную основу и осуществляемая в общегосударственном масштабе система подготовки и оздоровительной работы среди призывников. Ре-

■ В апреле 1943 года состоялся VII пленум Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. На пленуме была выработана единая научная трактовка, уточнены конкретные практические рекомендации в решении многих актуальных проблем военной медицины. Рассматривались такие важные вопросы, как вторичный шок, огнестрельные ранения суставов, пневмонии у раненых, особенности восстановительной хирургии.

■ Впервые в истории Вооруженных Сил нашей Родины медицинскому составу Красной Армии в 1943 году были установлены единые со всем офицерским корпусом воинские звания.

■ К 1 января 1943 года коечная сеть лечебных учреждений Красной Армии по сравнению с 1 января 1942 года расширилась на 21,2 процента.

■ Значительно возросла обеспеченность медицинской службы полевыми подвижными госпиталями (ППГ). Если на 1 января 1942 года в армейском и фронтовом тыловых районах количество коек в ППГ составляло всего 9,1 процента от общей коечной сети госпитальных баз, то к 1 января 1943 года этот процент повысился до 27,6. Значительно возросла мобильность медицинской службы, это было чрезвычайно важно в условиях наступательных операций.

■ Улучшились показатели лечебной работы в войсковом тыловом районе. 30-35 процентов раненых получали первую врачебную помощь уже на полковом медицин-

ПЕРИОД ВОЙНЫ

НОЯБРЬ 1942 ГОДА—
ДЕКАБРЬ 1943 ГОДА

Хозяйка ледового лазарета

ском пункте. На дивизионных медицинских пунктах оперировали до 50 процентов раненых. Большую часть тех, кому была сделана первичная хирургическая обработка, оперировали в пределах армии.

■ В ряде армий на эвакуационных путях организовали специальные медицинские распределительные пункты (МРП), распределительные посты (РП), диспетчерские пункты, которые направляли раненых и больных по армейским и фронтовым госпиталям в зависимости от характера и тяжести ранения или заболевания.

■ Начиная с декабря 1942 года унифицированные полевые подвижные госпитали были переформированы в хирургические ППГ—на 200оек и терапевтические—на 100оек.

■ Возросло количество госпиталей для легкораненых. В 1943 году коечный фонд этих госпиталей составил более трети общего числаоек в госпитальных базах армий и фронтов. В весенне-летнюю кампанию 1943 года в ряде армий стали выделять госпитали для раненных в грудь, живот, в бедро и крупные суставы.

■ При управлениях фронтовых и полевых эвакуационных пунктов созданы отделы переливания крови. Начали формироваться передвижные станции переливания крови Наркомздрава, предназначенные для работы в условиях военных действий.

■ Весьма интенсивно велись поиски новых кровезамещающих растворов, разрабатывались актуальные проблемы донорства. Изучались способы увеличения сроков хранения консервированной крови, борьбы с ее инфицированием при заготовке.

Легендарная «Дорога жизни». Проложенная в ноябре 1941 года по едва замерзшему Ладожскому озеру, она сорвала замысел Гитлера задуть Ленинград голодом. По ледовой трассе было доставлено в осажденный город более 360 тысяч тонн продовольствия, боеприпасов, топлива, эвакуировано на Большую землю 550 тысяч женщин, детей, стариков.

Самым опасным участком «Дороги жизни» был 9-й километр. «Пронеси, господи»,— говорили, проезжая здесь, водители. Он был ближе всего к передовым позициям врага. 9-й километр без бивокля просматривался с высокого берега Невы под Шлиссельбургом, захваченного фашистами. Ежедневно по 2—3 раза на него обрушивался огонь вражеских береговых батарей, часто штурмовали этот участок самолеты со свастикой на крыльях. Здесь, у мостков через трещины и воронки, скапливались автомашины. Помощь пострадавшим на 9-м километре оказывала военфельдшер Ольга Николаевна Писаренко. Ее брезентован медицинская палатка, замороженная прямо в лед, была беспокойным полустанком на 30-километровом пути по скованному льдом озеру. Сюда Ольга Николаевна вместе со своими помощниками-санитарами приносила раненых, обмороженных. Изю дня в день делала она перевязки, растирания, инъекции, накладывала шины. Тех, кто был тяжело ранен, забирали санитарные машины, остальных выхаживала сама. 36 тысяч человек получили помощь в ее ледовом лазарете.

Когда весной 1942 года награждали отличившихся на «Дороге жизни», Ольга Николаевна одной из первых была отмечена орденом Красного Знамени. Это ее вторая фронтовая награда. Первую—орден Красной Звезды она получила в 1940 году во время советско-финляндской войны. Отцумели огненные годы. Ольга Николаевна теперь на пенсии, ведет большую работу по патристическому воспитанию молодежи: заведует музеем «Дорога жизни» в ладожской деревне Коккорево, откуда начиналась ледовая трасса.

Этот музей был организован в 1959 году по инициативе учащихся 174-й школы Смольнинского района Ленинграда и тружеников рыболовецкого колхоза «Прогресс».

СТАРИННЫЙ ДОМ недалеко от Смольного, скромная квартира, в которой я не раз бывал за два года знакомства с Ольгой Николаевной Писаренко... Не успели мы поздороваться, как по-матерински зоркий глаз хозяйки обнаружил разошедшийся шов на моей куртке. Не внемля моим протестам, Ольга Николаевна взялась за иглу.

Тогда-то я и обратил внимание на ее руки. Большие узловатые пальцы бережно трогали порванную ткань и ловко накладывали стежок за стежком. Закончив штопку, Ольга Николаевна легко оборвала нитку краем ладони. Ладонь панцирем покрывали мозоли.

— От носилок,—смуценно сказала она.—До сих пор не сходят.

А я продолжал зачарованно смотреть на ее руки и вспоминал, что рассказывал об Ольге Николаевне бывший ладожский шофер Петр Григорьевич Михайлин. Тот самый, что оставил на стене рейхстага знаменитый автограф Победы: «Мы пришли сюда затем, чтобы Германия к нам не ходила!..»

— Во время бомбежек и обстрелов Ольга Николаевна часто теряла варежки. Ей приходилось прямо на льду делать перевязки раненым, вытаскивать провалившихся под лед, растирать их закованные тела. И все это под прицельным огнем врага!

Ольга Николаевна Писаренко не щадила себя, спасая других. Увидишь, бывало, из кабины, что у нее руки в крови (на Ладоге всегда мороз и ветер), крикнешь:

— Возьми мои рукавицы, сестричка!

И всегда у нее был один ответ:

— А ты?

И не брала. Но шоферы все же бросали ей на лед рукавицы и ехали дальше. Люди делились с ней самым необходимым, берегли...

Я напомнил Ольге Николаевне о варежках.

— Верно. Меня снабженцы ругали,—улыбнулась она.—«На тебя, говорили, «Ладненько», не напасешься!» Я часто повторяла словечко—ладненько,—вот и поддразнивали меня так! 15 пар валенок сносила я за ту первую блокадную зиму, 3 шубы сменила, 5 санитарных сумок. Как попадешь в воду, так пропали валенки—сушить некогда. А шубы и санитарные сумки были побиты ос-



колками. Одна санитарная сумка, правда, спасла меня от пули.

...Санитарная сумка тяжелая—более 5 килограммов. В ней фляга со спиртом, вата, бинты, йод, шина, камфара, шприцы, салфетки, индивидуальные пакеты—словом, все, что нужно для оказания первой помощи. А снаружи—красный крест в белом круге. Красный Крест—символ милосердия. Но как трудно было порой оставаться милосердной!

В ясный морозный день километрах в двух от моей палатки ушел под лед самолет. Летчик спасся на парашюте. Бегу я к нему, сумка по боку хлопает, шуба на мне до пят. Выдохлась, пока добежала до летчика. А он лежит на льду и в меня из пистолета целит. Фашист! Из последних сил швырнула в него санитарную сумку, выбила из рук пистолет.

— Ты что!—говорю.—Я же тебе помочь хочу!

Летчик шарит по льду (встать не может), ищет пистолет. Но я схватила его первой. «Подлец!—подумала я.—Пришел завоевать нашу землю, мужа моего убил, дочурку пятилетнюю повесил!» Как мне хотелось его застрелить! Но сдержалась, положила пистолет в карман.

Тут подбегают моряки-зенитчики.

— Это наш!—кричат.

— Нет, мой!—возражаю.

— Он что, к тебе с неба упал? Мы ведь его сбили!

— Не трогайте его! У него перелом ноги!

Фашист вглядывается испуганно, недоуменно... Лишь когда я распахнула полы своей шубы, чтобы удобнее накладывать шину на его сломанную ногу, летчик увидел юбку, понял, что перед ним женщина, и о чем-то залопотал. Моряк, знавший немецкий, перевел.

— Он никогда не думал, что его, офицера рейха, возьмет в плен русская женщина.

Было это в День 8 Марта. Моряки-зенитчики пригласили меня в свой снежный домик среди торосов. Посадили у печки, поздравили с праздником, угостили чаем, капустой и шоколадом. Поблагодарила их за угощение—и обратно в свою палатку.

Хоть и хорошие, надежные были у меня помощники—санитары, а все сердце беспокойно: как там раненые? Сколько жива—не забуду, как много пережито вместе!

Старшина Петр Кононов по профессии печник, родом с Урала. Невысокого роста, молчаливый крепкий, злой в работе. Когда кашеварил у печки, каждый раз норовил оставить лишнюю порцию для меня. При этом мрачно оправдывался басом:

— Ешь, Николаевна! Отощала как...

Иван Чекушкин—шутник и балагур. Нрава добродушного, веселого. С ним легче было переносить всякие беды и напасти.

Однажды в пургу получили мы приказ отправиться на поиски моряков, не вернувшихся с боевого задания. Бушевала пурга. В крошечной тьме долго плутали по озеру, попав в лабиринт торосов. Сами обледенели. Ветер сбивал с ног. В двух шагах нельзя было человека разглядеть. Были моменты—только бы повалиться на лед и заснуть. Но мы сдерживались, друг друга подбадривали и нашли моряков! Их было 28, почти все раненые и обмороженные. Никого из них мы не отдали ладожской стуже!

...В палатке меня ждал сюрприз—командир 64-го дорожно-эксплуатационного полка, которому мы были приданы, капитан Можаяев скоро привез нам всем подарки, которые пришли на фронт от жителей Якутии.

В коробке с подарками лежала записка. «Бей фашистов за моего папу!»—аккуратно написал якутский школьник на тетрадном листке.

И вспомнилось, как недавно шофер, у которого в сильную пургу заглох мотор, привел в мою палатку продрогших детей, эвакуирующихся из Ленинграда. Я усадила ребят у печки, напоила горячим чаем. Жутко было смотреть на их голодные лица. Но дети есть дети: обогрелись, они оживились, заулыбались. И я, глядя

на них, как будто снова встретила свою погибшую дочурку.

Так хотелось мне оставить их у себя хотя бы на полдня! Но разве могла я это сделать? На койках металась раненые, в любую минуту мог начаться вражеский обстрел или воздушный налет. Проводила я их, усадила в машину и долго глядела вслед...

В середине марта приехал посыльный: «Комиссар вызывает!» У меня все похолодело внутри. Накануне у нас с комиссаром Иосифом Васильевичем Шикиным инцидент вышел. Распекал он раненого шофера, которого только что доставили в палатку санитары, а я при всех оборвала комиссара: «Не приставай, мол, к раненым! Им спокойствие нужно!»

Шофер, как потом выяснилось, во время вражеского налета оказался виновником затора у моста через трещину. Но я тогда этого не знала. Вошла я к комиссару ни жива ни мертва.

— Ольга Николаевна!—обратился ко мне И. В. Шикин.—Я пригласил вас, чтобы спросить: почему вы не вступаете в партию?

Я растерялась. Хоть отец у меня большевик, но сама-то я вроде мало что сделала пока.—Не заслужила еще,—говорю.

Нахмурился комиссар:

— Вы что же, разве не настоящим делом занимаетесь?

— Я свою Родину защищаю! Не хочу в рабство к фашистам! И других отдать не хочу!—вспыхнула я.

— Ну и прекрасно!—улыбнулся Шикин.—Пишите заявление о приеме в партию.

Голос у меня осекся, я едва выговорила:

— А кто мне даст рекомендацию?

— Я!—сказал комиссар.—И те, кого вы спасали.

К низкому потолку, увитому густым табачным дымом, потянулись руки. Я взглянула в лица голосовавших за меня шоферов, регулировщиков, дорожников, бойцов, охранявших ледовую трассу. Изнуренные голодом, бессонницей, непрерывной работой, они светились доверием.

«Нет!—подумалось мне.—Это они меня спасли. Их раны, их боль спасли меня, заглушили мое горе, дали мне силы бороться и выстоять!»

Ленинград—Москва.

Раненого доставляют на батальонный
медицинский пункт.
Художник Н. ВОЛКОВ.



Из экспозиции Военно-медицинского
музея Министерства обороны СССР.

Защитную функцию гемато-энцефалического барьера на рисунке художника Л. Самойлова олицетворяют фигурки красного цвета; фигурками голубого цвета обозначены химические и биологические соединения, поступающие через барьер в мозг, а серого — вредные для мозга вещества, которые барьер задерживает.



ЗАЩИТНЫЕ БАРЬЕРЫ

Г. Н. КАССИЛЬ,
профессор

НАШ ОРГАНИЗМ строго хранит постоянство своей внутренней среды, устойчивость ее состава, неизменность биологических свойств. Сложная система барьеров оберегает ее от неблагоприятных воздействий окружающего мира.

Первый барьер—кожа. Она задерживает большую часть загрязнений, ядов, бактерий, вирусов. К так называемым внешним барьерам, помимо кожи, относятся дыхательный и пищеварительный аппараты, а также печень—сложнейшая биохимическая лаборатория, в которой обезвреживаются ядовитые продукты, «перешагнувшие» сквозь кишечную стенку в кровь.

Но внешние барьеры не в состоянии обеспечить то постоянство среды, в котором нуждаются органы и ткани. Эти барьеры охраняют состав крови, а клетки органов и тканей непосредственно с кровью не соприкасаются. Необходимые для питания вещества они получают из тканевой жидкости, которая хотя и образуется кровью, но отделена от нее особыми, внутренними барьерами. По предложению известного советского ученого академика Л. С. Штерн, они получили название гисто-гематических барьеров (от греческих слов *histos*—ткань и *haima*—кровь).

Гисто-гематические барьеры не отвлеченное понятие. Они имеют свою структуру, свою анатомическую основу. Кровеносные сосуды разветвляются в тканях и органах на густую сеть капилляров. И капилляры, пронизывающие тот или иной орган, имеют свои особенности, они как бы специально приспособлены к функциям ткани, которую снабжают кровью. Стенка капилляра—форпост гисто-гематического барьера. Она задерживает ненужные в каждом конкретном случае составные части крови и беспрепятственно пропускает все необходимые для жизнедеятельности ткани вещества. Через стенку капилляра обратно в кровь поступают продукты клеточного обмена.

Вплотную к капилляру прилежит слой соединительной ткани. Исследователи придают ему особое значение в осуществлении барьерных функций. Они

рассматривают соединительную ткань как депо, в котором задерживаются и разрушаются вредные для организма вещества и бактерии.

Казалось бы, достаточно этих линий обороны. Но природа позаботилась об особой надежности охранительных систем. И если вредное или ненужное для нормальной жизнедеятельности вещество все же проникает в межклеточную жидкость, оно должно еще преодолеть барьер в виде клеточной оболочки. Но и этого мало: в самой клетке его задерживают внутриклеточные мембраны, ограждающие особо важные ее структурные образования.

Самую же мощную линию обороны организм строит на пути к нейронам—необычайно чувствительным и хрупким клеткам центральной нервной системы. Подобно строгому часовому, их охраняет мозговой, или гемато-энцефалический, барьер (от греческого слова *haima*—кровь и латинского *encephalon*—головной мозг).

Ни одна клетка в организме не реагирует столь чутко и быстро на самые незначительные изменения в окружающей среде, как нейрон. Он чувствителен подчас к стомиллионным и даже миллиардным долям грамма некоторых химических веществ. И задача гемато-энцефалического барьера—так отрегулировать состав и свойства жидкости, омывающей нервные клетки, чтобы они не приходили в состояние ненужного возбуждения или торможения.

Каковы же основные звенья гемато-энцефалического барьера? Прежде всего капилляры и своеобразное нервное сплетение из клеток и волокон—глия. Это удивительная ткань. Она не только защищает нейроны, но и кормит их с помощью специальных клеток-кормилиц. Барьерные функции осуществляют также оболочки мозга, сосудистые сплетения желудочков и особые химические соединения в клетках стенок капилляров мозга, нейтрализующие действие вредных для него чужеродных веществ.

Естественно, что гемато-энцефалический барьер не однороден на всем своем протяжении. Понять это помогли радиоизотопы. Выяснилось, что гемато-энцефалический барьер напоминает мозаику из множества взаимосвязанных механизмов и имеет различную проницаемость в разных участках центральной нервной системы. Исследования показали, что многие вещества, проникая в одни отделы мозга, например, в гипоталамус, мозжечок, зрительные бугры, в то же время не попадают, скажем, в белое вещество мозга, в кору, продолговатый мозг.

Характерно, что в гипоталамусе—небольшой, но важнейшей по своему назначению области мозга, где осуществляются высшие регуляторные функции организма, защитный барьер более проницаем, чем в других отделах центральной нервной системы. И это имеет огромное значение. Почему?

Представим себе, что в силу каких-то причин увеличилось содержание сахара в крови. Гемато-энцефалический барьер не пропускает в мозг избыток сахара. Но в гипоталамус, точнее в те его группы клеток, которые ведают углеводным обменом, сахар начинает поступать в большем, чем обычно, количестве. И тотчас же включаются механизмы, снижающие уровень сахара в крови.

Или другой пример. Одна из желез внутренней секреции начинает усиленно вырабатывать гормоны. Кровь наводнена ими. Но проникают они через гемато-энцефалический барьер прежде всего в гипоталамус. И он немедленно мобилизует силы для нормализации функции железы, нейтрализации избытка гормона в крови. Так проявляется еще одна важная функция гемато-энцефалического барьера—участие в регуляции физиологических процессов.

Избирательная способность мозгового барьера обеспечивает точное, бесперебойное поступление сигналов именно в те участки мозга, куда они адресованы. Это—необходимое условие, позволяющее клеткам мозга ориентироваться даже в самых малейших сдвигах, которые совершаются в организме.

Снабжение мозга питательными веществами осуществляется также через барьер: он задерживает ненужные со-

Повышению проницаемости гистогематических барьеров способствуют, в частности, переохлаждение и перегревание организма, алкоголизм и наркомания, голодание и недостаток витаминов. Недаром эти факторы считают предрасполагающими к заболеваниям.

В процессе лечения возникает порой необходимость восстановить или усилить защитную функцию барьера. Нередко врачам приходится решать и прямо противоположную задачу: повысить его проницаемость, чтобы открыть путь лекарственному веществу в больной орган. Особенно сложной становится эта проблема, если инфекционное заболевание поражает центральную нервную систему. Ведь многие лекарственные препараты не в состоянии преодолеть прочный гемато-энцефалический барьер и поразить врага, оккупировавшего нервную ткань. Именно поэтому тяжелые заболевания мозга и его оболочек, например, вирусный энцефалит, менингит, столбняк, с трудом поддаются лечению.

При направленном понижении и повышении проницаемости защитных барьеров мозга возникает новая сложность: открывая доступ одним химическим веществам, полезным в данную минуту организму, мы не в состоянии одновременно закрыть его для других—ненужных и вредных. Вместе с лекарством в мозг могут проникать и всевозможные чужеродные вещества, продукты обмена веществ, от которых мозг обычно надежно защищен. Поэтому то иногда и приходится вводить то или иное лекарственное вещество, минуя гемато-энцефалический барьер, например, в спинномозговую жидкость или ткань мозга.

А как важно научиться управлять в лечебных целях барьерными функциями мозга! Над решением этой задачи работают многие лаборатории и клиники как у нас, так и за рубежом.

В настоящее время хорошо известны химические и биологические соединения, легко проникающие из крови в центральную нервную систему, известные вещества, которые задерживаются мозговым барьером и следы которых могут быть обнаружены в нервной ткани лишь с помощью тонких, особо чувствительных методов исследования. Широко изучается влияние самых разнообразных воздействий на состояние гемато-энцефалического барьера. За последние годы химии и фармакологи синтезировали немало лечебных препаратов, в том числе и антибиотиков, способных преодолевать защитный барьер мозга. Много на этом пути уже сделано, но значительно больше предстоит сделать.

А. И. ЗАИЧЕНКО,

заместитель
Главного государственного
санитарного врача СССР,
кандидат медицинских наук;

С. В. ЧИЖОВ,

профессор;

Л. И. ЭЛЬПИНЕР,

доктор медицинских наук

ставные части крови, но беспрепятственно пропускает все необходимые для жизнедеятельности нейронов вещества. Регулируя питание нервных клеток, мозговой барьер способствует одновременно быстрому удалению использованных продуктов клеточного обмена, которые из мозга переходят в кровь.

Многочисленные исследования показывают, что не только гемато-энцефалический барьер, но и все гистогематические барьеры приспособлены к функциям «своих» органов или тканей и обладают индивидуально выраженными структурными особенностями, различной проницаемостью. Потому-то некоторые яды, бактерии, вирусы, токсины поражают одни органы и не затрагивают другие.

Очаги заболевания возникают, как правило, в зонах наименьшего сопротивления. И связано это во многих случаях с нарушением проницаемости защитных барьеров. Больные диабетом, например, нередко страдают от мучительной боли, вызванной диабетическим невритом. В последние годы было установлено, что причина—в прорыве гемато-неврального (между кровью и нервными стволами) барьера. Из-за высокого содержания в крови сахара эта линия защиты организма становится проницаемой для ряда химических соединений, обуславливающих болевые ощущения.

Исследования последних лет доказали, что барьеры не плотно закрытые двери. Это тонко реагирующие физиологические механизмы, состояние которых всецело зависит от условий внешней среды и потребностей организма. Миллионы рецепторов—чувствительных приборов, заложенных в тканях,—оповещают центральную нервную систему—этот высший распорядительный орган—обо всех сдвигах во внутренней среде организма. В ответ на эту информацию барьеры, приспособляясь к постоянно меняющимся условиям жизни, могут повышать или снижать свою проницаемость, избирательно пропускать или задерживать те или иные вещества.

ПРОБЛЕМА, о которой пойдет речь, имеет многовековую историю. Уже в древности серебро применяли для сохранения свежести питьевой воды. Об этом свидетельствуют древние индусские письмены, труды античного историка Геродота. Индусы, например, погружали в воду раскаленный серебряный стержень. Персидский царь Кир пользовался в походах серебряными сосудами. На протяжении столетий считалось, что серебро способно очищать воду.

В тридцатых—сороковых годах нашего века проблема привлекла пристальное внимание ученых. Появилось множество публикаций в научных изданиях, удививших... полнейшим разнообразием данных. Одни исследователи утверждали, что для бактерий губительны ничтожные количества серебра. Другие доказывали, что количества эти должны быть вовсе не такими уж ничтожными—доли миллиграмма, а то и миллиграммы в литре. В опытах одних исследователей эффект наблюдался через 10 минут. В опытах других бактерии погибали только через несколько часов.

Какие же результаты верные? Очевидно, все. Но разве в науке так бывает? Увы, бывает, когда условия опыта неодинаковы.

Ясность пришла позже. Вооруженные современными методами исследований, ученые смогли доказать, что одна и та же доза серебра действует различно в разной по химическому составу воде. Кроме того, конечный эффект зависит от степени ее бактериальной загрязненности. Небезразлично также, какое серебро применить. Ведь можно электролитическим путем ввести в воду его ионы, можно растворить азотнокислосое серебро, можно, наконец, использовать коллоидные его соединения. Имеет значение и такая «мелочь», как недостаточно тщательное мытье лабораторной

СЕРЕБРО В ВОДЕ

посуды. Если стенки сосудов понемногу «обрастают» серебром, то его концентрация с каждым последующим опытом увеличивается, что не может не сказаться на результатах исследований. Точная же методика аналитического определения серебра в воде появилась только лет десять—пятнадцать тому назад.

Изменилась в наши дни и бактериологическая оценка опытов. Раньше исследователь «пускал» в литр воды 100 000 бактерий кишечной палочки, добавлял серебро и получал такой результат: гибло 99 процентов бактерий. Казалось бы, прекрасный эффект! Действующий же сейчас в СССР Государственный стандарт качества питьевой воды допускает, чтобы в литре ее находилось не более трех кишечных палочек. И результат прежнего опыта выглядит неутешительно, потому что один процент оставшихся в живых бактерий—это 1000 в литре, в 333 раза больше нормы!

И все же, когда потребовалось найти способ, позволяющий длительно сохранять питьевые свойства воды в особых условиях—прежде всего на морских и космических кораблях,—специалисты остановились именно на серебре. Почему? Необходимо было вещество, длительно сохраняющее свою бактерицидную активность, действенное в относительно малых дозах, безвредное, стабильное в водной среде и не ухудшающее ее качеств. А теоретические и экспериментальные предпосылки свидетельствовали как раз в пользу серебра.

Фундаментальные работы провел академик АН УССР Л. А. Кульский. Долгие годы он тщательно изучал теорию и практику применения серебра в технологии обработки воды.

Все полученные к настоящему времени данные говорят о правомерности выбора серебра как обеззараживающего и консервирующего воду средства. Установлено, что наиболее эффективно

применение так называемого ионного серебра, получаемого электролитическим путем в ионаторах—аппаратах, специально предназначенных для этой цели. С помощью ионаторов можно, во-первых, получать концентрированные растворы серебра и добавлять их в расчетных количествах в обрабатываемую воду и, во-вторых, «серебрить» проходящую через аппарат воду, обеспечивая в ней заданную концентрацию электролитического серебра. Эффективны оба эти приема.

Многочисленные опыты показали, что в прозрачной и бесцветной воде обеззараживающий эффект достигается за час-два при концентрациях электролитического серебра 0,2—0,4 миллиграмма в литре. Причем высокие питьевые качества воды сохранялись в течение всего девяностодневного периода наблюдения. Результаты были безупречны и когда повторно загрязняли воду микробами и изменяли условия ее хранения—в различных по материалу и величине емкостях, при разной температуре. Выяснилось также, что для сохранения чистой питьевой воды достаточно меньшие концентрации серебра—0,05 миллиграмма в литре.

И, что самое главное, было установлено, что без всякого вреда для здоровья можно всю жизнь употреблять воду, концентрация серебра в которой не превышает 0,05 миллиграмма в литре. Это узаконено ныне действующим Государственным стандартом качества питьевой воды. Кратковременное же использование допускает и большие концентрации серебра—0,1—0,2 миллиграмма в литре. Так, общеизвестен эксперимент, когда испытатели целый год жили в изолированных условиях, приближенных к условиям космического полета; они употребляли воду, содержащую в литре 0,1 миллиграмма элек-

тролитического серебра. Каких-либо неблагоприятных последствий обнаружено не было. Качество же воды оставалось неизменно высоким.

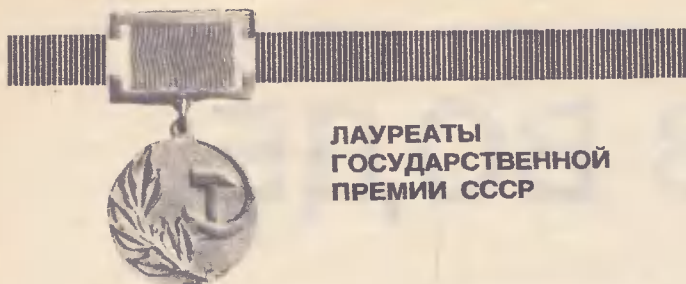
Метод консервации воды серебром отлично зарекомендовал себя на морском флоте. Сегодня на морских судах установлены сотни ионаторов.

Водой, консервированной с помощью серебра, были обеспечены экипажи космических кораблей и станций «Восток», «Восход», «Союз» и «Салют». Санитарно-гигиеническая оценка показала высокие качества и полную стабильность исходных физико-химических и бактериальных показателей питьевой воды, а космонавты отмечали ее хороший вкус.

Электролитическое серебро используют также в производстве минеральных вод для обеспечения их бактериальной чистоты. В последнее время появились бытовые ионаторы. Применение их, несомненно, оправдывает себя, но требует строгого соблюдения правил, изложенных в инструкциях.

Часто возникает вопрос: а можно ли применять серебро на городских водопроводных станциях? В принципе это возможно, но экономически нецелесообразно. Нет никакой необходимости отказываться от оправдавших себя в этих условиях традиционных, вполне надежных методов обеззараживания воды—хлорирования, озонирования.

...Ну, а как же наши предки, использовавшие серебряные сосуды для хранения воды? Помогало ли это ее обеззараживанию? Эксперименты дают отрицательный ответ: бактерицидное действие не наблюдается. И вот что интересно: если внимательно читать Геродота, то оказывается, что царь Кир возил в серебряных сосудах... кипяченую воду!



ЛАУРЕАТЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПРЕМИИ СССР

ДЕРЗАНИЕ И РАСЧЕТ

А. ЧЕРНЯХОВСКИЙ

Есть у работ в области медицины, отмеченных ныне Государственной премией СССР, объединяющие черты.

Одна из них—печать современности.

Обе работы не могли появиться раньше, ибо целиком построены на новейших достижениях науки и техники, впитали в себя обобщенный опыт ряда смежных областей знания. Второе сходство в том, что они касаются не массовых болезней и доступны только специалистам самой высокой квалификации.

«Операции на трахее и бронхах в какой-то мере «штучные»,— говорит один из лауреатов, профессор Михаил Израйлевич Перельман.

«Создан оригинальный, единственный в мире протез тазобедренного сустава,—повторяет ту же мысль другой лауреат, профессор Константин Митрофанович Сиваш.—

Но мы, авторы, наверно, наиболее отчетливо понимаем, что применять его могут лишь очень квалифицированные, специально подготовленные ортопеды».

Снижает ли это ценность достигнутого? Скорее наоборот: свидетельствует о высоком уровне специализированной помощи.

Да и что такое не массовая болезнь?

Есть в жизни категории, которые нельзя ни измерить, ни оценить цифрами, процентами,—таковы горе и боль человека, его радость и счастье. Вот худенький, стройный паренек из Махачкалы. В свои двадцать лет он медленно умирал—не мог втянуть в изголодавшиеся легкие живительный воздух и погибал от растянувшегося на месяцы липкого удушья. Или вот женщина, способная журналистка, по натуре стремительная, порывистая. Оба ее тазобедренных сустава поражены тяжким недугом, обездвижены. И врачи не могли ничего обещать. Скажите этим двоим, которые вместе с тысячами подобных спасены, воскрешены нынешними лауреатами, скажите им, что удельный вес их болезни 2, или 4, или 8 процентов. Разве способно это пригасить, уменьшить их безмерное счастье вновь жить, «как все»,—работать, учиться, растить ребенка, дерзать!

ПОКОРЕНИЕ ТРУДНОЙ ВЫСОТЫ

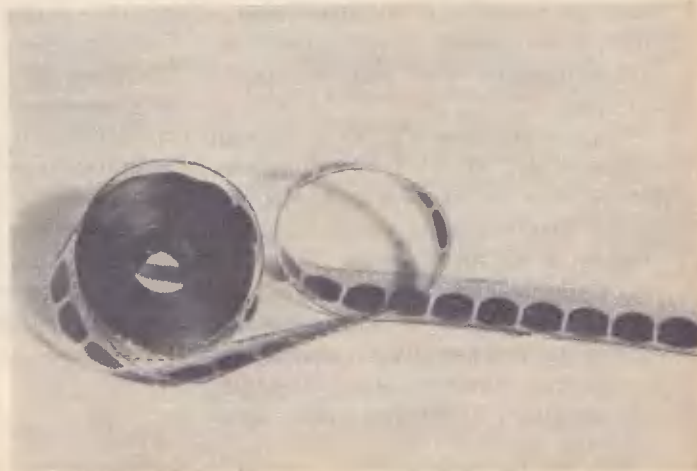
Своенравным и непоследовательным представляется подчас календарь познания. Разве не парадоксально, например, что успех операций на трахее и бронхах пришел много позже, чем на таких органах, как почки, сердце, легкие, головной мозг?

Какие же обстоятельства сделали трахею и бронхи едва ли не последней областью человеческого организма, куда смог проникнуть исцеляющий скальпель?

Они упрятаны за семью замками: подобраться к очагу поражения через рот часто невозможно, а снизу и с боков все подступы закрыты, и не чем-нибудь,—сердцем, легкими, аортой, пищеводом, позвоночным столбом. Блестящий знаток анатомии трахеи и бронхов профессор Анатолий Афанасьевич Травин дал искателям-хирургам ряд ценных ориентиров, зажег «путевые фонарики», которые помогли смелее идти к цели. Но как отважиться вскрыть, а тем более пересечь единственный ствол, по которому воздух поступает в легкие? Как уберечь больного на все время длительной операции от удушья? А если просвет воздухоносного пути сужен рубцом или закупорен опухолью? Другие ткани—кости, кожу, кровеносные сосуды—хирурги научились замещать искусственными протезами или консервированной тканью, трахея же и бронхи упорно противились любым заплатам.

Аксиома: прежде чем взяться за нож, хирург должен знать, что делается в очаге поражения. Но ни обычная, ни контрастная рентгенография не давала об этом достаточных сведений. Испробовать электрорентгенографию? Да, снимки на белой бумаге позволили лучше разглядеть болезненный очаг. Важные штрихи добавляла и томография: с помощью новейшей аппаратуры можно было изучать на одном снимке сразу несколько слоев трахеи и бронха. Но и после этого загадки и неясности преследовали врачей.

Некоторые больные как-то странно задыхались: втягивали воздух в легкие почти свободно, а выдохнуть его не могли. Что мешало? Рентгеновские снимки ответа не давали. Мало помогал и бронхоскоп, позволяющий осветить и разглядеть трахею изнутри.



Надо попытаться изучить трахею в работе, в движении. Но как? После долгих усилий научились соединять воедино все методы исследования: вводили контрастное вещество, просвечивали рентгеновыми лучами и запечатлевали картину на быстро движущейся киноплёнке. И вот эта рентгенокиносъемка позволила понять, что происходит в таких случаях. Оказывается, размягчившаяся задняя перепончатая часть трахеи, словно парус, западала при выдохе в ее просвет и закрывала его. Значит, надо укрепить перемычками непостоянный «парус»! Но с какой стороны, каким путем подобраться к трахее?

И тот же вопрос: как подобраться при незаживающем отверстии в бронхе—фистуле, образовавшейся после удаления пораженного туберкулезом легкого? Ветеран советской легочной хирургии академик АМН СССР Лев Константинович Богуш детальнейше разработал методику и технику операций, при которых использовал самый прямой, до дерзости смелый путь—через полость околосердечной сумки. Легко понять, какого нервного напряжения и каких вершин мастерства это требует от врача! Награда ему—эффективность операции.

Профессор Л. К. Богуш вместе со своим ассистентом кандидатом медицинских наук Юрием Леонидовичем Семеновым внедрили эту методику в клиническую практику, обучили тонкому искусству десятки хирургов.

Множество кропотливых, трудных экспериментов на животных проделал в Ташкенте другой лауреат—доктор медицинских наук Фазыл Файзрахманович Амиров. В результате его усилий сегодня хирургу, стоящему у операционного стола со скальпелем в руке, уже не надо решать головоломку: как идти? Создан и выверен в деталях надежный путеводитель по этому разделу грудной полости—своеобразная трахеобронхоскопическая логика.

Извечный метод хирургов—иссечение. Но как непросто было постичь возможность подтягивать друг к другу концы пересеченной трахеи или бронха! Теперь можно безбоязненно удалять 5—7 и даже больше сантиметров разрушенной безвредной ткани. Годы и годы шлифовал свою хирургическую технику, уточнял методику операций на трахее доктор медицинских наук Александр Павлович Кузьмичев. Он одним из первых отважился на такие вмешательства.

А сколько еще потребовалось «подсобных» открытий! Один лишь пример. Профессор Михаил Израйлевич Перельман и кандидат медицинских наук Наталия Сергеевна Королева разработали оригинальную методику шунтирования—воздух в легкие подается по особым трубкам, вводимым прямо через операционную рану. И это оказалось более эффективным, чем использование аппарата искусственного кровообращения.

Говорят: новое витает в воздухе! Почти одновременно, почти параллельно со своими коллегами в чем-то по-своему прокладывала новую колею в хирургии трахеи киевский профессор Ольга Матвеевна Авилова. Особая ее заслуга—успешное лечение самых трудных пациентов—маленьких детей.

Новые рациональные способы хирургических операций на трахее и бронхах позволяют исцелять больных, ранее считавшихся неизлечимыми. Это ли не самая высокая награда за неистовый труд!

ЕДИНСТВЕННЫЙ В МИРЕ

Вот он у меня в руках—титано-кобальтовый окончатый стержень с круглым шарниром и забавной шляпкой-ежиком. Даже не верится, что это о нем восторженные отзывы специалистов, кипы благодарственных писем больных на разных языках; что его и лицензии на его производство покупают многие страны.

Есть такая болезнь, в сложном трехъязычном названии которой фигурируют три фамилии описавших ее врачей—Штрюмпель—Мари—Бехтерев. Она обрекала на жесточайшие страдания и почти полную неподвижность, никакие лекарства или операции не облегчали этой участи. Семь лет назад страшная болезнь настигла одного из крупных советских конструкторов. После длительного лечения в лучших клиниках, на курортах специалисты честно признали: все возможности исчерпаны, помочь бессильны.

— Тогда конструктора привезли к нам,—вспоминает профессор Мария Ивановна Панова.—Я сказала, что оперировать беремся, и показала протез. Он попросил разрешения взять его вместе с чертежами с собой. А через несколько дней заявил: «Мы с коллегами изучили эту оригинальную конструкцию—сделано безупречно. Согласен на операцию!» Было это четыре года назад. А на днях иду по Ленинскому проспекту и вижу, как мужчина бежит к троллейбусу и ловко вскакивает в него на ходу. Только в самый последний момент узнала: так это же мой пациент—конструктор на протезах! Верите, сердце защемило от радости.

Есть другая мучительная болезнь—коксартроз, поражающая чаще людей в 50—55 лет. Доктор медицинских наук Валентин Николаевич Гурьев говорит:

— Удаляешь пораженный сустав и удивляешься мнотерпению человека: все равно что ходить на пятках, с которых снята кожа. Головка бедра почти обнажена, все вокруг воспалено и источает нестерпимую боль. Болят все другие суставы, болит сердце, как при истинной стенокардии. А заходишь на следующий день после операции—весь светится в улыбке: вместе с очагом отсекали и большинство жалоб.

Как же все-таки родилась уникальная новинка? Как удалось в сравнительно короткий срок достичь того, что долгие годы было только мечтой: заменить металлом самый крупный и один из самых сложных суставов человека?

...На кровавых дорогах минувшей войны инженер



На этой киноплёнке во всех подробностях запечатлена функция трахеи. Скорость съемки—24 рентгенокинокадра в секунду. Они покажут хирургу, куда направить свой спасительный скальпель.

Плод труда большого коллектива врачей и инженеров—титано-кобальтовый тазобедренный сустав. Искусственный, он служит человеку не хуже естественного.

Сиваш был ранен в живот. Долгим был его изнурительный марш к выздоровлению—через одиннадцать госпиталей. Инженер тогда поклялся себе: «Выживу—стану врачом!» И стал в 1949 году. Сразу потянуло к костям: с ними много инженерной работы, надо точить, пилить, конструировать. Уже в 1950 году у молодого врача было три авторских свидетельства на изобретения. Но главное—дело его жизни!—было еще впереди.

Поражают увлеченность и упорство, которыми щедро награжден профессор К. М. Сиваш. Четыре года, день за днем, ни на что не отвлекаясь, проводит он у кульмана, в виварии, в опытно-экспериментальном производстве. И вот уже бегают по институтскому двору собаки на искусственных протезах. Но коллеги только покачивают головами: тоже идея—вживить больному чуть ли не килограмм металла! Как его соединить с костями и избежать поломок из-за трения? Может, еще и масленку приспособить?

Нет, это не были придирки: на все вопросы надо было дать точные, убедительные ответы. На их поиски ушло почти два десятилетия. Вокруг Сиваша—пылкого генератора идей—сколотился большой коллектив энтузиастов. Сначала на кальке, а потом в эксперименте испытали семь «окончательных» решений, не считая десятков промежуточных. Конструкция шарнира должна не только давать полный простор движениям ноги, но и обеспечить надежную опору для тела. Другие участники «дружины Сиваша» боролись над составом металла, которому предстояло долго, десятилетиями жить внутри организма и оставаться пластичным, принимать на себя нагрузки и частично гасить их. Третьи изучали гистологию кости, пределы ее прочности и ответные реакции на столь грубое постороннее вторжение. Инженеры и механики опытного производства во главе с Евгением Михайловичем Гусевым и Анатолием Андреевичем Ковалевым осваивали методику точного литья.

Но самую большую ответственность приняли на себя, конечно, клиницисты—Мария Ивановна Панова и Валентин Николаевич Гурьев. Со всей осмотрительностью и тщательностью разработали они показания и противопоказания к операции, многочисленные варианты ее методики и техники.

Впервые в ортопедической практике выяснилось, что можно обойтись без цемента или клея, вызывающих обычно множество осложнений,—достаточно точно рассверлить кость и туго вогнать в нее протез. Уже через шесть дней в его «окнах» начинают появляться первые костные балки, они быстро схватывают штифт и головку, так что их и силой не выдернешь. Через месяц-полтора вокруг металлической шейки образуется капсула из соединительной ткани, в ней, как во втулке, шарнир действует безотказно, и не требуется никакой смазки. Металл никогда не вступает в нежелательные реакции с внутренней средой организма.

Естественный вопрос: надолго ли хватает протеза? Испытание проводила машина. Ей задали такой режим: сделать столько изгибов под давлением, сколько требуется человеку, проходящему ежедневно по 10 километров.

— Знаете, какой получился результат?—Профессор Сиваш делает паузу.—Протез может служить 140 лет!

Уже сейчас благодаря новому протезу сотни людей забыли о своих мучительных болезнях—работают, учатся, совершают туристские путешествия, рыбачат, пишут книги и даже, если придется, бегают за отходящими троллейбусами.

НЕ ПРОГЛЯДИТЕ НАЧАЛА

М. Я. СТУДЕНИКИН,
член-корреспондент АМН СССР

СЛИШКОМ большая, как бы квадратная голова с выступающими лобными и теменными буграми, грудь, сдавленная с боков, напоминающая куриную, вздутый живот, искривленные наподобие буквы Х или О ножки. Таким нередко представляют себе ребенка, больного рахитом. Многие также знают, что при этом заболевании с запозданием прорезываются зубы, мышцы становятся вялыми, слабыми, малыш поздно начинает сидеть, стоять, ходить...

Такое представление о рахите довольно часто подводит родителей: они пропускают начало заболевания у ребенка. Ведь даже наиболее ранние изменения в костной системе—размягчение краев родничка, уплощенные затылка—возникают, когда болезненный процесс уже в разгаре! Самые же первые его признаки появляются примерно на месяц раньше. И именно на них очень важно обратить внимание, чтобы в самом начале вступить в борьбу с болезнью и не дать развиться тяжелым костным деформациям и другим проявлениям рахита.

Тревогу надо бить сразу, если заметите, что ребенок стал беспокойным и раздражительным (беспрестанно плачет) или, наоборот, угнетенным и вялым. Если он мало и тревожно спит, а во сне часто вздрагивает, двигает ручками и ножками. Если постоянно и сильно потеет; особенно потной бывает голова, от этого раздражается, зудит кожа и малыш даже «лысеет».

Пусть не покажется странным, что такие явления, свидетельствующие о поражении нервной системы, могут быть присущи рахиту. Ведь рахит—болезнь не только костей и суставов, как нередко ошибочно полагают. Это тяжелое заболевание всего организма, сопровождающееся нарушением жизненно важных процессов обмена веществ и функций многих органов и систем.

Толчком к подобным нарушениям служит дефицит витамина D. Если этого витамина мало образуется в самом организме (так происходит, когда ребенку не хватает ультрафиолетовых солнечных лучей) или мало поступает с пищей, плохо усваиваются соли фосфора и кальция. А подобные сдвиги раньше всего сказываются на нервной системе. Поэтому «нервные» симптомы и становятся самыми первыми признаками рахита. И только потом возникают и выявляются изменения в костных тканях и внутренних органах—кости размягчаются, истончаются и легко искривляются; увеличиваются печень и селезенка; нарушается деятельность эндокринных желез и многих других органов. В разгаре болезненного процесса у большинства детей развивается малокровие, наруша-



ется пищеварение и усвоение питательных веществ.

Рахит резко ослабляет организм, снижая его защитные силы. Дети становятся более восприимчивы к любым инфекциям, легко заболевают воспалением легких, которое у них нередко принимает затяжной характер. Все это наносит урон здоровью, тормозит физическое и психическое развитие.

Тяжелые деформации костей грудной клетки, таза, ног, позвоночника теперь возникают нечасто, потому что, как правило, вовремя назначается лечение. Но ребенок, которого редко показывают врачу, от них не застрахован. Устранить же эти дефекты гораздо труднее, чем предупредить, особенно если упущено время. И тогда след остается на всю жизнь. Изменения костей таза у девочки, например, могут лишить ее в будущем счастья материнства.

Особенно настороже должны быть родители в первый год жизни младенца. Рахит—болезнь растущего организма. И, пожалуй, не будет преувеличением сказать, что он угрожает каждому ребенку первого года жизни. Ведь потом дети не растут так бурно, как в эту пору: вес их утраивается, а длина тела увеличивается наполовину. Столь стремительное развитие обуславливает повышенную потребность в веществах, идущих на построение тканей—в белках, фосфоре и кальции,—а также в витамине D.

Если правильно организовать питание ребенка, он будет получать все необходимое в нужном количестве. За исключением витамина D, его мало в тех продуктах, которыми питаются дети на первом году и особенно в первые месяцы жизни. Кроме того, витамин D, поступающий с пищей, обладает меньшей биологической активностью, чем витамин D, который образуется в самом организме. Но главная беда как раз в том и состоит, что у малышей до года способность их организма вырабатывать этот витамин понижена. Таким образом, каждый ребенок находится в условиях непримиримого несоответствия между потребностью его организма в витамине D и возможностью удовлетворить эту потребность.

И тем не менее заболевание рахитом отнюдь не неизбежно. Существуют простые, доступные и надежные средства его профилактики. Только надо своевременно их применять: ведь начальные признаки рахита нередко обнаруживаются очень рано—у



двух-трехмесячных, а иногда и у четырех-пятилетних малышей.

Всем новорожденным (доношенным—с трех-четырех недель, а недоношенным—с двух) врачи обычно назначают курс специфической профилактики рахита: либо витамин D, либо рыбий жир, либо облучение ртутно-кварцевой лампой (под влиянием ее лучей в организме образуется витамин D).

Хочу предостеречь родителей от какой бы то ни было самостоятельности в использовании противорахитических средств. Ни в коем случае не увеличивайте по собственному усмотрению дозу назначенного препарата—это может привести к неблагоприятным последствиям.

Потребность в витамине D у детей неодинаковая. Поэтому, выбирая препарат и устанавливая его дозу, врач учитывает индивидуальные особенности ребенка, его реакцию на назначенное лекарство, характер вскармливания, время года, климатические условия.

Не надо думать, что рахит можно предупредить (или вылечить) только с помощью специфических противорахитических средств. Ни одно из них не предохранит ребенка от заболевания, если ему не будут обеспечены хороший уход и правильное питание.

Как бы ни вскармливался ребенок—материнской грудью или искусственными смесями, очень важно, чтобы он начал своевременно получать фруктовые и овощные соки (с одного месяца), тертое яблоко (с трех месяцев), овощные пюре (с четырех-пяти месяцев), мясные бульоны (с шести-семи месяцев), мясные фрикадельки (с семи-восьми месяцев). А вот злоупотреблять молочными кашами, мучными блюдами ни в коем случае не следует—они содержат фосфор в плохо

усвояемой форме, и фосфорно-кальциевый обмен в организме может нарушиться.

Лучшему усвоению пищи, правильному физическому развитию, нормальной деятельности нервной системы, укреплению организма, а значит, и предупреждению рахита способствует рациональное чередование сна, приемов пищи и активного бодрствования. О деталях режима ребенка следует советоваться с участковым педиатром.

Одна из важнейших профилактических мер—максимальное пребывание на свежем воздухе, а кроме того,—гимнастика и массаж. Приемы их легко усвоить, пройдя инструктаж у педиатра или методиста лечебной физкультуры в детской районной поликлинике.

Затихший рахит может активизироваться у ребенка на втором и даже на третьем году жизни, когда угроза, казалось бы, миновала. Предрасполагают к этому однообразное, не отвечающее потребностям организма питание и нарушения режима. Обострения возникают чаще зимой и ранней весной. Ребенок, который уже хорошо ходил и бегал, становится менее подвижным, предпочитает играть сидя. Выявляются и другие характерные для рахита изменения. Поэтому ребенок, перенесший рахит, особенно нуждается в систематическом наблюдении врача.

Фото В. АННИ



СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1. Кандидат фармацевтических наук **И. И. КОЗЫРЬ**—**И. И. Ковалеву**, Тольятти.
2. Доцент **Н. Ф. СОКОЛОВА**—**Т. Б. Таборовой**, Северодвинск.
3. Главный врач Московской городской станции переливания крови **Н. И. ЗАОЗЕРСКАЯ**—**Н. А. Богачевой**, Москва.
4. Кандидат медицинских наук **Е. И. РЫЖКОВА**—**Т. Рудаковой**, Березники.
5. Профессор **В. А. ГОЛОГОРСКИЙ**—**Г. Н. Исаковой**, Московская область.
6. Кандидат медицинских наук **Р. И. МИХАЙЛОВА**—**Л. А. Усенко**, Киев.
7. Кандидат медицинских наук **В. А. ГРЕЧУШКИНА**—**читателю В. Г.**, Тула.

РЯБИНА ЧЕРНОПЛОДНАЯ

1. «Расскажите о свойствах рябины черноплодной»

Рябина черноплодная культивируется в нашей стране как пищевое, лекарственное и декоративное растение. Она представляет собой густой кустарник высотой до двух метров. Плоды, собранные в грозди, черные, крупные, сочные с сизым налетом. Цветет рябина в июне—июле; ягоды созревают в начале осени, вкус их приятный, кисло-сладкий, терпкий. Сорванные плоды долго не портятся, так как содержат вещества, подавляющие размножение микроорганизмов.

В зрелых ягодах содержится витамин С, йод, сахар, каротин, органические кислоты и много витамина Р. Черноплодную рябину по праву считают концентратом этого витамина. В сочетании с аскорбиновой кислотой он уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, участвует в окислительно-восстановительных процессах. Поэтому плоды рябины черноплодной особенно полезны людям, страдающим гипертонической болезнью, атеросклерозом, а также тиреотоксикозом.

500 граммов промытых и слегка подсушенных плодов растирают с 350 граммами сахарного песка. Достаточно два раза в день съесть по 2—3 столовые ложки этой вкусной смеси. Ее хранят в прохладном месте.

Большим сахарным диабетом или ожирением не следует смешивать черноплодную рябину с сахаром. Лучше приготовить водный настой: 1—2 чайные ложки измельченных сушеных плодов рябины черноплодной заливают стаканом кипятка, через 30 минут процеживают. Выпивают по 2—3 столовые ложки настоя два раза в день; хранят ее тоже в прохладном месте.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ГРЕЛКА

2. «Что представляет собой электрическая грелка, в каких случаях ее можно применять?»

В отличие от обычной электрической грелки, будучи включенной, сохраняет постоянную температуру. Переключатель позволяет менять степень ее нагрева.

Электрическая грелка отличается легкостью, гибкостью, удобством, потребляет мало электроэнергии. Нагревается она током, который проходит по реостатному проводу с большим сопротивлением, размещенному между двумя асбестовыми прокладками. Они



заклучены в матерчатый чехол с завязками. С их помощью грелку удобно фиксировать на пояснице, животе, суставе или других частях тела.

Необходимо регулярно проверять состояние провода; оголившиеся места надо обязательно изолировать или заменить провод новым. Нельзя пользоваться электрической грелкой, если чехол, в котором она находится, влажный.

Следует помнить, что пользоваться любой грелкой, в том числе и электрической, по своему усмотрению опасно! При заболеваниях, которые могут сопровождаться кровотечением, например, при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, во время приступа сильной боли, причина которой неясна, воздействие теплом угрожает катастрофой.

ДОНОРСТВО

3. «Укажите, пожалуйста, адреса донорских пунктов в Москве».

В Москве кровь у доноров берут на станции переливания крови при Центральном ордена Ленина институте гематологии и переливания крови Минздрава СССР—Ново-Зыковский проезд, 4а; в отделении переливания крови при Институте сердечно-сосудистой хирургии имени академика А. Н. Бакулева АМН СССР—Ленинский проспект, 9; Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной хирургии Минздрава СССР—Б. Пироговская ул., 2/6; Институте хирургии имени А. В. Вишневского АМН СССР—Б. Серпуховская ул., 27; Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР—Каширское шоссе, 6; Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П. А. Герцена Минздрава РСФСР—2-й Боткинский проезд, 3; ордена Трудового Красного Знамени Институте нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко—ул. Фадеева, 5; Центральном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова Минздрава СССР—ул. Приорова, 10; на Московской городской станции переливания крови—ул. Поликарпова, 14; отделении переливания крови при клинической больнице имени С. П. Боткина—2-й Боткинский проезд, 5; городской клинической больнице № 3 Зеленограда—Москва, Зеленоград, больничный комплекс; городской клинической больнице № 20—Ленская ул., 15; городской клинической больнице № 51—Большая Филевская ул., 33; городской клинической больнице № 52—Пехотная ул., 2/3; городской клинической больнице № 70—Федеративный проезд, 13; городской клинической больнице № 71—Можайское шоссе, 44; городской клинической детской больницы № 9 имени И. Н. Русакова—Рубцовско-Дворцовая ул., 1/3.

ОКРАСКА ВОЛОС

4. «Какие краски для волос наиболее безвредны?»

Для окраски волос применяют химические и растительные краски. Постоянно прибегать к химическим красителям могут разрешить себе лишь женщины с густыми, жесткими волосами.

В отличие от химических растительные краски абсолютно безвредны. Больше того, хна, басма, ромашка, шелуха лука, если правильно ими пользоваться, способствуют укреплению волос, улучшают их рост, устраняют перхоть.

С помощью хны и басмы можно получить цвет от светло-коричневого до черного—в зависимости от интенсивности, длительности и регулярности окрашивания, а также от естественного цвета и состояния волос.

Настоем ромашки или отваром шелухи лука могут пользоваться женщины со светлыми волосами. Каждый день волосы смазывают настоем или отваром с помощью ватного тампона до тех пор, пока они приобретут желаемый оттенок—золотистый, рыжевато-коричневый, бронзовый. При этом окрасятся даже седые волосы.

Настой из ромашки готовят так: 100 граммов заваривают в 0,5



литра кипятка и через 30—40 минут процеживают. Шелуху 3—5 головок лука в течение 20—25 минут кипятят в 200—250 граммах воды. Затем отвар процеживают.

Очень светлые волосы можно просто ополаскивать настоем или отваром сразу же после мытья.

НАРКОЗ

5. «Вреден ли наркоз?»

Современный наркоз — величайшее завоевание медицины. Разве кто-нибудь сегодня может даже помыслить о хирургической операции без обезболивания? Совершенно очевидно, что без наркоза был бы невозможен прогресс хирургии и сотни тысяч людей были бы обречены на смерть.

Сегодня наркоз перестал быть грозной неизвестностью; действие тех или иных обезболивающих средств, особенности реакции на них организма досконально изучены. Созданы и успешно применяются различные способы и методы наркоза.

В республиканских, краевых и областных больницах, а также в многопрофильных городских и центральных районных больницах созданы отделения анестезиологии—реанимации. Они оснащены диагностической и лечебной аппаратурой, всем необходимым для подготовки и проведения обезболивания при различных операциях, для искусственного поддержания основных функций организма и постоянного контроля за ними.

Анестезиологи располагают богатым арсеналом обезболивающих средств, располагают и объективными критериями, позволяющими каждому пациенту с учетом его индивидуальных особенностей подобрать наиболее эффективные и безвредные препараты. И нет никаких оснований преувеличивать степень возможного неблагоприятного воздействия общей анестезии на организм. Современный наркоз—это великое благо, это возможность спасти человека, когда ему жизненно необходимо хирургическое вмешательство.

КОНФЕТЫ И ЗУБЫ

6. «Какое действие на зубы оказывает карамель?»

Пристрастие к сладкому вредно отражается на зубах. Многие специалисты считают, что заболевание кариесом во многом обусловлено избыточным потреблением



углеводов. А любые конфеты состоят в основном из углеводов.

Вредно есть конфеты, в том числе и карамель, между завтраком, обедом и ужином. Человек теряет аппетит, вследствие чего ограничивается поступление в организм основных питательных веществ. Это особенно относится к детям: ведь аппетит у них более капризный, и к недостатку тех или иных питательных веществ они более чувствительны. Одним из проявлений нежелательных сдвигов в организме ребенка может быть нарушение минерализации зубов. Не случайно многочисленные наблюдения показали, что у детей-сластен, которым дают много леденцов и тянучек, значительно чаще наблюдается кариес.

У взрослых от длительного и частого сосания леденцов стирается эмаль, могут смещаться и даже выпадать пломбы.

Обратите внимание: от длительного и частого! А вообще-то несколько карамелек к чаю отнюдь не возбраняются ни взрослым, ни детям. Надо только следить, чтобы остатки конфет не оставались между зубами. Обязательно полощите рот после сладкого и постарайтесь выработать эту привычку у детей.

ГЛАЗНОЙ ПРОТЕЗ

7. «Как пользоваться глазным протезом?»

Одним протезом можно пользоваться в среднем 1—1,5 года, а детям надо менять его каждые 6 месяцев. Постепенно протез портится, тускнеет, делается шероховатым. Ни в коем случае нельзя носить разбитый, треснувший или сломанный протез, так как он травмирует ткани глазной полости.

Вынимают и вставляют протез над столом, покрытым плотной скатертью или махровым полотенцем, чтобы в случае падения он не разбился. Предварительно надо вымыть руки. Протез берут правой рукой, узким концом к носу, выемкой кверху, смачивают в кипяченой воде комнатной температуры и подводят широким концом под верхнее веко, одновременно оттягивая нижнее веко. Когда надо вынуть протез, нижнее веко оттягивают книзу левой рукой. Под край протеза подводят конец стеклянной глазной лопаточки, и при нажиме снизу кпереди он выскакивает из глазной полости.

Перед тем, как лечь спать, глазной протез нужно вынуть, очистить от слизи, продезинфицировать (например, раствором борной кислоты—чайная ложка на стакан кипяченой воды), глазную полость промыть кипяченой водой и закапать в нее 0,25-процентный раствор цинка или 30-процентный раствор альбумида натрия. Вынимать протез на ночь не рекомендуется.

В детском возрасте ношение протеза обязательно, иначе задерживается рост не только глазницы, но и соответствующей половины лица.

ВИДИМОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕЗОРИЕНТИРУЕТ



И. Н. КУЧИНСКИЙ,
профессор

НЕРЕДКО нам, нефрологам, приходится слышать запоздалые сожаления страдающих почечной недостаточностью о том, что в свое время они не проявили должного внимания к здоровью, поступали непростительно легкомысленно.

Особенно часто нарушают диету, не оберегают себя от переохлаждений больные молодого возраста. Порой приходится не один раз объяснять им, почему, например, важно следить за артериальным давлением, чем грозит купание в холодной воде или съеденный «кусочек солененького».

Что же приводит к хронической почечной недостаточности? В преобладающем большинстве случаев—хронический нефрит, то есть воспалительное заболевание почек, в развитии которого существенную роль играет и аллергический компонент. Почечная недостаточность может развиваться и как следствие пиелонефрита, туберкулеза почек, поликистоза.

Воспалительный процесс постепенно разрушает один за другим структурные элементы почки—нефроны. Каждый нефрон—это своеобразная фабрика мочи. А с ней выделяются из организма конечные продукты обмена веществ, в том числе и белкового обмена—азотистые соединения (креатинин, мочевина и другие).

Количество нефронов в обеих здоровых почках велико—до двух миллионов. В нормальных условиях функционирует лишь часть их; остальные находятся в резерве на случай повышенных требований к функции органа. При хроническом нефрите по мере гибели одних нефронов их работу выполняют оставшиеся, и поэтому почечная недостаточность развивается исподволь, иногда на протяжении многих лет ничем особенно себя не проявляя.

В начале заболевания, пока еще не погибло значительное количество

нефронов, почки хорошо справляются с выделительной функцией. Об этом свидетельствуют биохимические исследования крови: содержание в ней, например, мочевины обычно не превышает нормы. Результаты анализов мочи могут быть почти удовлетворительными. Больной чувствует себя неплохо, правда, быстрее, чем раньше, утомляется, но находит этому разные объяснения: не выспался, напряженнее, чем обычно, работал и т. д.

Однако, несмотря на видимое благополучие, в ткани почек происходят изменения, которые удастся выявить лишь с помощью специальных исследований. Вот почему страдающему хроническим нефритом уже и на этой стадии заболевания необходимо внимательно относиться к своему здоровью: сдавать на анализ мочу не реже одного раза в три месяца, а кровь—для определения уровня содержания в ней креатинина или мочевины—один раз в полгода. Нельзя купаться в холодной воде, ноги всегда должны быть в тепле. Следует остерегаться гриппа, особенно во время эпидемии, ангины, катара верхних дыхательных путей.

В том-то и заключается коварство хронического нефрита, что на первых порах он не причиняет беспокойства, человек не считает себя больным и не придерживается необходимых для него

правил и ограничений. А ведь то, что для здорового не представляет серьезной опасности, для него может обернуться бедой!

Грипп, ангина, острое респираторное заболевание, изменяя реактивность организма, могут активизировать воспалительную реакцию в тканях почки и вызвать более глубокое их поражение. Если все-таки не удалось уберечься от вирусного или любого другого заболевания, надо строго соблюдать постельный режим, не выходить раньше времени из дому. Ни в коем случае нельзя без назначения врача принимать никакие лекарства: некоторые из них могут оказывать раздражающее действие на почки.

После выздоровления очень важно раз в две недели на протяжении трех месяцев сдавать на анализ мочу. Эти лабораторные данные позволят вовремя обнаружить обострение, а значит, и своевременно провести специфическое лечение. Ведь обострения хронического нефрита обычно не вызывают изменений в самочувствии больного, проявляясь лишь некоторым увеличением содержания белка и эритроцитов в моче.

Обострение хронического заболевания почек может быть обусловлено беременностью, так как в этот период изменяются иммунологические свойства организма женщины, в тканях за-



Идет гемодиализ.
За 8—10 часов искусственная почка очистит кровь больного от накопившихся в ней конечных продуктов обмена веществ.

Фото А. БОНДАРЕВА

Почки работают уже не с прежней интенсивностью, хуже справляются с выделительной функцией и образуют мочу, менее насыщенную азотистыми шлаками, менее концентрированную. Ее удельный вес понижается, о чем свидетельствуют результаты лабораторных анализов. Больному в этот период следует не реже одного раза в два месяца сдавать кровь для определения количества в ней азотистых шлаков. Если их количество выше нормы, значит, произошло обострение, функция почек значительно пострадала и они не в состоянии полноценно очищать кровь. Следовательно, наступила временная декомпенсация процесса: общее состояние больного резко ухудшается, быстро развивается усталость, пропадает аппетит, а к белковой пище появляется отвращение, временами бывает тошнота.

Может уменьшиться количество выделяемой за сутки мочи, наблюдаются отеки. Все это свидетельствует о задержке жидкости в организме; объем циркулирующей крови увеличивается, сердцу приходится нести дополнительную нагрузку, в результате нередко развивается и сердечная недостаточность.

Конечно, в таком состоянии больной должен лечиться не в домашних условиях и уж тем более не домашними средствами, а только в стационаре. Поэтому ни в коем случае не следует отказываться от предложенной госпитализации. Обычно комплексное лечение позволяет добиться заметного улучшения функции почек. Однако в тех случаях, когда она значительно нарушена, консервативными методами не удастся остановить нарастание содержания в крови мочевины и креатинина.

Еще несколько лет назад у таких больных неизбежно развивалась уремическая интоксикация—отравление организма азотистыми шлаками, приводящее к трагическому концу. Сейчас нефрологи располагают такими спасительными методами лечения, как гемодиализ и операция пересадки почки. С помощью аппарата «искусственная почка» проводят гемодиализ—очищение крови от азотистых шлаков. Делают это периодически, благодаря чему больной практически без почек сохраняет трудоспособность. Однако и гемодиализ и пересадка почки возможны при условии удовлетворительного общего состояния больного, когда не нарушены функции сердца, печени и других органов.

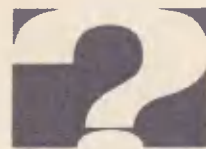
держиваются соли натрия, которые и без того с трудом выводятся пораженными почками. Поэтому больной женщине, прежде чем решить вопрос о том, может ли она стать матерью, надо посоветоваться с лечащим врачом или с нефрологом.

Частый спутник хронического нефрита—повышенное артериальное давление. Почему? Дело в том, что при нефрите нарушается одна из функций почек—синтез различных химических соединений, влияющих на уровень артериального давления. К тому же больные почки с трудом выводят натрий; чтобы поддерживать на нужном уровне водно-солевой баланс, они вынуждены удерживать в организме и больше воды, а это, в свою очередь, способствует повышению артериального давления. Почечные капилляры отвечают на такое повышение спазмом, ухудшается снабжение почек кровью, а значит, и кислородом, питательными веществами.

Получается замкнутый круг: заболевание почек приводит к повышению артериального давления, а оно, в свою очередь, создает неблагоприятные условия для самих почек. Следовательно, если назначены лекарства, понижающие давление, а также медикаменты, выводящие избыток натрия, принимать их надо в строгом соответствии с рекомендацией врача, а не от случая к случаю.

И конечно же, необходимо соблюдать диету, основной принцип которой заключается в ограничении соли и пищи, богатой белком (мяса, рыбы, мясных бульонов). Насколько строго должна быть диета, зависит от состояния больного. Если стойко держится повышенное артериальное давление, появились отеки, соль исключают совсем, так же как и все минеральные воды, потому что они богаты солями. Со временем ощущение «безвкусыности» пищи несколько притупляется и соблюдение диеты уже не кажется таким мучительным.

Если больной нарушает диету, не одевается тепло, не остерегается гриппа, простудных заболеваний, воспалительный процесс в почках часто обостряется. Постепенно это приводит к тому, что большая часть нефронов погибает и замещается рубцовой тканью.



Отвечает
специалист

Что такое лабиринтит?

Об этом спрашивает
читательница В. Максимова
(Казань).

Отвечает отоларинголог,
профессор
О. К. ПАТЯКИНА.

ЛАБИРИНТИТ—это воспаление внутреннего уха (лабиринта). Он может быть гнойным и негнойным (серозным), ограниченным и разлитым (диффузным), острым и хроническим.

Возникает это заболевание как следствие воспаления среднего уха, менингита или общих инфекционных заболеваний.

Воспалительный процесс во внутреннем ухе протекает обычно остро. Больной буквально не может поднять головы от подушки из-за сильного головокружения, ему кажется, что окружающие его предметы или даже его собственное тело вращаются слева направо или наоборот. Мучительны тошнота, рвота, интенсивный шум в ушах. Резко понижается слух. Наблюдаются нистагм (ритмические колебания глазных яблок), а также расстройство равновесия.

Головокружение ослабевает и может совсем прекратиться, если, например, при поражении правого уха больной лежит на правом боку. Когда он пытается изменить положение головы, головокружение снова усиливается, появляется рвота.

Страдающих лабиринтитом, как правило, госпитализируют, так как они нуждаются в постоянном и тщательном наблюдении. В первую очередь важно установить точный диагноз и причину, вызвавшую воспалительный процесс, отличить характер воспаления—гнойное оно или серозное. При гнойном, если вовремя не принять необходимых мер, велика опасность инфицирования мозговых оболочек и развития других, угрожающих жизни осложнений.

Обычно вестибулярные нарушения при гнойном лабиринтите проходят через два—шесть месяцев. Однако слух не восстанавливается.

При серозном лабиринтите изменения в жидких и тканевых структурах внутреннего уха могут быть обратимыми. В этом случае слуховая и вестибулярная функции возвращаются к норме.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

В. Д. ЗАХАРОВ,
кандидат медицинских наук



ПРИМЕРНО недели через две, а зачастую и через восемь дней после операции по поводу отслойки сетчатки больной выписывается домой. И тут ему предстоит закрепить успех операции, результаты которой в значительной степени зависят от его поведения.

Такие пациенты получают освобождение от работы на один-два месяца. Срок этот зависит от величины разрыва сетчатки, быстроты ее восстановления, а также от профессии человека, от того, к какому труду он должен вернуться, какая предстоит ему зрительная и физическая работа.

После выписки из больницы продолжают восстановительные процессы в сетчатой оболочке глаза, рассасывание воспалительного экссудата. В этот период необходим щадящий режим. Приходится исключить значительные физические нагрузки, избегать сотрясений, толчков, остерегаться падения.

У одной нашей пациентки сетчатая оболочка отслоилась повторно после того, как она проехала по неровной дороге на задней площадке автобуса. У другого пациента — в прошлом спортсмена — повторная отслойка сетчатки наступила через два месяца после операции, когда он считал, что уже абсолютно здоров... и, вспомнив былые времена, с охотой помог нести по лестнице на третий этаж платяной шкаф.

Обычно больных предупреждают о том, что в течение примерно месяца после хирургического вмешательства не следует поднимать тяжести более 3 килограммов. В дальнейшем в каждом конкретном случае предельная норма индивидуальна. Если физически развитый мужчина может поднять 5—8 килограммов, но, конечно же, не шкаф, то для женщины или подростка эта предельная норма соответственно ниже — 4 килограмма. Половая жизнь, которая связана с физическим напряжением, разрешается примерно через 1,5 месяца после выписки из больницы.

Однако эти предостережения не означают, что больному необходим какой-то чрезмерно щадящий режим. Человек не только может сам себя обслуживать, но и выполнять легкую работу по дому, не связанную с большим физическим напряжением, наклонами туловища. Хо-

чется предупредить таких пациентов о том, что для них особенно опасно поднимать предметы с пола, с земли, тем более тяжелые.

Физическая активность помогает восстановительным процессам в глазу, поэтому с самого начала можно и даже полезно делать утреннюю зарядку. Из нее лишь исключают прыжки, бег, наклоны и резкие повороты туловища и головы. Упражнения следует выполнять плавно, без рывков.

Очень полезны прогулки на свежем воздухе; благотворно влияя на организм, они улучшают, в частности, кровоснабжение оперированного глаза.

В результате отслойки сетчатки и перенесенной операции по ее поводу защитные силы глаза снижаются, и поэтому в нем значительно легче, чем в здоровом, может развиваться инфекция. Для ее предупреждения врачи обычно выписывают антибактериальные капли. Если флакончиков с каплями несколько, для каждого надо приобрести отдельную пипетку и, прокипятив, оставлять ее во флаконе, а сверху прикрывать прокипяченным стаканом. Через шесть дней капли следует поменять, так как они теряют свою стерильность.

Перед умыванием, а тем более мытьем головы оперированный глаз прикрывают стерильной салфеткой и заклеивают пластырем. Это предупреждает попадание в него воды, а следовательно, и возможность дополнительного инфицирования.

После операции в течение примерно месяца врач рекомендует спать на спине, а некоторым больным на боку, противоположном оперированному глазу, или с высоко поднятой или низко опущенной головой.

Для того чтобы свести до минимума движение глаз и создать им покой, иногда советуют носить специальные дымчатые очки.

По этим же соображениям временно, в течение 1,5—2 месяцев, целесообразно совершенно отказаться от чтения. Ибо связанные с ним движения глаз могут вызвать новые разрывы сетчатой оболочки.

Однако еще в клинике мы разрешаем больным смотреть телепередачи, но с возможно более отдаленного рассто-





НА ПРИЕМЕ ТОЛЬКО ДЕВУШКИ

А. М. ВЕЙН, профессор

И. В. РОДШТАТ,

кандидат медицинских наук



яния, ибо движения глаз при этом минимальны.

Если после операции глаз повышено чувствителен к свету и у человека появляется светобоязнь, хорошо носить очки с темными стеклами.

Клиническая практика свидетельствует, что после операции по поводу отслойки сетчатки курящим не следует бросать курить, иначе бронхи, не получая привычного раздражения, плохо выводят мокроту. Она скапливается, застаивается, и может начаться бронхит, а связанный с ним кашель крайне вреден для оперированного глаза.

В это время вредно и натуживаться. Поэтому важно следить за регулярной работой кишечника, есть больше овощей и фруктов.

У человека, перенесшего операцию по поводу отслойки сетчатки, могут измениться оптические свойства глаза: предметы иногда удлиняются, искажаются. Вследствие нарушения тонуса глазодвигательных мышц изображения обоих глаз не совпадают, появляется двоение предметов. Это состояние чаще всего со временем проходит. Если же такие явления не исчезают и по истечении полугода, остается возможность скорректировать зрение с помощью астигматических очков. А если все же функция оперированного глаза не восстанавливается, некоторым людям, имеющим дело с движущимися механизмами, водителям разного рода транспорта приходится менять профессию, так как у них пропадает пространственное восприятие предметов и они не в состоянии правильно оценить расстояние до них.

В последнее время таких случаев становится все меньше. После отслойки сетчатки возвращаются в строй, к полноценной жизни примерно две трети больных. Это свидетельствует о несомненных успехах хирургии глаза. Они не случайны: на помощь офтальмологам пришла современная техника — оптические приборы для исследования глаза, фотокоагуляторы, лазеры, а также новые медикаменты.

Все это позволяет быстро и с большей степенью надежности справляться с таким серьезным заболеванием, как отслойка сетчатки.

ПРЕДСТАВИМ себе, что на дверях кабинета невропатолога вывесили объявление: «Здесь принимают только страдающих болезнью Рейно». В коридоре собралось бы немного пациентов, и это были бы преимущественно девушки.

Это не удивит опытного специалиста: болезнь Рейно, получившая свое название по фамилии описавшего ее французского врача, встречается реже других неврологических заболеваний.

Жалобы, которые предъявляют пациентки, примерно одинаковы: сильно болят, холодеют пальцы рук, реже — пальцы ног или кончик носа.

Приступы боли в кистях, сопровождающиеся их побледнением, а затем синюшностью и краснотой, наблюдаются преимущественно при волнениях или охлаждении. Самочувствие заболевших при этом остается вполне удовлетворительным.

В основе болезни Рейно лежит избыточная реактивность сосудов кистей рук, склонность их к спазмам. В то же время стенка этих сосудов остается неповрежденной. Болезнь эта возникает у людей чувствительных, эмоциональных, склонных, как говорят в быту, по пустякам выходить из себя, впадать в гнев и долго помнить о незначительных обидах. Драматические жизненные ситуации провоцируют заболевание.

...В кабинет вошла хорошо одетая девушка, самоуверенно огляделась, положила свою сумочку на стол врача.

Жалобы ее были довольно обычными: побледнение и боль в кистях рук, временами головная боль, ощущение усиления сердцебиений перед сном. Пациентку волновало и то, что в институте во время лекций она не может сосредоточиться.

— Помогите мне, — настойчиво требовала она, — выпишите самое хорошее, самое действенное лекарство.

В процессе осмотра, беседы выяснилось, что условия жизни пациентки довольно типичны для тех, кто подвержен болезни Рейно. Родители очень любили

ее, ни в чем не отказывали, стремились дать дочери прекрасное воспитание. Она изучала иностранный язык, занималась фигурным катанием, участвовала в художественной самодеятельности. Бралась с охотой за все и всюду ожидала высоких результатов. Но у девочки было больше желания, чем прилежания. А когда успехи не радовали, родители вместо того, чтобы непредвзято всерьез проанализировать причины неудач, обвиняли во всем педагогов. И девочка уверилась, что педагоги ее недооценивают.

Болезнь дала о себе знать после первой менструации — времени, когда наиболее ярко сказывается влияние гормональных факторов на эмоциональную сферу. У многих болезнь Рейно начинается именно в этот период, весьма ответственный для формирования женского организма.

Особенно трудными оказались для нашей пациентки учеба в институте, работа в строительном отряде. И в первую очередь — из-за психологической неподготовленности к труду в коллективе.

Большие нагрузки, необходимость принимать самостоятельные решения и отсутствие защиты семьи привели к психологической ломке. А психологический надрыв, в свою очередь, привел к усилению сосудистой реактивности. Девушка резко бледнела, ощущала усиленное сердцебиение, кисти рук были влажными, а артериальное давление — повышенным.

Кисти рук — своеобразный, как бы узаконенный природой барометр нашей эмоциональности. Разве можно забыть, насколько красноречивы жесты драматического актера, руки дирижера, руки матери!

Не случайно ученик великого русского физиолога И. М. Сеченова И. Р. Тарханов предложил определять

эмоциональность больного, измеряя нервный заряд рук. Ни в каком другом месте кожи он не будет таким сильным. И это закономерно. Ведь руки—специфический человеческий универсальный орган труда. Они богато снабжены нервными окончаниями, которые имеют широкое представительство в коре больших полушарий.

У страдающих болезнью Рейно невропатологи стремятся нормализовать психозмоциональную сферу. Советуют избегать тех конфликтных ситуаций, которые их особенно ранят, «не застревать» на них, переключаться на положительные эмоции. В начале болезни это приносит несомненные результаты.

Хорошо тренируют кровеносные сосуды ванночки для рук. В один таз наливают воду, нагретую до 38 градусов, в другой—холодную из-под крана. Опускают руки на 30 секунд сначала в теплую воду, а затем на то же время—в холодную. Ванночки надо делать независимо от сезона утром и вечером в течение 3—5 минут.

Устранению сосудистого спазма способствуют и физиотерапевтические процедуры и лекарства.

Если заболевание переходит в тяжелую стадию и образуются язвы на коже пальцев, изменяются кости фаланг, рекомендуется нейрохирургическая операция. Смысл ее в том, чтобы прервать путь передачи нервного сосудосуживающего импульса из тех отделов головного мозга, которые обычно возбуждаются во время эмоций. Операция приводит к стойкому улучшению.

Тем больным, которые по роду своей деятельности часто подвергаются охлаждению, перегрузке, вибрации, иногда приходится сменить работу.

Молодых людей, конечно же, волнует вопрос: передается ли болезнь Рейно по наследству. Что можно сказать? Передается не сама болезнь Рейно, а склонность к повышенной сосудистой реактивности. Но и это далеко не фатально: можно ослабить эту склонность, передаваемую детям. Каким образом? Стараться воспитывать их спокойными, нравственно уравновешенными, закаленными физически, любящими труд. А для этого важно поддерживать дружеские отношения, мир в семье, особенно в период раннего развития ребенка.

РЕПЛИКА ВРАЧА

ПУСТЬ МУЖЧИНЫ ЖИВУТ ДОЛЬШЕ!

СТАТИСТИКОЙ достоверно доказано, что в наш век средняя продолжительность жизни мужчин меньше, чем женщин, и этому, в частности, способствуют злоупотребление спиртными напитками, курение, менее подвижный образ жизни.

Существует, однако, на мой взгляд, еще одна причина, которую явно недооценивают: переедание.

Веками сложилось так, что пищу, как правило, готовят женщины. Мужчины же, заботясь иногда о покупке продуктов, получают ее в готовом виде. При этом женщины, опять-таки по разным причинам, обычно потребляют пищу в относительно меньших количествах, чем мужчины. Здесь, очевидно, сказываются такие факторы, как желание дать более лакомый кусочек мужу, детям, а также и то, что, готовя пищу, хозяйка пробует все блюда, и в опре-

деленной мере у нее пропадает аппетит.

Перееданию мужчин в небольшой степени способствует также привычка «пропустить» перед обедом и ужином рюмочку-другую. Это поначалу усиливает аппетит и способствует потреблению пищи в количествах, превышающих энергетические затраты. Избыток пищи откладывается в виде жира, нарушаются обменные процессы, что приводит в конечном итоге к преждевременному износу организма.

Совершенно нормально и физиологически обоснованно стремление к разнообразной и вкусной пище. Однако не следует ею увлекаться, есть надо в умеренных количествах. Это особенно касается тех, кому перевалило за 45, когда обменные процессы замедляются, расход энергии уменьшается, а возможности и соблазны выпить и вкусно поесть возрастают.

Я считаю, что мужчины будут меньше есть, если начнут сами готовить, и не только для себя, но и для всей семьи.

При этом заметьте себе: если вы практически здоровы, подвергайте пищу по возможности минимальной кулинарной обработке, это намного полезнее.

Простейшее мерило рекомендуемой нами умеренности—отсутствие чувства пресыщения.

Думается, мой совет поможет продлить жизнь мужчин.

Н. Л. КУПРИН,
кандидат
медицинских наук



Рисунок
Ю. ЧЕРЕПАНОВА

Симферополь

УЧЕНЫЙ, ИЗВЕСТНЫЙ ВСЕМУ МИРУ

Н. А. ПУЧКОВСКАЯ,
Герой Социалистического Труда,
академик АМН СССР



ДАЛЕКО за пределами Советского Союза известно имя выдающегося ученого, замечательного офтальмолога Владимира Петровича Филатова. Он обогатил медицину новыми методами лечения глаз и возвращения зрения, новыми способами пластической хирургии и оригинальной неспецифической терапии.

Сын земского врача, Владимир Петрович рано осознал свою приверженность к медицине и не колебался в выборе специальности—офтальмология! К слову сказать, в историю медицины вписано имя не одного представителя семьи Филатовых. Дядя выдающегося офтальмолога, Нил Федорович Филатов, стал основоположником отечественной педиатрии.

После окончания университета Владимир Петрович работал в Московской глазной клинике, а в 1903 году переехал в Одессу. В этом приморском солнечном городе прошла большая часть его жизни. Здесь он провел свои основные исследования, здесь пришли к нему признание и известность.

Первое научное открытие В. П. Филатова—пластика на круглом стебле. Об этом методе, завоевавшем мировую известность, один из виднейших хирургов нашей страны, Н. Н. Петров, сказал: «Чем крупнее открытие, тем меньше нужно слов, чтобы его охарактеризовать. Круглый стебель Филатова—это новая эпоха пластической хирургии лица». Эта операция давала возможность не только закрывать обширные дефекты кожи после ожогов и ранений, но и восстанавливать утраченные органы: нос, губы, челюсти, пальцы и другие. Огромное значение приобрела пластика на филатовском круглом стебле в годы Великой Отечественной войны.

Почетное место в истории отечественной и мировой науки занимают исследования Владимира Петровича Филатова, посвященные пересадке роговой оболочки. Офтальмологи издавна мечтали возвращать зрение тем, у кого его отняло бельмо—помутнение роговицы. Но только благодаря работам Филатова и его учеников эта мечта стала былью: кератопластика—пересадка роговицы—прочно вошла в практику.

Много нового внес исследователь и в разработку проблем профилактики, диагностики и лечения глаукомы, катаракты, травматических повреждений глаз, оперативного лечения опухолей орбиты.

Зоркость истинного ученого, глубокое теоретическое осмысление многочисленных наблюдений привели В. П. Филатова к большому открытию—к оригинальному методу неспецифического лечения—тканевой терапии.

Ученый заметил, что пересаженная роговица, сохраняемая до этого в течение нескольких суток на холоде, оказывала более сильное стимулирующее действие, чем свежая. Почему?

Исследования, наблюдения, эксперименты привели В. П. Филатова к выводу о том, что в тканях человека, животных и растений под воздействием факторов, затрудняющих жизнедеятельность, наступает биохимическая перестройка и образуются высокоактивные вещества. Ученый назвал их биогенными стимуляторами.

Экстракты таких консервированных тканей, обогащенных биогенными стимуляторами, способны повысить физиологические функции и регенеративные, восстановительные свойства организма, способствовать выздоровлению. Тканевая терапия в различных ее видах эффективна при многих, не только глазных заболеваниях.

Владимир Петрович писал, что «тканевая терапия—это новое дитя офтальмологии, повела меня далеко за пределы моей «узкой» специальности во все отделы медицины и дальше, в просторы биологических наук».

В настоящее время фармацевтическая промышленность нашей страны выпускает семь тканевых препаратов—до 200 миллионов ампул в год. Препараты по Филатову изготавливают во Франции, Италии и других странах.

Выдающийся ученый и прекрасный врач, Владимир Петрович создал перспективную офтальмологическую школу. Он основал «Офтальмологический журнал», был председателем научного общества офтальмологов Украины, действительным членом Академии медицинских наук СССР и Академии наук Украины.

В памяти народной В. П. Филатов живет и как активный общественный деятель, страстный борец за мир. Он был депутатом Верховного Совета УССР нескольких созывов. Заслуги ученого перед Родиной отмечены Государственной премией I степени, званием Героя Социалистического Труда, четырьмя орденами Ленина, орденом Отечественной войны I степени и другими орденами и медалями.

Дела его продолжают жить, шириться. Научные идеи В. П. Филатова развивает коллектив созданного в 1936 году в Одессе Научно-исследовательского института офтальмологии, директором и научным руководителем которого ученый оставался до последнего дня жизни. Ученики и последователи В. П. Филатова не только сохраняют и развивают его традиции, но и прокладывают новые пути в науке. Все, кто посещает клиники, лаборатории института, носящего теперь имя В. П. Филатова, говорят, что институт продолжает оставаться филатовским. И для нас, для всего коллектива это лучшая похвала!

Одесса

НА ФАБРИКЕ ОВОЩЕЙ

З. И. САВИНА,
кандидат биологических наук



КУЛЬТУРА
ПРОИЗВОДСТВА,
ГИГИЕНА ТРУДА

ВНАШЕЙ стране немалая площадь отведена под теплицы. Выращиванием овощей в них заняты в основном женщины. Работа у них нелегкая: земля всегда требует большого внимания, заботы, а у тепличниц еще и свои особые трудности. И хотя ряд важных технологических операций механизирован, многое приходится делать вручную—сажать рассаду, подвязывать стебли, обрывать лишние побеги—«пасынки», собирать плоды.

Влажность воздуха в теплицах превышает иногда 80 процентов. Бывает очень жарко, особенно в середине дня. Воздух же здесь почти не движется. Словом, микроклимат далеко не идеальный. Однако было бы ошибкой думать, что трудности эти непреодолимы. Вот, например, какие условия труда созданы в одном из лучших тепличных комбинатов страны—«Московском».

«Надо сделать все необходимое, чтобы в ближайшие годы полнее удовлетворять спрос населения на овощи, плоды и бахчевые культуры». Эти слова товарища Л. И. Брежнева, сказанные на июльском Пленуме ЦК КПСС (1970 г.), стали руководством к действию для всего коллектива. И здесь хорошо понимают, что истоки повышения производительности труда—прежде всего в заботе о человеке, об условиях его труда, о сохранении и укреплении его здоровья.

Многое из того, что достигнуто на комбинате, чем коллектив по праву гордится, могут с успехом и с пользой применить и другие тепличные хозяйства.

Комбинат называют фабрикой овощей: более 18 тысяч тонн, главным образом огурцов и помидоров, выращивают в теплицах за год!

Пятьдесят четыре гектара земли под стеклом—вот что такое комбинат сегодня. Он имеет семь блоков площадью по 6—9 гектаров каждый. Центральная дорога связывает их в единый производственный комплекс. Вдоль нее по обеим сторонам расположены теплицы. В свою очередь, каждая из них разделена пополам транспортной бетонной дорожкой.

Теплица занимает площадь не менее одного гектара, а высота ее 4 метра. Земля разделена на секции. Четкая

планировка, большие размеры теплиц, безусловно, рациональны, потому что обеспечивают широкий простор для использования современной сельскохозяйственной техники.

Трактор перекапывает почву (в это время тепличниц в помещении не бывает), он же вывозит собранные огурцы и помидоры в подсобные помещения. А до центральной дороги овощи подвозят на тележке.

Один из самых трудоемких видов работ в теплицах—полив. Он тоже механизирован. «Дождь» включается автоматически. Эта же система используется и для подкормки растений жидкими минеральными удобрениями. Кстати, удобрения, так же как и растворы ядохимикатов, готовят в специальном помещении. Поступают ядохимикаты в теплицы по шлангам; посадки обрабатывают с помощью распылителей.

Углекислый газ, в котором нуждаются растения, получают, сжигая в подвесных горелках обычный природный газ. Делают это ранним утром, а за 1,5—2 часа до прихода тепличниц горелки автоматически отключают.

Микроклимат в теплицах регулируют электронные установки. В теплое время года необходимый температурный режим в теплицах поддерживают с помощью автоматически открывающихся фрамуг.

Автоматизация и механизация в корне изменили и условия и содержание труда работниц. Тепличниц называют здесь мастерами-овощеводами.

Исследования, проведенные на комбинате «Московский» сотрудниками Всероссийского научно-исследовательского института труда и управления в сельском хозяйстве, позволили гигиенистам предложить несколько измененный график работы тепличниц. Одно из главных его преимуществ в ограничении нежелательного воздействия на организм высокой температуры в летние месяцы. График предусматривает увеличение продолжительности обеденного перерыва на один час; начало работы, в свою очередь, отодвигается на час или на 30 минут раньше.

Тепличницам рекомендован 7—8-минутный отдых через 1,5 и через 3 часа после начала смены и 10-минутный от-

дых спустя 1,5 и 3 часа после обеденного перерыва. Как показали наблюдения, работая по такому режиму, тепличницы меньше устают, работоспособность остается высокой в течение всей смены. В каждом блоке есть и комната отдыха, умывальные, душевые, комната гигиены женщины, гардеробные для переодевания и хранения спецодежды.

Спецодежда тепличниц, сшитая из легкой воздухопроницаемой ткани, помогает им справиться с неблагоприятным воздействием микроклимата. Кроме того, ее назначение—предохранять кожу от повреждений, вредного влияния химических веществ. Спецодежду для тепличниц в достаточном ассортименте выпускает наша промышленность.

Конечно, не может быть рабочей одежды единой на все случаи жизни. Обработка почвы, посадка растений,—работы более «грязные» и проводятся при иных температурных условиях, чем сбор овощей или уход за ними.

Тепличницы комбината «Московский», приступая к сбору урожая, облачаются нередко в белый хлопчатобумажный халат—празднично, элегантно! Будничную же, повседневную работу они выполняют в одежде более практичной, удобной, немаркой. Таков комплект «Золотая осень» (ОСТ 17115—71)—хлопчатобумажная кофта и сарафан. Процесс так называемого опаривания почвы производят в специальном фартуке, а работают с ядохимикатами в полукombineзоне, накидке с капюшоном (ОСТ 17145—72) и сапогах (ТУ 17597—70). Весь этот комплект хорошо переносит процедуру обеззараживания в специальном помещении.

Защита рук тепличниц—проблема особая. Резиновые перчатки, которые продаются в хозяйственных магазинах, не годятся: в них руки потеют, раздражается кожа. Удобнее, гигиеничнее трикотажные хлопчатобумажные перчатки (АРТ 87—19).

Забота о здоровье трудящихся, об улучшении условий их труда неизменно окупается сторицей—ударным, высокопроизводительным трудом! Это еще и еще раз подтверждает опыт работы такого передового предприятия, как тепличный комбинат «Московский».

Тепличный комбинат
«Московский» —
54 гектара земли под стеклом!

Фото М. БАРАБАНОВА

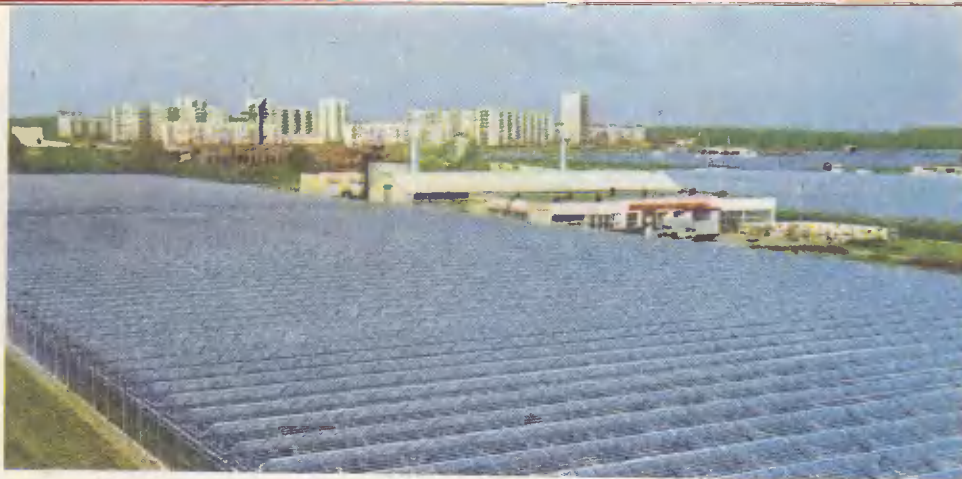




Фото А. ЛИБЕРМАНА



МАТЧ И ДМТЛ

НЕ ТРЕВОЖЬТЕСЬ: ЭТО ЗАКОНОМЕРНО

ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ беременности. Начало жизни нового человека. И вы уже сами чувствуете, что в организме совершается какая-то таинственная работа.

Пока вам нелегко. Вдруг, неизвестно почему, портится настроение. Не спится. Кружится или болит голова. Поташничает. По утрам внезапно бывает рвота...

Стали неприятны запахи, которых вы раньше не замечали: запах табака, лука, бензина. Появились причуды вкуса—не нравится обед, который вы раньше съедали с удовольствием, хочется только кислого или соленого, а то и совсем несъедобного: случайно нашли кусочек мела и грызли его, как орешек.

Что происходит? Не тревожьтесь, ничего плохого. Такое начало беременности скорее правило, чем исключение.

Исключением можно считать лишь те случаи, когда рвота и тошнота становятся столь интенсивными, что приходится думать о раннем токсикозе беременности и проводить специальное лечение. Не так уж редко такое течение беременности, когда самочувствие совершенно не нарушается или даже становится лучше обычного.

Возникающие у беременной расстройства—явление временное, нечто вроде издержек «пускового периода». Ведь сейчас в организме происходит глубокая перестройка, экстренная мобилизация всех резервов: сердце, сосуды, печень, почки приспособляются к новым требованиям. Меняется характер всех видов обмена веществ—белкового, углеводного, жирового, водного, минерального. Крайне напряжена эндокринная система. Удивительно ли, что в таких особых условиях не сразу налаживается равновесие всех функций?

Некоторые ваши ощущения несут в себе рациональный заряд: если, например, хочется есть мел, известку, зубной порошок, то, по-видимому, в организме недостает кальция, необходимого для построения костей плода. Врач женской консультации учтет это и назначит соответствующие препараты.

Отчасти оправданы и другие ваши гастрономические прихоти. Во всяком случае, поначалу можно в ассортименте блюд себя особенно не ограничивать, доверяясь аппетиту и вкусу.

Рвоты, возникающей по утрам, скоро не будет. А пока облегчить или даже предотвратить ее иногда удастся очень простым способом: проснувшись, еще не поднимаясь с постели, выпить полстакана прохладной воды.

Раньше считали, что самый ответственный период—конец беременности. Современная наука радикально пересмотрела эти взгляды. Установлено, что плод наиболее чувствителен к неблагоприятным воздействиям на самой ранней поре своего существования, когда закладываются и начинают формироваться его органы, а способность к самозащите практически равна нулю.

Наиболее уязвимым многие ученые считают период от третьей до шестой недели беременности. Об этом должна знать каждая женщина и быть предельно внимательна к себе и осторожна. Чего же надо опасаться?

Прежде всего лекарств. Не принимайте их без назначения врача. Это касается не только антибиотиков, сульфаниламидов, гормональных препаратов, но даже безобидных на первый взгляд аспирина или снотворных средств.

Лекарства, принятые беременной, проникают в организм плода быстро, а выводятся медленно и потому накапливаются в высоких концентрациях. Это может вызвать повреждение внутренних органов плода, заболевания в период новорожденности или даже в далеком будущем, когда ребенок станет взрослым человеком.

В течение всей беременности и кормления грудью—ни единой сигареты! Столь же строгий и длительный запрет врачи накладывают и на алкогольные напитки, в том числе легкое вино, пиво, домашние наливки.

Алкоголь и никотин так же, как и лекарства, быстро проникают в кровоток плода и оказывают пагубное действие на нежный, хрупкий формирующийся организм!

Было бы, конечно, идеально, если бы все предстоящие девять месяцев, и особенно первые три, вы ничем не болели. Самые нежелательные заболевания—это, пожалуй, краснуха, инфекционный гепатит, грипп.

Краснухой вы, скорее всего, переболели в детстве, если же нет—избегайте контакта с больными детьми. Точно так же будьте осторожны в отношении инфекционного гепатита. Избежать заражения гриппом сложнее, но все-таки надо постараться! Зима—время частых вспышек гриппа. Поэтому лучше пока не бывать в местах большого скопления людей—в кино, театре.

Как видите, беременность диктует свои, порой жесткие требования. И все-таки зреющий в материнском лоне плод—существо не только берущее, но и дающее!

Давным-давно сделано наблюдение: женщина после родов удивительно хорошеет! И это не только благодаря волне новых, прекрасных эмоций, радости материнства. Перестройка, происходящая в организме во время беременности, активизирует все его физиологические функции, способствует установлению оптимального режима работы важнейших органов и систем.

Известно и благотворное влияние беременности на исход некоторых заболеваний. После родов и кормления грудью может исчезать мастопатия, иногда рассасываются небольшие доброкачественные опухоли (фибромы) матки.

В научной литературе можно встретить выражение «биологическая систе-



ма мать—плод». Этим подчеркивается исключительность условий, возникающих при беременности, нерасторжимость матери и ребенка. Будьте же внимательны и бережны к себе!

Некоторые женщины стремятся скрывать свою беременность, пока она не станет очевидной. А стоит ли?

С момента установления беременности вы имеете право на льготы, например, на освобождение от ночных смен и дежурств, от поездок в командировки, от сверхурочной работы и работы в выходные дни.

Тем, у кого профессия «сидячая», полезно несколько раз в день встать, изменить положение тела. Хорошо бы часть обеденного перерыва проводить на воздухе. И, конечно, побольше внутреннего покоя, поменьше волнений...

Если товарищи, работающие рядом с вами, будут знать о вашем состоянии, они, конечно, всегда вам помогут, позаботятся о вас.

У ВАС ИХ ДВОЕ

ВОЗВРАЩЕНИЕ матери из родильного дома—радостное семейное событие. Вас встречают самые близкие родные и друзья. Все стремятся хотя бы одним глазком взглянуть на новорожденного, обсуждают, на кого он похож.

А где в эти минуты ваш первенец? Не забудьте приласкать его, сказать, как вы о нем соскучились, показать ему братишку или сестренку...

Конечно, он будет разочарован, никак не ожидал увидеть такую крошку, с которой ни поговорить, ни поиграть. И почему только он всем так нравится?

Если общее внимание сосредоточено на новорожденном, старший, хоть вы и готовили его к этому событию, может почувствовать себя лишним. Он обижен и пытается любым способом вернуть себе главную роль.

Поступки ребенка, которого мучает ревность, трудно предугадать. То он

вдруг капризничает, злится без видимой причины, то цепляется за мать, следит за каждым ее движением. Вы начинаете стирку вещей маленького, часто переодеваете его и меняете ему пеленки, и старший, который всегда был таким аккуратным, вдруг может нарочно испачкаться, чтобы вы занялись им.

Но как бы ни вел себя ваш первенец, как бы ни выражал свой протест, помните, что он очень страдает оттого, что не знает, будете ли вы любить его так же, как раньше. Поймите своего ребенка!

Поверьте, он совсем не такой эгоистичный и черствый, как вам иногда кажется. Просто он боится лишиться вашей любви, вашего внимания и потому своими капризами, своими выходками стремится отвлечь вас от маленького, заставить, как бывало раньше, поиграть с ним.

Теперь, когда у вас так много хлопот с новорожденным, вам кажется, что старший мог бы быть повзрослее, посамостоятельнее. И действительно, надо воспитывать в нем ответственность старшего. Но, конечно, воспитывать не упреками, не выговорами.

Напомните первенцу, что маленький еще совсем беспомощный, ничего не умеет и всему его надо учить. Ласково посмейтесь вместе над неловкостью малыша (даже головку не может повернуть!). Пусть старший почувствует себя сильным, умелым, самостоятельным. Давайте ему какие-нибудь поручения: принеси пеленку, одеяльце, поддержи бутылочку с водой.

Даже четырех-пятилетний действительно кое в чем может вам помочь. Но суть не в этом. Однажды, войдя в комнату, вы обнаружите, что ваш первенец стоит у кроватки новорожденного и очень нежно, вашими словами и интонациями шепчет ему: «Ну, мой маленький! Ну, мой хороший».

Вот это—ваш материнский успех!

ЧТО ОН ХОЧЕТ СКАЗАТЬ?

ДО ПОЗДНЕЙ НОЧИ вы и отец старались успокоить плакавшего ребенка. Наконец он уснул, и вам хочется только одного—выспаться. Но проходит каких-либо два-три часа, и малыш снова требует вас к себе: пришло время есть.

Что же, так и придется всегда поступаться сном и отдыхом? Да, воспитание ребенка не милая забава, а огромный труд, требующий и терпения, и нервных затрат, а нередко и жертв.

Но интересы сына или дочери всегда будут вашими интересами. И значит, жертвы эти оправданы.

Вот сейчас для блага ребенка и для вашего блага необходимо одно и то же: добиться соблюдения режима, чтобы не было таких вот бессонных ночей, чтобы жизнь поскорее вошла в плавную колею.

Хорошо, когда все хорошо! Малыш ест положенные 15—20 минут, затем засыпает и просыпается только перед следующим кормлением.

А если не выдерживает перерыв, кричит, жадно хватая сосок и тут же бросает его и снова кричит или сосет вяло, засыпает у груди, а потом плачет до хрипоты?

Конечно, надо посоветоваться с педиатром. Но и самой наблюдать.

У этого жалобного «уа, уа» есть свой подтекст. Если из-за скопления газов начинается пучить живот, как тут не заплачь? И плач этот особенный—протестующий, громкий, не на одной ноте, а приступами, во время которых личико ребенка багровеет, ножки беспокойно двигаются, отчаянно сжимаются крохотные кулачки.

Газы чаще досаждают во второй половине дня, когда кишечник полон, а стула давно не было. Не заставляйте ребенка мучиться—газоотводная трубка облегчит его страдания.

Беспокойство во время кормления

может быть связано с тем, что есть хочется, а что-то мешает: то ли заложен носик, хотя и нет явного насморка, то ли лежать неудобно или трудно «добывается» молоко.

Засыпает у груди ребенок не всегда только потому, что сыт. Может случиться, что он слишком голоден и ослабел, дожидаясь еды, и теперь у него нет сил сосать. Возможно, он вообще немного флегматичен, и его надо побуждать, чтобы стал поактивнее. А бывает совсем просто: переел в прошлый раз, и теперь нет аппетита, а у теплой маминной груди так сладко спится!

Чем подробнее опишете вы врачу поведение ребенка, тем легче ему разобраться во всем этом. Возможно, он сочтет нужным сократить или, наоборот, увеличить перерывы между кормлениями; может быть, внесет коррективы в ваше питание: ведь от этого зависит качество молока.

Неделей раньше, неделей позже каждый ребенок привыкает к режиму, конечно, если его правильно воспитывать. С каждым днем усиливается его способность к выработке новых условных рефлексов, усложняются реакции на окружающее.

В первые недели вас, вероятно, очень забавляло, что ребенок начинал делать сосательные движения, как только его брали на руки. Со временем, приобретая кое-какой жизненный опыт, он разобрался, что на руки берут не только для того, чтобы кормить.

И отношение к еде несколько изменилось. Если раньше новорожденный, приложенный к груди, не реагировал на посторонние звуки, то теперь внезапный громкий стук, резкий голос могут заставить ребенка вздрогнуть и бросить сосок. Он как бы спрашивает: «Мама, что это такое? Не помешают ли нам?». Впрочем, лучше перевести это так: «Пожалуйста, постарайтесь, чтобы в комнате было тихо, когда мама меня кормит, иначе я отвлекаюсь».

Несколько слов об укачивании. Вестибулярный аппарат ребенка раннего возраста настолько чувствителен, что если малыша немного покачать, тормозится действие всех других раздражителей: вот почему ребенок перестает плакать. Укачивание нечто вроде наркотика, оно чрезвычайно вредно для ребенка.

Изучая ребенка, стремясь понимать его нужды и желания, многим поступаешь ради его интересов, не идите у него на поводу.

СОРНЯКИ В ХАРАКТЕРЕ

ЗАВИСТЬ

ВСЕ МЫ знаем с детства, что завидовать нехорошо. Нас учили, что зависть—мелкое, нечистое, злое чувство, что зависть бесплодна, что завидовать просто неприлично. И мы воспринимаем все, что связано с завистью и завистниками, как явление, о котором не стоит говорить, которое не стоит замечать.

Но правильно ли это? Ведь завистник может причинить нам много неприятностей. Он способен одним недобрим взглядом, одной язвительной усмешкой омрачить нашу радость, испортить настроение. Он способен и на большее—напакостить знакомому, рассорить товарищей, внести в коллектив дух подозрительности и недоброжелательства.

Что же такое зависть, в чем ее источник? В основе своей, где-то на доньшке души завистник—человек с жестоким чувством собственной неполноценности. Это человек, который всегда пытается самоутвердиться, которому постоянно необходимо доказывать самому себе, что другие отнюдь не лучше его. И если он вдруг обнаруживает, что другой лучше, или красивее, или удачливее,—начинает чувствовать ту злую досаду, которая и называется завистью.

А если видит, что другому не повезло, испытывает злорадство, которое кажется нам необъяснимым: ведь для нас естественно сочувствовать чужой беде!

Завистник—почти всегда человек с малым духовным багажом. Его путь к самоутверждению—это не путь творческих исканий, не внутренняя, глубокая работа над собой, а погоня за внешними проявлениями благополучия, которые для него самое важное в жизни.

Сегодня для того, чтобы обрести покой, ему достаточно купить холодильник, лучший, чем у соседа. Но завтра его начинает мучить, что у кого-то лучше мебель, богаче гардероб, выше служебный ранг. И снова вертится он в порочном кругу своих неутолимых страстей, снова гложут его одни и те же мысли: почему не у меня? Почему не я?

Завистнику всегда кажется, что другим все дается легко, что другие—удачливые, «везучие», а вот он обиженный, обойденный судьбой, неудачливый.

Жить с такими представлениями тяжело. Завистник несчастен. Не умеющий радоваться чужим радостям, он рвет нити, связывающие его с другими людьми, лишает себя чувства общности с ними, которое служит величайшим источником энергии и оптимизма, надежной поддержкой и опорой в трудные минуты.

Если завистливость не болезнь, то наверняка пособница болезни. И ее надо искоренять и в других и в себе! Пусть преодолевать себя нелегко. Нелегко, но можно. И необходимо!

ПСИХОНЕВРОЛОГ

Как стать сильнее и выносливее? Можно ли улучшить телосложение, исправить осанку? Как, занимаясь физкультурой и спортом самостоятельно, определить необходимую для организма нагрузку? Подобные вопросы интересуют наших читателей—и юных и пожилых. Ответить на многие из них мы попросили специалиста по спортивной медицине, в прошлом неоднократного чемпиона Олимпийских игр и мира, а ныне заведующего кафедрой тяжелой атлетики Центрального ордена Ленина института физической культуры, доктора медицинских наук, профессора А. Н. ВОРОБЬЕВА.

ЕСЛИ бы наши предки могли видеть, какой образ жизни мы ведем, они наверняка посчитали бы нас лентяями и бездельниками. Все, что раньше требовало от человека физической силы и выносливости, в наш век переложено на плечи машин и автоматов. Только одну сотую производимой работы мы выполняем за счет силы собственных мышц, остальное делают наши механические помощники.

Да, конечно, мы стали куда богаче, живем с несравненно большим комфортом, чем наши дедушки и бабушки, питаемся вкусно и обильно. Но как не вспомнить палку о двух концах! В переизбытке, в физической бездеятельности кроется опасность для здоровья человека. Недаром же специалисты отмечают рост заболеваний, связанных с гиподинамией—малой физической активностью.

Куда же девать неиспользованную за сутки энергию? Теоретически все знают: ценнейшее средство против гиподинамии—повышение двигательной активности, занятия физкультурой, спортом. Но, к сожалению, не каждый из нас может положительно ответить на вопрос, дружен ли он с физкультурой.

Что же посоветовать читателям, которые просят порекомендовать, каким видом спорта заняться? Ответить на этот, казалось бы, простой вопрос затруднительно. Ведь иной раз выбор вида физических упражнений зависит от «не зависящих от нас обстоятельств». Рядом с вашим домом, скажем, открыт каток, теннисный корт или плавательный бассейн. Тогда вы без долгих раздумий посвящаете свой досуг конькам, теннису или плаванию.

А если поблизости нет спортивных сооружений? Можно с не меньшей пользой заниматься индивидуально. Главное не вид спорта—они все хороши, а систематичность занятий. Должен, правда, оговориться. В прессе порой начинается активная кампания за какой-то ставший вдруг модным вид спорта, его объявляют чуть ли не спасением от всех бед и недугов. И вот откладываются в сторону гантели, пропускается урок утренней гимнастики по радио, и человек начинает фанатически «моржеваться» или бегать «трусцой». Можно лишь удивляться, почему обычный бег, который известен столетия, вдруг оказался «новинкой»...

Вряд ли есть необходимость людям ослабленным, не слишком молодым щеголять умением быстро бегать, плавать в холодной воде, заниматься подводным спортом или мчаться на водных лыжах. Такие модные увлечения чреваты перегрузками и, безусловно, опасны для малотренированного и пожилого человека. И не надо демонстрировать, что «есть еще порох в пороховницах», устраивать всякого рода соревнования между старыми и молодыми. Неразумное ухарство! Куда полезнее обычная, но постоянная тренировка, помогающая поддерживать определенный уровень двигательной активности.

Второе обстоятельство, на которое позволю себе обратить внимание читателей. Увлечение спортом прекрасно,

ПОСВЯЩЕНИЕ

увлечение спортом полезно, если нагрузка не превышает допустимых пределов. Неоправданной расточительностью назвал бы я тренировку даже первоклассного спортсмена, если она продолжается более 2—3 часов. А что уж говорить о начинающих физкультурниках! Между тем не раз мелькали призывы заниматься, что называется, до седьмого пота: мол, лишь большая нагрузка приносит пользу. Мой личный опыт и наблюдения, проводимые в Центральном ордена Ленина институте физической культуры, показывают: хороший заряд бодрости мышцам и всему организму дают и умеренные, непродолжительные нагрузки.

Третье, что я хотел бы подчеркнуть: независимо от того, какому виду спорта вы отдали предпочтение, необходимо объективно оценивать свои способности, знать, готов ли ваш организм к определенной нагрузке. Если, к примеру, уже легкая 2—3-минутная пробежка вызывает у вас одышку и сердцебиение, а подъем гантелей в 2—3 килограмма—сильное напряжение мускулатуры, ясно: физически вы слабо подготовлены. И надо начинать, как говорили древние, с яйца, то есть с самого начала.

Самочувствие—безошибочный показатель реакции организма на нагрузку. Вялость, ощущение тяжести во всем теле и апатия—свидетельство переутомления.

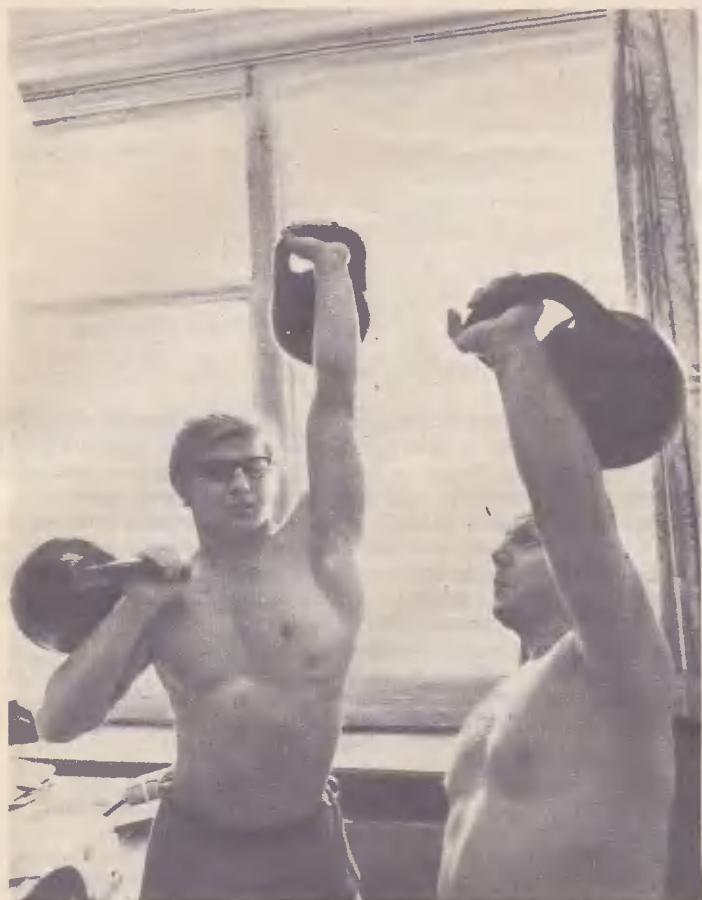
Согласен, что новичкам самостоятельно трудновато определить, как выполнять то или иное упражнение—в быстром темпе или помедленнее, сколько времени продолжать тренировку. Но так бывает только на первых порах. Необходимо усвоить общие положения: чрезмерно не утомляться, не торопиться, уметь вовремя остановиться. Первый-второй месяцы после начала занятий должно оставаться впечатление, будто вы могли бы пробежать дистанцию подлиннее, поднять гирю потяжелее.

Заведите дневник самоконтроля. Прежде всего отмечайте в нем частоту и ритм пульса. Утром, еще лежа в постели, посчитайте свой пульс, затем сделайте это же перед занятиями и минут через десять после них. У нетренированных людей пульс в покое равен примерно 70—80 ударам в минуту. Во время физических упражнений он обычно учащается до 90—100 ударов, а после окончания занятий нормализуется минут через 10—15.

Рекомендую также фиксировать в дневнике и субъективные данные: как спалось, какой у вас аппетит, как работало после тренировки.

Начинающих обычно беспокоит, правильно ли они дышат во время занятий. И в ущерб точности выполнения движений нередко они внимание сосредоточивают на том, чтобы успеть вовремя, на определенный счет сделать вдох и выдох. Многие убеждены, будто дышать нужно всегда глубоко. Между тем и спортивный опыт и данные исследований показывают, что глубокое дыхание оправдано не всегда.

Снабжение тканей кислородом, выделение углекислоты из организма лимитируются в основном не деятельностью аппарата внешнего дыхания, а кровообращением. Поэтому искусственное форсирование дыхания иногда даже ухудшает кровообращение органов и тканей, прежде всего—головного мозга и сердечной мышцы. Если, допустим, перед поднятием



В ГЕРКУЛЕСЫ

*С физкультурой дружат
и отец и сын.*

Фото А. ЛИБЕРМАНА

Но хоть и подружился с тяжелой атлетикой я поздноватое, все же сумел достичь значительных успехов. А ежели заниматься только для улучшения здоровья, самочувствия? Тогда можно начинать и в более солидном возрасте. Само собой разумеется, что ослабленным тяжелыми заболеваниями и людям пожилого возраста было бы неразумно «баловаться» тяжелой штангой. Но если вы практически здоровы и тем паче когда-то мерились силами с товарищами, почему бы не возобновить занятия, конечно, предварительно получив разрешение врача?

Среди желающих стать геркулесами не редкость и девушки. А родителей волнует, что их дочка просит купить гантели или эспандер. Не повредит ли это ее здоровью? Сомнений нет: как вид спорта тяжелая атлетика для женщин не подходит в силу специфических особенностей их организма. Но любой девушке-подростку или молодой женщине только на пользу пойдут несколько упражнений с небольшими гантелями или с эспандером, включенные в их ежедневный «двигательный рацион». Разовьется гибкость и подвижность в суставах, крепче станет мышечный корсет, не будет полноты, к которой женщины, как известно, более предрасположены, нежели мужчины.

И последнее: несколько методических замечаний.

Тренировки для поднимающих тяжести условно делят на два вида. Для развития рельефной мускулатуры молодому человеку придется тратить не менее 1,5—2 часов в день и тренироваться первое время 3 раза, а впоследствии 5—6 раз в неделю. Поднимать отягощения потребуется более 8—12 раз.

А вот для укрепления здоровья и сохранения высокого тонуса мышц достаточно проводить занятия 2—3 раза в неделю по 15—30 минут и делать не более 5—6 упражнений с отягощениями. Число подходов в каждом упражнении 2—3, порой 4. Интервалы между каждым не менее двух минут, во время которых лучше всего спокойно походить.

Не будьте консервативны: если задание раз и навсегда одинаково—это и скучно и нефизиологично. К однообразным физическим нагрузкам организм приспособливается, и тогда дальнейшее развитие двигательных качеств, совершенствование дыхания, кровообращения и других функций замедляется. Целесообразно или разнообразить упражнения или изменять нагрузку, чтобы, как говорят спортсмены, она была вариативной: на одном уроке большая, на следующем малая или средняя, на третьем снова большая и т. д.

Словом, побольше целеустремленности и настойчивости. Тогда вы и станете геркулесом!

тяжелой штанги сделать подряд 3—4 глубоких вдоха и выдоха, то вследствие уменьшения притока крови к мозгу и большого мышечного напряжения можно даже потерять сознание.

Какой же вывод? Дышать как дышится—свободно, не акцентируя внимания на частоте и глубине дыхания, особенно при выполнении легких упражнений. Упражнения с большой нагрузкой сами собой, хотите ли вы этого или нет, отразятся на дыхании. Попытка, например, сдерживать дыхание во время тяжелой мышечной работы не может продолжаться более 10—30 секунд.

Хотя в начале статьи я агитировал за любой вид спорта, но сам-то я, разумеется, прежде всего голосую за тяжелую атлетику. Во-первых, она всесторонне развивает человека и улучшает его внешние данные, а во-вторых, в этом виде спорта легко дозировать нагрузку. Если у вас нет возможности заниматься в секции, устройте стадион на дому. Упражнения с тяжестями сделают мышцы сильными, достаточно выносливыми и рельефными. Хлипкий и хилый юноша, занимаясь с эспандером, гантелями, с «домашней» штангой или гириями и давая соответствующую нагрузку на желаемую группу мышц, за сравнительно короткое время улучшит свою осанку, станет крепче и сильнее.

Упражнения с отягощениями по самой своей структуре просты и доступны для каждого. Дать категорический ответ: заниматься тяжелой атлетикой следует с таких и до таких лет—я не могу: сколько людей, столько и ответов. Один подросток, крепыш от рождения, в 13—14 лет выглядит богатырем; гантели весом в 1—2 килограмма для него простая забава. Другой и ростом не вышел и силенок маловато, такому только в 15—16 лет такие гантели нужны.

Никогда не сетуйте на то, что приобщились к спорту слишком поздно. Я сам начал поднимать штангу лишь в 21 год. По нынешним временам в таком возрасте пора заявлять о себе на первенстве страны и мира, а не ходить в новичках.



ПОКУПАЙТЕ ЗАМОРОЖЕННЫЕ ОВОЩИ И ФРУКТЫ

Замороженные овощи, фрукты и ягоды прекрасно сохраняют свои естественные свойства—вкус, аромат, цвет, внешний вид. А главное—в них не изменяется содержание питательных веществ, почти не разрушаются витамины. Зимой, ранней весной они служат хорошей витаминной добавкой к столу взрослого и ребенка.

Ассортимент замороженных овощей, фруктов и ягод, выпускаемых промышленностью, весьма разнообразен. Это абрикосы, персики, сливы, клубника, малина, яблоки, помидоры,

огурцы, зеленый горошек, фасоль, пряная зелень, шпинат, а также суповые наборы овощей. Продаются они обычно в полиэтиленовых пакетах, вложенных в картонные коробки.

Фрукты и ягоды размораживают, не вынимая из пакета, при комнатной температуре в течение двух-трех часов, после чего их подают на десерт в сыром виде. Овощи, не оттаяв, сразу опускают в кипящий бульон, соус или подсоленную воду и варят до готовности, плотно закрыв кастрюлю крышкой.

В домашних условиях хранят замороженные овощи, фрукты и ягоды в морозильном отделении холодильника не дольше десяти дней.

Если они оттаяли, вторично замораживать не рекомендуется, так как почти полностью при этом разрушается витамин С, утрачиваются и вкусовые качества.

В. Д. КРАСИУКОВ,
врач

НЕ ПРИНИМАЙТЕ ГОРЯЧИЙ ДУШ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Существует мнение, что головная боль быстро пройдет, если принять горячий душ или вымыть голову горячей водой. Этого делать не следует!

Горячая вода или грелка могут облегчить головную боль лишь при мигрени. Тепло способствует постепенному расширению кровеносных сосудов, и, если приступ был вызван их спазмом, боль утихнет.

Однако применять тепло разреша-

ется людям только в молодом возрасте, у которых артериальное давление не повышено и нет других заболеваний нервной системы, кроме мигрени.

Головная боль бывает и при гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе, различных инфекционных и нервных заболеваниях, травмах черепа. В этих случаях применять тепло по собственному усмотрению

нельзя. Оно может не только не облегчить состояния, но, наоборот, вызвать резкое ухудшение, например, острое нарушение мозгового кровообращения и даже инсульт. Вот почему не занимайтесь самолечением; головная боль не пустяк.

Н. Н. ЕРМОЛАЕВА,
врач

БЕЛЬЕ ИЗ СИНТЕТИКИ ДЕТЯМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

Детское нательное белье и прилегающую к телу легкую одежду не рекомендуется шить из синтетических материалов.

Хотя такие материалы, как показали исследования гигиенистов, и не выделяют токсических веществ, вредных для организма ребенка, но многие из них обладают низкой воздухопроницаемостью и гигроскопичностью. Это затрудняет нормальное

«дыхание» кожи, плохо поглощается выделяемый ею пот, что способствует перегреванию ребенка.

Синтетические материалы вполне пригодны для верхней, теплой одежды. Спортивные куртки, плащи, комбинезоны, пальто на подкладке из поролона удобны, красивы, прочны.

А белье, домашние, легкие платья и рубашки, прилегающие к телу, лучше всего шить детям из хлопчатобу-

мажных и льняных тканей или хлопчатобумажного трикотажа. Они мягкие, хорошо пропускают воздух, впитывают пот, их легко стирать, кипятить и гладить.

Р. Н. РЫЛЕЕВА,
кандидат
медицинских наук

КОЛЬЦО НА НОЧЬ НАДО СНИМАТЬ

Многие, наверно, замечали, проснувшись, как отекает палец, если с него не было снято на ночь кольцо. Причиной чаще всего бывает неудобное положение руки во время сна. Отекают руки и у страдающих заболеваниями сердца, сосудов, почек, печени, а также у беременных женщин.

Если кольцо сильно сдавливает палец, нарушается его кровоснабжение, появляется сильная боль. Палец увеличивается в объеме, кожа на нем становится блестящей, бледно-

красного цвета. В тех случаях, когда эти явления быстро нарастают, приходится прибегать к распиливанию кольца.

Однако чаще отек бывает не очень сильный, и кольцо можно снять с помощью шелковой нити, тонкой тесьмы или ленточки. Делают это так. Начиная с ногтя, на палец наматывают шелковинку (тесьму, ленту) до уровня кольца. Витки делают тугими, вплотную прилегающими друг к другу: это способствует частичному умень-

шению отека. Затем булавкой или иглой конец нити (он не должен быть очень коротким) проводят под кольцо. Держа этот конец в правой руке, постепенно раскручивают шелковинку, снимая таким образом кольцо.

И. Ф. БЯЛИК,
кандидат
медицинских наук

Это должен уметь каждый



ПОВЯЗКА НА РАНУ

Исход травмы во многом зависит от сроков и качества первой доврачебной помощи, от того, насколько квалифицированно сделана повязка. Наложение сразу же после травмы, она способствует остановке кровотечения (если оно не артериальное), предохраняет рану от дальнейшего загрязнения, а следовательно, и развития возможных осложнений, оказывает определенный обезболивающий эффект, облегчает

транспортировку раненого. Лучше всего сделать перевязку с помощью индивидуального перевязочного пакета, наложив на рану пришитую к бинту стерильную марлевую подушечку, или использовать стерильный бинт. Если ни того, ни другого под рукой не окажется, можно воспользоваться любой чистой тканью, предпочтительнее белой. Кусок ткани, марли, бинта кладут на рану, закрывают его ватой или платком, тогда повязка дольше не промокнет, а затем бинтуют.

Встав лицом к пострадавшему, правой рукой разворачивают головку бинта, а левой расправляют его так, чтобы повязка плотнее прилегала к ране. Каждый тур бинта должен прикрывать предыдущий на две трети. Бинт завязывают, предварительно разорвав его конец надвое, или закрепляют булавкой.

Бинтовать начинают снизу, а заканчивают и закрепляют повязку выше места ранения. Например, при наложении повязки на коленный сустав первые круговые ходы бинта ведут по верхней трети голени, а закрепляют повязку над коленом, на нижней трети бедра.

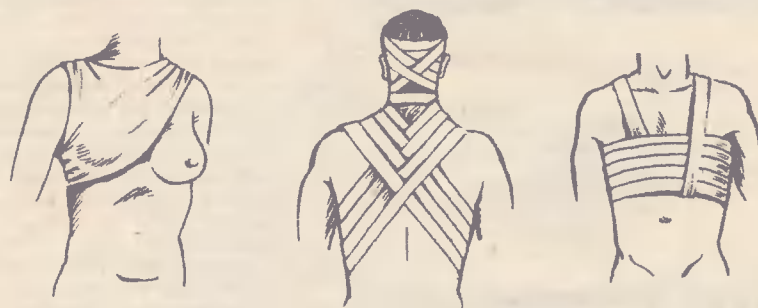
Начиная бинтовать, не забудьте придать конечности так называемое физиологическое положение, обеспечивающее нормальное кровообращение, а в дальнейшем более удобное для движений. Пальцы руки, коленный и тазобедренный суставы бинтуют в положении легкого сгибания, локтевой сустав и стопу — согнутыми под прямым углом.

Напоминаем: слишком туго бинтовать нельзя, так как это может нарушить кровоснабжение тканей.

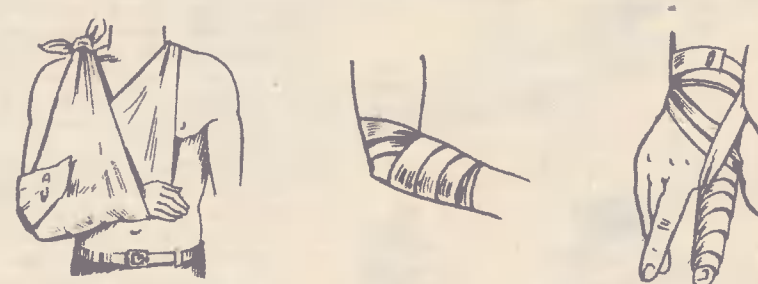
А. Е. ДМИТРИЕВ,
профессор



Пращевидная повязка на нос. Пращевидная повязка на нижнюю челюсть и подбородок. Повязка на глаз, лоб, затылок и темя



Косыночная повязка на молочную железу. Колосовидная повязка на верхнюю часть груди и лопатки. Спиральная повязка на нижнюю часть груди и живот



Косыночная повязка на предплечье и плечо. Черепашья повязка на локтевой сустав. Спиральная повязка на палец руки.



Восьмиобразная повязка на голеностопный сустав. Спиральная повязка на палец стопы. Черепашья повязка на коленный сустав.

КОВАРСТВО ЛЬДА

В. И. МАТВЕЕВ,

первый заместитель председателя
Центрального совета
ОСВОДа РСФСР



«МОСТЫ», наведенные на водоемах морозом, сокращают пути машин и пешеходов. Однако лед коварен. Он не прощает беспечности и неосторожности. Недаром же все действия, связанные с риском и опасностью, сравнивают обычно с хождением по тонкому льду.

Существуют правила и приметы, знание которых позволяют избежать беды на льду.

Умеете ли вы определять прочность льда? Если он не занесен снегом, сделать это довольно просто. Наиболее прочен лед с зеленоватым или синеватым оттенком; матово-белый и желтоватый ненадежен. Слаб он обычно и в тех местах, где в него вмерзли ветки, доски или какие-либо другие предметы. Следует обходить участки, запорошенные снегом: здесь лед нарастает очень медленно. Темные пятна на ровном, покрытом снегом ледяном покрове—сигнал опасности: тут он тонкий, неокрепший.

Конечно, рискованно лишь на глазок определять места, где можно перейти через водоем. Прочность льда лучше проверять с помощью палки, ударяя ею впереди себя и с боков. А вот «испытывать» лед ударами ноги не следует, так недолго и провалиться.

По берегам многих рек расположены промышленные предприятия, сбрасывающие в водоемы теплые воды. Они подмывают лед на больших площадях. Проходить или кататься вблизи таких мест опасно.

Неожиданности подстерегают и в тех местах, где бьет родниковая вода или впадают ручьи. Здесь, как и на реках с быстрым течением, часто образуются промоины.

Иные рыбаки вырубают для подледного лова большие лунки—до метра в диаметре. За ночь лунка затягивается тонким ледком и, запорошенная снегом, становится незаметной и может стать ловушкой для неосторожного человека.

Если приходится двигаться через водоем группой, необходимо соблюдать дистанцию в 5—6 метров; при встречном движении соблюдают такое же расстояние. Опасные места лучше обходить, не стараясь перепрыгнуть или перебежать через них. А уж если вы оказались на тонком льду, отходите назад скользящими шагами, не поднимая ног.

Предупреждайте детей об опасности скакаться на лед с высоких и обрывистых берегов на санях или лыжах. При быстрой езде, даже заметив впереди прорубь или пролом, трудно затормозить или свернуть в сторону.

Лыжники! Перед выходом на лед, если позволяет конструкция креплений, расстегните их, оставив лыжи на носковом ремне, снимите петли палок с кистей рук и лямку рюкзака с одного плеча.

Рыбаки! При подледном лове не делайте лунки близко друг от друга—это ослабляет лед. Не собирайтесь большими группами в местах, где много лунок,—могут появиться широкие трещины.

А что делать, если человек провалился? Главное—сохранять самообладание, не хвататься за кромку льда, не барахтаться. От этого лед еще больше обламывается и расширяется провал, а силы убывают. Постарайтесь, прижавшись к одному краю провала грудью или спиной, раскинуть руки в стороны и упереться ногами в его противоположный край (если провал большой, ногами следует делать плавательные движения). Опираясь на лед, попробуйте осторожно выбираться на его поверхность, а поднявшись, не вставайте в полный рост, отползите или перекачивайтесь подальше от опасного места. Выбираясь из провала, следите, чтобы течение не занесло ноги под лед, так как это может способствовать новому обламыванию кромки.

Если человек провалился около берега на тонком льду, то, разбивая его руками, он должен плыть к берегу.

Не оставляйте попавшего в беду! Когда несчастный случай произошел недалеко от берега, оказать помощь можно, не выходя на лед, передав пострадавшему любое подручное средство—веревку, доску, ремешок, шарф, бревно. Если же беда случилась далеко от берега, к пострадавшему приближаются ползком, захватив с собой доску, лыжи либо деревянную лестницу.

Если неподалеку оказалось несколько человек, образуйте «живую» цепь: надо лечь и держать за ноги лежащего впереди. Желательно, чтобы первый в цепочке, помогающий пострадавшему, подложил под себя доску или лыжи.

Даже тренированные и закаленные спасатели не могут находиться в ледяной воде более одной минуты. Поэтому здоровье и даже жизнь пострадавшего зависят от вашей сметки и быстроты действий.

Вытащив потерпевшего, срочно перенесите его в теплое помещение, снимите мокрую одежду, вытрите досуха и заверните в теплое одеяло. Если у спасенного нарушено дыхание, ему нужно делать искусственное дыхание, не дожидаясь, пока придет скорая помощь. Желательно, напоив спасенного горячим молоком, чаем или кофе, сделать ванну или душ (температура воды 35—36 градусов).

...Пройдет месяц-другой, и наступит весна. Покров водоемов становится рыхлым и непрочным, в нем образуются проталины и промоины. На покрытом водой льду порой невозможно различить, где просто скопилось вода, а где промоина. При переходе надо быть еще более внимательным, а при подледном лове—обязательно класть у лунки доску, увеличивающую площадь опоры.

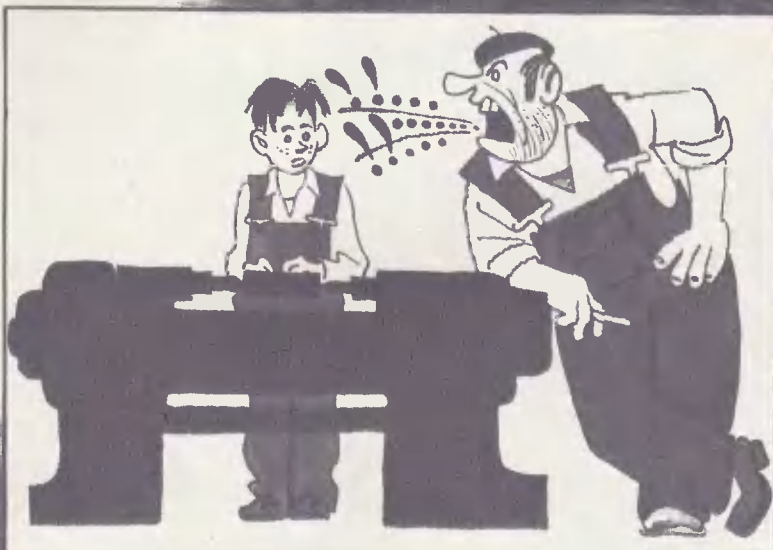
Ледоход—зрелище, привлекающее и для детей и для взрослых. Но в эту пору надо быть особенно осмотрительным. Переправляться через реки, даже на лодке, в период начала ледохода опасно. Опасно находиться и на обрывистых берегах рек: под действием воды они порой размываются и обваливаются. Рискованно заходить на прибрежные льдины. Вода и ветер взламывают их и уносят далеко от берега. Вообще не следует ближе чем на 2—3 метра подходить к реке, спускаться с бережных к затору льда или плотине.

И зимой и в период ледохода поведение детей у водоемов требует пристального внимания взрослых. Носясь на коньках и санях по льду, который трещит и прогибается, многие сорванцы считают такое катание проявлением героизма, не представляя себе в полной мере опасности подобных забав.

Весной большой соблазн для детей—«прокатиться» на льдине. А ведь она может внезапно треснуть, на ней можно поскользнуться. И тогда быть беде.

Рисунки Л. САМОЙЛОВА

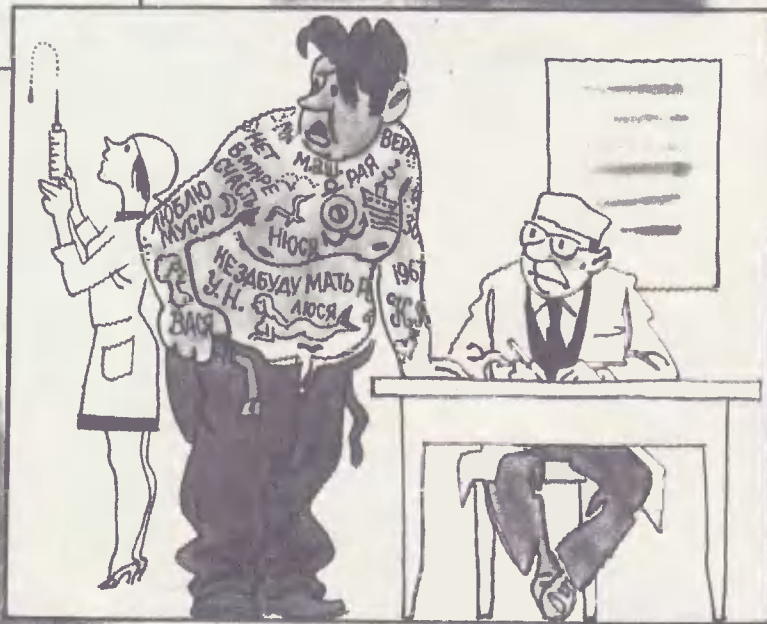
— Она совсем
не следит за собой.
— Зато следит
за иностранной модой!



Урок словесности



— Спокойно, доктор.



— Б-о-ю-сь уколов!

Эволюция
причесок



Под бобрник



Под ежика



Под дикобраза

