



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Януша Корчака теперь молодежь не знает. Грустно как-то. «Короля Матиуша Первого» не читали, а уж про «Когда я снова стану маленьким» говорить не приходится. Это ведь не Гарри какой-нибудь Поттер. Вот там — да. Но даже многие взрослые не знают, что Корчак был врачом, врачом, организовавшим в Варшаве Дом сирот.

Сказал «а», говори «б». Корчак еще до 2-й мировой войны написал прообраз Гарри Поттера — Кайтека Чародея. Вот так-то. Вообще он много книг написал как для детей, так и о детях. Он, пожалуй, впервые заговорил о правах детей. О том, что они люди с момента рождения, а не собственность родителей. Он ввел в практику детское самоуправление. Чуть какая-то. Но взрослые должны были подчиняться решениям детского парламента.

Для меня этот человек имеет некоторую личную, если так можно сказать, составляющую, не только отстранено-книжную, а несколько плотскую. Я с детства знаю женщину, чей родной брат был с Корчаком знаком. Более того — работал у него. Молодого человека звали Гришей, он учился в Варшаве в Университете на юриста, а столовался и жил у Корчака: тот «эксплуатировал» труд молодежи в качестве юных педагогов, давая им кров и питание. Мне кажется — очень гуманно. Было это, видимо, году в 1938—39. Корчак вообще много экспериментировал. Елизавета Иосифовна Машевицкая помнит, что брат подробно описывал в письмах свое жите в Доме сирот и самого Корчака. Письма эти не сохранились, катастрофа смела почти все воспоминания как ментальные, так и овеществленные.

Лиза (теперь Елизавета Иосифовна, встречались мы в ее квартире в Бер Шева в Израиле) и Гриша Чапник встретили войну вместе в Гродно, где жили их родители. Гродно только несколько лет как стал советским городом: после революции он отошел к новому государству — Польше, а в 39 г. был по пакту Молотова-Риббентропа передан в СССР. Лиза шла с братом с выпускного вечера, когда началась бомбардировка. А вначале где-то вдалеке появились всполохи, как бывает при грозе. Немцы вошли в Гродно сразу и сразу начали расстреливать евреев. Сразу — тысячами. Было распоряжение уничтожить по-первости всю интеллигенцию: врачей, учителей, юристов и т. д. Тех, кто мог организовать сопротивление, по-видимому. А возможно, просто сразу отсеять наиболее грамотных и потому наименее приспособленных к ручному труду, который предстоял в ближайшее время всему еврейскому населению. Среди подлежащих расстрелу были и выпускники школ. Для этого в школе проверили списки выпускников, но школьный сторож предупредил семью о готовящемся аресте. Лиза с Гришей спрятались на чердаке. От их отца требовали сказать, где дети, он не стал этого делать. Его вывели с гордо поднятой головой — так потом говорили соседи — и увезли в лагерь смерти. Каждому было предназначено свое — кого уничтожали почти на месте, кого тащили за сотни километров в концентрационные лагеря на фабрику смерти, — разобраться в немецких «порядках» довольно трудно, да и желания большого нет.

Каждому было предназначено свое — кого уничтожали почти на месте, кого тащили за сотни километров в концентрационные лагеря на фабрику смерти, — разобраться в немецких «порядках» довольно трудно, да и желания большого нет.

Их было много — еврейских подростков. Из гетто уходили и формирования партизан в леса. Их там не ждали — и польские партизаны (особенно армия Крайова), и советские в лучшем случае выгоняли из отряда, а в худшем — расстреливали. Антисемитизм цвел везде...

Вам разрешено остаться — Корчак,
Если верить сказке — я молчу



Елизавета Иосифовна Машевицкая с сыном Гришей

шо известна благодаря оставшимся в живых многочисленным свидетелям. Гриша и Лиза стали через короткое время партизанами, связными, носили в гетто оружие. Ребята передавали оружие в гетто, скупая его у крестьян — много было брошено разбежавшейся Красной армией, воровали

у немцев. Их было много — еврейских подростков. Из гетто уходили и формирования партизан в леса. Их там не ждали — и польские партизаны (особенно армия Крайова), и советские в лучшем случае выгоняли из отряда, а в худшем — расстреливали. Антисемитизм цвел везде...

Но вначале Лиза оказалась в местечке Слоним, куда приехали близкие друзья семьи. Был разгар лета 1941 г. Подходя к местечку, она услышала душераздирающие женские и детские крики и спряталась в большое дупло. Там ее нашла проходившая мимо белорусская крестьянка, рассказавшая ей про смертоубийство: расстреливали,

закапывали в братскую могилу живьем. Могила потом еще несколько дней дышала и шевелилась. Она привела Лизу домой, и та некоторое время жила у нее. Затем пошла искать своего знакомого и наткнулась на литовских полицейских, гордо шествующих с винтовками через плечо, на штыках которых были насажены детские головы. Вспоминая эту сцену, Елизавета Иосифовна не смогла сдержать слез и не сказала, что было на штыках, лишь слегка кивнула в ответ на мою страшную догадку.

Еще одна история произошла с Лизой примерно через год. Ей поручили маленькую племянницу Аллу, она снимала с ней квартиру в одном из домов Белостока. Как-то раз пришла она домой, ее встретила на улице соседка, сказавшая, что Аллу забрали в гестапо, так как жившая этажом ниже соседка признала в ней жидовку и донесла. Времени размышлять не было. Лиза бросилась в гестапо. Распахнув дверь она увидела племянницу, которую допрашивал полицейский. Не раздумывая, как коршун налетела она на оторопевшего полицейского, выкрикивая все фамилии-имена высокопоставленных гитлеровцев и прочей местной власти, которые ей — в силу служебных обязанностей — были хорошо известны. Она кричала, что будет жаловаться. Немного испуганный полицейский тупо пошел к начальству, спрашивать, что делать в этой ситуации, а Лиза схватила племянницу и выскочила с ней из участка. Так она на этот раз спасла жизнь девочке.

После провала Лиза нашла себе другую явку и поселилась в одноэтажном доме у белоруски, которая все твер-

Вспоминая эту сцену, Елизавета Иосифовна не смогла сдержать слез и не сказала, что было на штыках, лишь слегка кивнула в ответ на мою страшную догадку.

При ликвидации гетто немцы депортировали в лагерь смерти Майданек и Освенцим около 30 тыс. человек. Сотни евреев были уничтожены в ходе боев в гетто или расстреляны после подавления восстания.

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2012 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД
Просим вас при желании в 2012 г. получить газету оплатить ее доставку.
С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
Кассир	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование Банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. Банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2012 г. (без НДС)
	Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ Дата: _____ 2012 года
КВИТАНЦИЯ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
Кассир	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование Банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. Банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2012 г. (без НДС)
	Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ Дата: _____ 2012 года

ИнтерНьюс

Опрос констатировал ухудшение здравоохранения по ключевым параметрам

Комиссия Общественной палаты РФ по охране здоровья представила результаты социологического исследования по оценке современного состояния престижа профессии врача и текущего состояния здравоохранения в России. Согласно результатам исследования, престиж профессии врача низкий, оснований для позитивного сдвига не предвидится, при этом врачи и пациенты расходятся во мнениях о причинах негативных тенденций. По данным репрезентативного общероссийского опроса граждан, почти половина опрошенных (43%) считают, что престиж профессии врача низкий, 27% опрошенных считает, что уровень престижа средний, высоким престиж врача считает 19% опрошенных. «Результаты исследования также свидетельствуют, что оснований для изменения ситуации в лучшую сторону недостаточно. Молодые люди (до 30 лет) более оптимистичны в своих оценках. Граждане в возрасте от 46 лет и старше негативно отзывались о престиже профессии», — говорится в исследовании. Эксперты предполагают, что это может быть связано с тем, что молодежь реже обращается в медучреждения и, соответственно, реже сталкивается с негативными факторами оказания медицинской помощи. Мнение практикующих врачей о состоянии здравоохранения более оптимистично. Каждый третий (43%) уверен, что данная сфера находится в плохом состоянии, в то время как среди населения на плохое состояние здравоохранения указал каждый второй опрошенный (53%). Основной характеристикой текущего состояния здравоохранения, по мнению практикующих врачей, является «потребность в системной модернизации и институциональных изменениях всей отрасли». Оценивая качество медицинского обслуживания в целом, врачи отмечали значимость советских традиций для текущей деятельности здравоохранения. «Многие позиции в здравоохранении до сих пор находятся на высоком уровне главным образом за счет накопленного багажа советской системы. Наблюдается постепенное, но достаточно интенсивное ухудшение здравоохранения по ключевым параметрам», — отмечается в исследовании. По мнению респондентов, если не будут предприняты системные меры по восстановлению отрасли, ухудшение здравоохранения будет еще более стремительным. Причины падения престижа профессии врача у разных групп опрошенных отличаются. Так, граждане (пациенты) отмечали недостаточный профессиональный уровень подготовки медработников (50%), отрицательные человеческие качества медицинских работников (48%), платную медицину, дороговизну лечения (35%), плохую организацию работы в медучреждениях, отсутствие порядка (35%). По мнению врачей и студентов мединститута, причины падения престижа в низком уровне заработной платы (73%), негативном отношении СМИ к врачам (49%), а также плохом финансировании здравоохранения в целом (38%). «Показательным является тот факт, что практически половина респондентов когда-либо сомневалась в своем диагнозе (48%). Качество медицинской помощи подвергается сомнению, а среди пациентов велики требования к врачебной помощи. Дисбаланс между ожиданием качественной медпомощи и получаемой способствует поддержанию негативной тенденции восприятия населения практического здравоохранения», — делают вывод авторы исследования. Опрос проводился по инициативе Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора Национального исследовательского университета ВШЭ в 2011 году среди нескольких групп: населения, преподавателей и студентов медицинских вузов, врачей государственных медицинских учреждений. Во всероссийском опросе населения приняли участие 2000 человек, опрос проводился методом личного интервью по формализованной анкете. Респонденты были отобраны на основе многоступенчатой стратифицированной территориальной случайной выборки, репрезентирующей население России по полу, возрасту, типу населенного пункта в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России, сообщает пресс-служба Общественной палаты РФ.

Источник: <http://ami-tass.ru>

Россия на 37-м месте

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСД) опубликовала отчет, показывающий, сколько страны вкладывают в систему здравоохранения, как много курят граждане, многие ли из них страдают от лишнего веса, и какова продолжительность жизни в стране. К примеру, Израиль вкладывает в здравоохранение не так много денег (7,9% от ВВП), его граждане имеют проблемы с лишним весом и зависимость от табака. Но по средней продолжительности жизни страна располагается на пятом месте в списке и даже обгоняет Австралию, Францию, Великобританию, США и Канаду. Лидирующие же позиции заняли Япония, Швейцария, Испания и Италия. Россия в этом рейтинге находится на 37-м месте, немного опередив такие страны, как Индия и ЮАР. Если в Израиле средняя продолжительность жизни составляет 81,6 лет, то в России — 68,7. Что касается ожирения, на первом месте стоят Штаты. За ними идут Мексика, Новая Зеландия и Чили. Первую десятку замыкает Чешская республика. Больше всего на здравоохранение тратят денег в США. После них идут Норвегия и Швейцария. Россия попала на 34-е место.

Источник: <http://www.cbs.gov.il>

Отчет о проведении XVI Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» 4—5 октября 2011 года

Конференция проходила в гостинице «Холлидей Инн» Сокольники г. Москвы. За два дня состоялись 15 заседаний.

На Пленарном заседании выступили: проф. П.А. Воробьев («Гериятрия в системе здравоохранения страны»), проф. С.В. Котов («Постинсультная эпилепсия в геронтологии»), проф. З.А. Габбасов («Клеточные механизмы эктопического остеогенеза в стенке сосудов»), проф. Е.В. Исакова («Особенности реабилитации пациентов с неустойчивостью и головокружением»), проф. А.В. Зиллов («Диабет у пожилых — особенности течения и выбор оптимальной терапии»).

На конференции было организовано 9 симпозиумов:

— Пожилой пациент: эффективность лечения в возрастном аспекте, председатели проф. А.К. Груздев, проф. В.В. Цурко;

— Подагра у пожилых, председатель проф. В.В. Цурко;

— Терапевтические и хирургические аспекты заболеваний органов пищеварения у пожилых, председатели проф. А.И. Шатихин, проф. П.Н. Олейников, проф. В.М. Махов;

— Глаза пожилого человека, председатель проф. Л.М. Балашова;

— Гериятрическая гастроэнтерология, председатели проф. Л.Б. Лазебник, проф. Ю.В. Конев;

— Болезнь Альцгеймера, председатель проф. В.А. Парфенов;

— Проблемы ухода за пожилыми больными, модератор И.В. Островская;

— Нейрогенные нарушения мочеиспускания у пожилого больного, председатели проф. А.Н. Мулач, П.Т. Шварц;

— Фундаментальная геронтология, председатели: А.И. Деев, А.В. Халявкин.

Работали две школы:

— Школа по интенсивной терапии и специальные доступы для введения лекарственных средств в стационарной и амбулаторной практике, модератор А.Ю. Буланов;

— Школа по пульмонологии, модератор: проф. В.Е. Ноников.



Проведены два междисциплинарных тематических блока:

— Медицинская и социальная помощь пожилым, председатели проф. П.А. Воробьев, проф. Д.В. Преображенский;

— Патология гемостаза в пожилом возрасте, председатели проф. П.А. Воробьев, проф. Е.В. Ройтман.

Успешно прошло заседание Круглого стола, организованного Благотворительным фондом «Ладога»

«Делая общее дело: взаимодействие государства, бизнеса и некоммерческих организаций в области поддержки пожилых людей».

Всего на конференции были представлено 92 доклада.

Зарегистрированы 450 слушателей.

Присутствовали: из Бразилии — 1 докладчик, из стран СНГ (Узбекистан) — 2. Россию представили города: Абакан, Архангельск, Иваново, Иркутск, Калининград, Калуга, Кемерово, Кострома, Краснодар, Москва, Московская область, Нижний Новгород, Орел, Оренбург, Санкт-Петербург, Саратов, Ставрополь, Тула, Тюмень, Якутск.

Врачей из стационаров было 83 человека, из поликлиник — 144, сотрудников научно-исследовательских институтов — 41 человек, студентов ВУЗов Москвы — 58, других представителей — 124 человека.

Оргкомитет Конференции

Начало на стр. 1

дила, что чуёт жидовку за версту. Основным требованием к жилью у партизан было наличие отдельного входа. Уже спустя много лет оказалась Елизавета Иосифовна в том доме, и ей племянник чувствительной женщины протянул записку, написанную юной Лизой: сколько и каких немецких частей где стояло.

Прятала она донесения за какую-то доску, отстающую от стены, и эта записка завалилась и дождалась ремонта, когда и была найдена. Вопрос остался — зачем ее сохранили? Или крики о чутье имели целью некое прикрытие для Лизы? Теперь уже не спросишь.

Связные, партизаны, восстание в гетто. Никого нельзя было убедить, что жители гетто будут ликвидированы, все верили, что именно их акция не коснется. Когда началась операция по ликвидации, молодежь организовала вооруженное сопротивление.

В ночь с 15 на 16 августа 1943 г. гетто было окружено тремя кольцами войск, состоявших из немецкой жандармерии, трех специальных полицейских батальонов, два из которых были украинскими, частей СС и подразделений вермахта с полевой артиллерией, танками, броневиками и самолетами. Были вывешены объявления, в которых населению приказывали собраться в указанных местах, якобы для переселения в г. Люблин. Подпольщики, а их было около 200 человек, вооруженные 25 винтовками, сотней пистолетов, несколькими автоматами, и даже пулеметом, уже 14 августа знали о планах немцев. Но к подпольщикам присоединились всего несколько десятков человек, что, по мнению участников, обусловило провал восстания. Так как на всех оружие не хватало, кто-то вооружался топорами, штыками, косами, бутылками

с серной кислотой и зажигательной смесью. Были созданы укрепленные бункеры и два штаба по руководству восстания. По плану восстания диверсионные группы, в которых было много девушек, подошли и взорвали фабрики на территории гетто. При попытке разрушить забор и прорвать кольцо блокады около 40 человек погибло. Небольшой группе восставших удалось вырваться за пределы гетто, их судьба неизвестна.

Столкнувшись с сопротивлением, немецкое командование решило использовать танки, но их забросали гранатами. Все немецкие атаки были отбиты. Некоторые очаги сопротивления были подвергнуты бомбардировке с воздуха, и восставшие погибли.

В ночь на 17 августа бойцы еврейского сопротивления перешли в контратаку, ворвались в покинутую жителями центральную часть гетто, захватили несколько фабрик.

Немцы захватили здания фабрик только после гибели всех защитников. 19 августа была предпринята еще одна отчаянная попытка штурма ограды гетто. Организованное сопротивление

продолжалось до 20 августа и после того как кончились патроны, руководители восстания Д. Мошкович и Н. Тененбаум вместе с группой бойцов окончили жизнь самоубийством. Немцы и украинские полицейские столкнулись с группой бойцов во главе с Ханкой Левинсон, оборонявших больницу, и только после тяжелого боя, уничтожив всех бойцов, захватили больницу. Все больные, раненые и медицинские работники были убиты.

Подпольщики, а их было около 200 человек, вооруженные 25 винтовками, сотней пистолетов, несколькими автоматами, и даже пулеметом, уже 14 августа знали о планах немцев. Но к подпольщикам присоединились всего несколько десятков человек, что, по мнению участников, обусловило провал восстания.

Столкнувшись с сопротивлением, немецкое командование решило использовать танки, но их забросали гранатами. Все немецкие атаки были отбиты. Некоторые очаги сопротивления были подвергнуты бомбардировке с воздуха, и восставшие погибли.

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 1, 2 ↗

Несмотря на огромное преимущество немецких войск в живой силе и вооружении, в ходе боев немцы понесли значительные потери: в гетто было уничтожено около 100 немецких и украинских солдат и полицейских, несколько сот было ранено.

Отдельные группы повстанцев продолжали скрываться в развалинах гетто. Последними группами повстанцев гетто командовал В. Волковыцкий. Последняя известная попытка прорыва произошла в середине октября 1943 г., но прорваться никому не удалось.

При ликвидации гетто немцы депортировали в лагеря смерти Майданек и Освенцим около 30 тыс. человек. Сотни евреев были уничтожены в ходе боев в гетто или расстреляны после подавления восстания. После ликвидации гетто в Белостоке немцы отобрали около 800 евреев рабочих и инженеров, которые под руководством председателя юденрата Э. Бараша были поселены в организованном «малом гетто». Еврейские рабочие и инженеры демонтировали несколько фабрик. По завершению работ в сентябре 1943 г. все узники «малого гетто» были отправлены в Майданек и уничтожены. Около ста человек смогли вырваться из гетто или выпрыгнуть из эшелонов, которые везли их в лагеря смерти и добраться до еврейских партизанских групп.

Но начал я про Корчака. Вот биографическая справка: Януш Корчак (настоящее имя Генрик Гольдшмит) родился 22 июля 1878 г. в Варшаве в интеллигентной ассимилированной еврейской семье. Учился в русской гимназии. Возненавидел жесткую дисциплину, царившую там. С 5 класса начал подрабатывать репетиторством. В 1898 г. Корчак поступил на медицинский факультет Варшавского университета, а в 1899 г. поехал в Швейцарию, для ознакомления с педагогической деятельностью Песталоцци. В 1903 г. он получил диплом врача.

В 1904—1905 гг. Корчак принимал участие в Русско-японской войне. В 1907 г. Корчак едет в Берлин, где слушает лекции и проходит практику в детских клиниках, знакомится с различными воспитательными учреждениями. В 1914—18 гг. Корчак находился на Украине, в частности, в Киеве, где, кроме деятельности военного врача, занимался обустройством детского дома для польских детей, а также написал книгу «Как любить ребенка».

Корчак возвращается в Варшаву в 1918 г., где руководит детскими приютами, преподает, сотрудничает с журналами, выступает по радио, читает лекции в Свободном польском университете и на Высших еврейских педагогических курсах. Корчак не поддерживал сионистского движения, но стал польским представителем в Еврейском агентстве и в 1934 и 1936 гг., посетил Палестину, где встретил многих бывших своих воспитанников. На него произвели глубокое впечатление педагогические и социальные аспекты кибуцного движения, жизнь общин.



Януш Корчак

19 августа была предпринята еще одна отчаянная попытка штурма ограды гетто. Организованное сопротивление продолжалось до 20 августа и после того как кончились патроны, руководители восстания Д. Мошкович и Н. Тененбаум вместе с группой бойцов покончили жизнь самоубийством.



Тот самый «Дом Сирот» в Варшаве

После раздела Польши в 1940 г. вместе с воспитанниками «Дома сирот» оказался в Варшавском гетто. Видимо последней его книгой стал Дневник, написанный незадолго до акции по уничтожению. Когда в августе 1942 пришел приказ о депортации «Дома сирот», Корчак пошел вместе со своей помощницей и другом Стефанией Вильчинской (1886—1942) и 200 детьми на станцию, откуда их в товарных вагонах отправили в Трелинку. Детям он рассказывал, что их вывозят в летний лагерь на море в Гдыню. Елизавета Иосифовна вспоминает и про Ванду, которая приехала уговаривать Корчака покинуть гетто, но так и оставшаяся с ними до конца.

При ликвидации гетто немцы депортировали в лагеря смерти Майданек и Освенцим около 30 тыс. человек. Сотни евреев были уничтожены в ходе боев в гетто или расстреляны после подавления восстания.

Вот «Десять заповедей для родителей» из наследия Я. Корчака:

1. Не жди, что твой ребенок будет таким, как ты или таким, как ты хочешь. Помоги ему стать не тобой, а собой.
2. Не требуй от ребенка платы за все, что ты для него сделал. Ты дал ему жизнь, как он может отблагодарить тебя? Он даст жизнь другому, тот — третьему, и это необратимый закон благодарности.
3. Не вымещай на ребенке свои обиды, чтобы в старости не есть горький хлеб. Ибо что посеешь, то и взойдет.

После раздела Польши в 1940 г. вместе с воспитанниками «Дома сирот» оказался в Варшавском гетто. Видимо последней его книгой стал Дневник, написанный незадолго до акции по уничтожению.

4. Не относись к его проблемам свысока. Жизнь дана каждому по силам и, будь уверен, ему она тяжела не меньше, чем тебе, а может быть и больше, поскольку у него нет опыта.
5. Не унижай!
6. Не забывай, что самые важные встречи человека — это его встречи с детьми. Обращай больше внимания на них — мы никогда не можем знать, кого мы встречаем в ребенке.
7. Не мучь себя, если не можешь сделать что-то для своего ребенка. Мучь, если можешь — но не делаешь. Помни, для ребенка сделано недостаточно, если не сделано все.
8. Ребенок — это не тиран, который завладевает всей твоей жизнью, не только плод плоти и крови. Это та драгоценная чаша, которую Жизнь дала тебе на хранение и развитие в нем творческого огня. Это раскрепощенная любовь матери и отца, у которых будет расти не «наш», «свой» ребенок, но душа, данная на хранение.
9. Умей любить чужого ребенка. Никогда не делай чужому то, что не хотел бы, чтобы делали твоему.
10. Люби своего ребенка любым — неталантливым, неудачливым, взрослым. Общаясь с ним — радуйся, потому что ребенок — это праздник, который пока с тобой.

А вот выдержки из Дневника (Издательство «Правда», 1989. Перевод с польского К. Сенкевич):

Уныла, удручающая мемуарная литература. Артист или ученый, политик или полководец вступают в жизнь, полные честолюбивых замыслов, мощных завоевательных волевых импульсов — сама мобильность. Продвигаются вверх, преодолевают препятствия, расширяют сферу влияний и, вооружась опытом и большим числом друзей, все плодотворнее и все легче идут — этап за этапом — к своей цели. Это длится десяток лет, порой два-три десятка. А затем... Затем уже — усталость, затем уже — лишь шаг за шагом, упорно, в раз избранном направлении, уже более удобным, более торным путем, с меньшим пылом и с мучительным чувством, что не так, что слишком мало, что куда труднее в одиночестве, что прибывают лишь седины и больше морщин на ранее гладком дерзновенном челе, что глаз менее зорек, кровь обращается медленнее,

а ноги несут с трудом. Что ж? Старость! Один противится и, поняв все, хочет по-прежнему и даже быстрее, сильнее, чтобы успеть. Обманывается — обороняется — бунтует — мечется. Другой в печальной покорности начинает не только останавливаться, но и отступать. «Уже не могу. — Не хочу и пробовать. — Не стоит. Уже не понимаю. О, если б вернули мне урну испепеленных лет — энергию, растрченную на блуждания, расточительный размах давних сил...»

Новые люди, новое поколение, новые потребности. Уже и его раздражают, и он раздражает — сначала недопонимание, а затем уже одно непонимание. Их жесты, их шаги, глаза, белые зубы и гладкий лоб, хотя уста и молчат... Все и вся кругом, и земля, и ты сам, и звезда твоя, говорят: «Довольно... Твой закат... Теперь мы... Ты у предела...» Ты говоришь, что мы так... А мы и

не спорим — тебе лучше знать, ты ведь опытный, но дай попробовать самостоятельно. Таков порядок жизни. Так и человек, и звери, пожалуй, так и деревья, а кто знает, может, даже и камни. Их теперь воля, сила и время. Твоя сейчас старость, а завтра дряхлость. И все быстрее врастают стрелки на циферблате. Каменный взгляд сфинкса задает вечный вопрос: «Кто утром на четырех ногах, в полдень бодро на двух, а вечером на трех?» — Ты! Опершись на палку, смотришь, как гаснут холодные закатыные лучи.

А ну, попробую в своей автобиографии иначе. Быть может, и благая мысль, быть может, и выйдет удачно, быть может, так и надо. Когда копаешь колодец, начинаешь не с самого дна: сперва забираешь широко верхний слой, отбрасывая землю лопатой за лопатой, не зная, что ниже, сколько переплетающихся корней, какие там препятствия и помехи, сколько тяжелых, закопанных другими и тобой, забытых камней и разных твердых предметов. Решение принято. Хватит сил начать.

А вообще бывает ли когда совсем закончена работа? Плюнь на ладонь. Взглянь. Смелей! — Раз-два, раз-два... — Бог в помощь, дедушка! Что это ты задумал? — Сам видишь. Ищу подземные источники, откапываю чистую холодную водную стихию — воскрешаю воспоминания. — Помочь тебе? — О, нет, мой милый,

тут уж каждый должен сам. Никто не придет на выручку и не заменит. Все другое — вместе, коли решишь еще в меня и ценишь, но эту последнюю мою работу — я сам. — Ну, дай тебе бог удачи! Так вот...

(...) Греются на солнышке два деда.

ИнтерНьюс

Врачам посоветовали читать Шекспира

Британский врач пришел к выводу, что чтение произведений Уильяма Шекспира может помочь его коллегам лучше понимать симптомы психосоматических расстройств. Врач Кеннет Хитон из Северного Сомерсета проанализировал 42 произведения Шекспира и 46 — его современников на предмет описания физических симптомов, возникающих из-за сильных эмоций. Специалист выяснил, что в творчестве классика описания психосоматических проявлений встречаются значительно чаще, чем в других книгах, написанных в то же время. Так, например, головокружение в результате эмоционального потрясения описано в произведениях «Укрощение строптивой», «Ромео и Джульетта», «Генрих VI», «Цимбелин» и «Троил и Крессида». Одышка при сильных эмоциях не менее 11 раз beschrieben героев «Двух Веронцев», «Обещанной Лукреции», «Венеры и Адониса» и «Троила и Кресиды». Весьма часто встречается у Шекспира повышенная утомляемость как результат горя и страдания. Наиболее ярко она описана в произведениях «Гамлет», «Венецианский купец», «Как вам это понравится», «Ричард II» и «Генрих IV». Нарушения слуха при сильных эмоциях наблюдаются у героев «Короля Иоанна» и «Ричарда II», а нарушения зрения — в произведениях «Много шума из ничего», «Венера и Адонис», «Кориолан» и «Бесплодные усилия любви». В «Короле Лире» встречаются оба этих расстройства. Также Хитон нашел у классика описание эмоционального потрясения как холода («Ромео и Джульетта») или обморочного состояния («Тит Андроник», «Юлий Цезарь», «Бесплодные усилия любви» и «Ричард III»). Также встречаются такие психосоматические проявления, как гипо- и гиперестезия (снижение или повышение чувствительности). При этом у современников Шекспира встречаются лишь единичные упоминания перечисленных нарушений. На основании полученных данных Хитон сделал вывод, что Шекспир был «исключительно понимающим тело писателем», что помогло ему сделать произведения максимально реалистичными и эмоционально насыщенными. Учитывая недостаточное внимание многих врачей к весьма распространенным психосоматическим проявлениям и яркость их описания у Шекспира, исследователь порекомендовал медицинским специалистам чаще обращаться к творчеству классика.

Источник: <http://www.eurekalert.org>

Жевать, чтоб похудеть

Ученые разработали пероральный способ доставки в организм гормона, подавляющего аппетит. Люди, которые хотят похудеть, обычно сталкиваются с проблемой правильного рациона и режима питания. Они должны есть не тогда, когда им хочется, и не то, что хочется. Но что бы они сказали, если бы для получения заветного эффекта нужно было всего лишь регулярно жевать «волшебную» жевательную резинку? Пептидный гормон PYY является частью биохимической системы, контролирующей в нашем организме энергообмен и прилегающие к нему чувства голода и аппетита. Когда мы едим, в кровоток выбрасывается много пептида YY, и чем больше калорий мы усвоили, тем большее количество этого гормона попало в кровь. Предыдущие исследования показали, что у людей, страдающих от ожирения, уровень пептида YY понижен — как перед приемом пищи, так и после. Внутривенные инъекции этого гормона уменьшили аппетит, в результате люди потребляли меньше калорий. PYY (пептид тирозин-тирозин) — короткий, всего из 36 аминокислот, белок, который после приема пищи синтезируется в кишечнике и участвует в формировании чувства сытости — BM. К сожалению, прием пептида YY, скажем, в виде таблеток крайне неэффективен. В желудке гормон разрушается, а та его часть, что осталась целой, с большим трудом всасывается стенкой кишечника. Казалось бы, ничего лучше инъекций и быть не может. Но команде исследователи из Сиракузского университета (США) под руководством Роберта Дойла удалось обойти это препятствие. Раннее доктор Дойл с коллегами разработали метод пероральной (то есть через ротовую полость) доставки инсулина: для этого гормон был пришит к витамину B₁₂. Последний легко всасывается эпителием кишечника и без проблем попадает в кровоток, доставляя груз по назначению. Теперь, как пишут авторы, то же самое удалось сделать и для пептида YY. Принципиальную часть работы, по словам ученых, можно считать завершенной: витамин действительно позволяет ввести через рот и желудочно-кишечный тракт достаточное количество пептидного гормона. Остальное, как говорится, дело техники. Исследователи хотят сделать аналог противоникотиновых жевательных резинок, которые жуют, чтобы бросить курить. С помощью похожей жвачки, только уже с пептидом YY, можно было бы регулярно восполнять после еды недостаток гормона, подавляющего аппетит, и таким образом предотвратить хроническое переедание.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

Продолжение на стр. 4 ↗

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

— А ну скажи, старый хрыч, как это получилось, что ты еще жив?

— Ого-го, я вел солидную, благоразумную жизнь, без потрясений и без крутых поворотов. Не курю, не пью, в карты не играю, за женщинами не бегаю. Не голодаю, не переутомляюсь, не спешу и не рискую. Все всегда вовремя, в меру. Сердце свое я не терзал, легкие не напрягал, голову не ломал. Умеренность, покой, благоразумие. Вот и живу.

Ну а второй?

— А я несколько иначе. Всегда там, где достаются шишки да синяки. Еще сопляком был, а уже первый бунт и перестрелка. И ночи бессонные были, и тюрьмы стужко, сколько надо хлебнуть юнцу, чтобы малость утихомириться. Ну, а после — война. Так себе война. Искать пришлось ее далеко, за горами, за Уралом, да за морем, за Байкалом. Через татар, киргизов, бурят аж до китайцев... Докатился я до маньчжурской деревни Таолайчжао, и опять революция. Потом вроде как бы передышка наступила. Водку пил, ясно, да и жизнь не раз — не смятый листок — на карту ставил. Только на девчонок вот времени не хватало. Кабы они еще не стервы были, а то ведь жадные, на ночи лакомые, да и детей рожают... паскудный обычай. Раз и со мной это случилось. На всю жизнь оскомина. Хватит с меня этого, и угроз, и слез. Папирос искрился без счета. И днем, и во время ночных раздумий и споров дымил, словно дымовая труба. И нет во мне ни единого здорового местечка. Спайки да боли, грыжи да шрамы. Весь расплываюсь, еле скриплю, а вот пружину вперед, живу. Да еще как живу! Знают про то те, кто мне поперек дороги становится. Пну, будь здоров. И теперь, бывает, целая банда от меня шарается. А впрочем, есть у меня и союзники и друзья.

— И у меня. Дети, внуки есть. А у вас, приятель?

— А у меня их двести штук.

— Ох, и хват же!..(...)

...Незабываемо зрелище просыпающейся спальни. Отяжелевшие взгляды и движения или внезапный прыжок с постели. Этот протирает глаза; этот обтирает рукавом рубашки уголки рта; этот почесывает ухо, потягивается и, держа в руке какую-нибудь часть одежды, замирает, уставившись в одну точку. Живо, флегматично, ловко, неуклюже, уверенно, робко, точно, небрежно, осмысленно или автоматически. Это — тесты: сразу видно, каков парень и почему у него так всегда или именно сегодня. Лектор комментирует фильм: «Пожалуйста, присмотритесь внимательно, — водит он указкой, словно по карте, — недружелюбные взгляды этих двоих направо говорят о том, что они не любят друг друга и кровати их не должны стоять рядом. Прищуривание глаз вон того — верное доказательство близорукости. Не верьте в выносливость этого малыша: чувствуются напряжение, перебои в темпе, паузы при очевидной, казалось бы, спешке. Может быть, он поспорил, предупредил и бежит вразупуски с тем вот, налево, на которого он то и дело взглядывает. А этому я предсказываю плохой день. Во время умывания, уборки постели или утреннего завтрака, через минуту или через час он поссорится, подерется, невежливо ответит воспитателю».

Мы стояли вдвоем у окна, когда набиралась новая партия «двойного боя». Благородная, рыцарственная игра! Десятилетний спец был моим лектором: «Этого сразу выбьют, он устал. А этот только наполовину разошелся. Того отсеют. А у этого, видно, глаза на затылке, смотрит направо, а бьет налево. Этот нарочно поддается, хочет выбить этих двух. А этот обидится, поругается, разревется». Если предсказание не сбудется, мой спец знает почему и объясняет мне почему. Потому что, когда оценивал, он не принял в расчет: «Он играет так потому, что вчера выбил стекло, вот и боится. Этому — солнце в глаза, а тот не привык к мячу, мяч слишком жесткий. А у того нога болит. Этим блестящим ударом он обязан товарищу: тот ему всегда помогает». Спец читает игру, словно музыкант партитуру, объясняет движения, словно шахматные ходы.

Если я тут кое в чем разбираюсь, я обязан этим моим самоотверженным учителям. Какие они терпеливые, самоотверженные и благожелательные и какой я неспособный и неумелый ученик! Ничего удивительного: мне было больше сорока, когда у нас появился футбол, а они начинали ползать с футбольным мячом под мышкой. Пять толстых томов: 1. Обычная игра в мяч. 2. Ножная (футбол). 3. «Двойной бой». 4. Психология и философия игры в мяч. 5. Биография, интервью. Описание знаменитых ударов мячом, партий, спортивных площадок. И сто километров киноленты. Не раздражаюсь, не выхожу из себя, не сержусь и не возмущаюсь, если я наперед знаю реакцию. Сегодня

Десятилетний спец был моим лектором: «Этого сразу выбьют, он устал. А этот только наполовину разошелся. Того отсеют. А у этого, видно, глаза на затылке, смотрит направо, а бьет налево. Этот нарочно поддается, хочет выбить этих двух. А этот обидится, поругается, разревется». Если предсказание не сбудется, мой спец знает почему и объясняет мне почему.

класс будет беспокойный, потому что первое апреля — жара — через три дня экскурсия — через неделю праздник — у меня голова болит. Помню воспитательницу с большим стажем работы, которая возмущалась тем, что у мальчиков так быстро отрастают волосы, и помню молоденькую бурсистку, начинавшую отчет о дежурстве по укладыванию девочек спать с замечаниями: «Девочки сегодня были несносные. В девять часов еще шум и гам. В десять часов еще шепот, смешки. А все потому, что начальница дала мне нагоняй — что я была злая — что я торопилась — что завтра у меня семинар — что у меня задевались куда-то чулки — что получила плохое письмо из дому».

Кто-нибудь скажет: «Какова цена фильму, если дети знают, что их снимают?» А ведь проще простого. Кинокамера стоит постоянно. Оператор в разные часы снимает в разных направлениях пустым аппаратом. Детям обещают показать фильм, когда будет готов, но всегда что-нибудь не удастся. Снимают по многу раз надоедливых, неприятных, непопулярных ребят и неинтересные сцены. Ни разу не говорят ребятам, чтобы были естественными, смотрели туда, а не сюда, «занимались своими делами». Без разбору зажимают и гасят юпитеры. А то прерывают игру и устривают обременительную репетицию. Повышенный интерес сменяется раздражением. Наконец съемку перестают замечать. Через неделю, через месяц. Впрочем, я это зря пишу. Наверное, так все делают — иначе и быть не может. Воспитатель, который не знает этого, просто безграмотен и кретин, если не понимает. В будущем каждый воспитатель станет стенографом и кинооператором. А парлограф, а радио? А эпохальные эксперименты Павлова? А тот садовник, который путем скрещивания или особого ухода получает розы без шипов и «груши на вербе»? Силуэт человека у нас уже есть — а быть может, и фотография? Быть может, уже немногого не хватает? Нужен лишь способный и добросовестный ретушер?



Януш Корчак с детьми

Не отказывай, если ребенок просит повторить ему сказку еще и еще. Для некоторой группы детей, быть может, более многочисленной, чем мы думаем, представление должно состоять из одного лишь многократно повторяемого номера. Один слушатель — часто многочисленная и благодарная аудитория. Не потеряешь время напрасно. Старые няньки и певички — часто лучшие педагоги, чем дипломированная воспитательница. Ведь и взрослые кричат «Бис! Бис!» Одна и та же без конца повторяемая сказка — словно соната, словно любимый сонет, словно скульптура, без которой тебе день не в день, сер и бесцветен. Картины галереи знают маньяков одного экспоната. Мой — «Святой Иоанн» Мурильо из Венского музея и две скульптуры Рыгера: «Ремесло» и «Искусство» в Кракове.

Прежде чем человек вконец погрязнет и смиритесь с нечистоплотностью переживаний, он защищается... страдает... стыдится, что он иной, ниже толпы; а может быть, лишь с болью чувствует, что одинок и чужой в жизни?

(...) День начался со взвешивания. Май дал большое падение. Прошлые месяцы текущего года неплохи, и май еще не вселяет тревогу. Но до нового урожая осталось еще в лучшем случае два месяца. Это наверняка. А ограничения властей и дополнительные разъяснения, скопление народа должны ухудшить положение. Час субботного взвешивания детей — это час сильных ощущений.

После завтрака — школьное заседание. Завтрак сам по себе тоже работа. После моего грубого письма к одному сановному лицу мы получили относительно недурное подкрепление в виде колбас, даже ветчины, даже сотни пирожных. Никогда до этого не было хорошо, ибо хотя и немного пришлось «на нос», а эффект был. А потом даже приятная неожиданность в виде двухсот килограммов картошки. Имеются письменные отзывы.

Но вот загвоздка. Мимолетная дипломатическая победа, легко доставшаяся уступка не должны будить оптимистических надежд и усыплять бдительность. Персоны попробуют отыграться — как этого избежать? Откуда ждать грозы? Какие и когда соберутся невидимые омы, вольги и неоны и образуют молнию или вихрь из пустыни? Мучительное: «Хорошо я сделал или плохо?» — мрачный аккомпанемент беззаботного детского завтрака. После завтрака, наскоро, 'a la fourchette — уборная (про запас, а значит, и это через силу) и собрание, а на нем — план летней работы школы, отпуска и заместительства. Было бы удобно так, как в прошлом году. Но трудность в том, что многое переменялось: по-другому спальня, много ребят прибыло и убыло, новые перемены по работе, да что говорить — многое по-другому. А ведь хотелось бы лучше.

После собрания — газета и судебные приговоры. Вкрались злоупотребления. Не каждому хочется слушать битый час про то, кто хорошо хозяйничал, а кто плохо,

чего прибыло, а чего убыло и что надо ждать и что надо делать. Для новичков газета явится откровением. Но старожилы знают, что так или эдак, но им не услышать главного, самого для них главного. Их не касается, и они не слушают; раз можно избавиться себя от выслушивания — почему не избавиться?

... Тонг на обед. Чем этот субботний обед отличается от остальных — не могу рассказать обстоятельно и тоже предпочитаю отложить. На сегодня у

меня запланированы лишь три адреса, три визита. С виду легко! 1. Навестить одного моего «большешника» после перенесенной им болезни. 2. Почти рядом в доме разговор о дрожжах для ребят. 3. Неподалеку встреча реэмигрантов с Востока, людей милых и благожелательных, к которым и я расположен. Так-так. Первый визит — это продолжение утреннего спора о школе. И — не застал дома. «Прошу принять запоздалое поздравление. Я хотел раньше, но не мог». Мучают мысли — так их много! Этот пожилой человек, странный и нетипичный, в качестве учителя средней школы. Что я о нем знаю? Ни одного длительного разговора, а может, вообще ни одного за весь год. Не было времени? Лгу. (Слипаются глаза. Не могу. Ей-ей, не могу. Проснусь и закончу... Привет тебе, прекрасная ночная тишина.)

(...) Каждый зажиточный человек должен помогать семье. Семья — это братья и сестры его жены, их братья, сестры, старики родители, дети. Пособия от 5 до 50 злотых — и так с утра и до позднего вечера. Если кто-нибудь умирает с голоду, он найдет семью, которая признает родство и обеспечит двухразовое питание; 2—3 дня он счастлив, не дольше недели, а после просит рубашку, башмаки, человеческое жилье, немного угля, а после хочет лечиться сам, лечить жену, детей — наконец, не желает быть нищим, требует работу, хочет постоянное место. Иначе и быть не может, но все это вызывает такую злость и нежелание помогать, боязнь и отвращение, что добрый и впечатлительный человек делается врагом семьи, людей, самого себя. Я хотел бы уж ничего не иметь, чтобы они видели, что у меня ничего нет, и всему б конец.

С обхода я вернулся совсем разбитый. Семь посещений, бесед, лестниц, расспросов. Результаты: пятьдесят злотых и обещание складчины, по пяти злотых в месяц. Можно тут содержать двести человек?! Ложусь спать в одежде. Первый жаркий день. Не могу заснуть, а в девять часов вечера так называемое воспитательное заседание....

(...) Пожалуй, это я впервые забыл, что живу в десятом семилетии жизни, $7 \times 9 = 63$. С величайшей тревогой я ждал 2×7 . Быть может, именно тогда я услышал про это в первый раз. Цыганская семерка, 7 дней недели. Почему не победная десятка оных времен (число пальцев)? Помню любопытство, с которым я ждал, чтобы пробило 12 часов ночи. Должна была наступить эта перемена. Был там какой-то скандал с гермафродиткой. Я не уверен, было ли это именно тогда. Не знаю, боялся ли я, что могу проснуться девочкой. Случись так, я решил

скрыть этот факт любой ценой. Гепнер — 7×10 , а я — 7×9 . Если я прослежу свою жизнь, седьмой год принес сознание моей ценности. Я есть. Я вешу. Значу. Меня видят. Я смогу. Я буду.

14 лет. Гляжу. Наблюдаю. Вижу... Глаза у меня должны были открыться. И они открылись. Первые мысли о реформах воспитания. Читаю. Первые тревоги, беспокойства. То путешествия и романтические приключения, то тихая семейная жизнь, дружба (любовь) со Стасем. Основная мечта из многих-многих других: он ксендз, а я врач в том же маленьком местечке. Я размышляю о любви; до тех пор я только чувствовал — любил. С 7 и до 14 я беспрерывно был влюблен в ту или другую девочку. Интересно, что я многих запомнил. Две сестры из парка, двоюродная сестра Стаха (дедушка — итальянец), та в трауре, Зося Калхорн, Анелька, Ирэнка из Налэнчова, Стефия, для которой я рвал цветы с клумбы около фонтана в Саском саду. Здесь же маленькая канатоходка, я еще оплакивал ее тяжкую долю. Я любил неделю, месяц, порой 2—3 месяца. Одну я хотел бы иметь сестрой, другую — женой, сестрой жены... Мир, полный интереса, находился уже не вне меня. Теперь он был во мне. Я существую не для того, чтобы меня любили и мной восхищались, а чтобы самому действовать и любить. Не долг окружающих мне помогать, а я сам обязан заботиться о мире и человеке.

3×7 . На моем 7 году — школа, на 14 — религиозная зрелость, на 21 — армия. Мне было тесно уже давно. Тогда меня сковывала школа. Теперь мне тесно вообще. Я хочу завоевывать, бороться за новые просторы. (Может быть, эту мысль мне подало 22 июня, когда после самого длинного дня в году начинает ежедневно убывать по 3 минуты солнца. Незаметно и неуволимо, но неизменно на 3 минуты, и опять на 3 день меньше. Я сочувствую старости и смерти, теперь я уже менее в себе уверен и сам начинаю бояться. Надо многое завоевать и сделать, чтобы было из чего терять. Может быть, именно тогда зубной врач вырывает у меня первый постоянный зуб, который уже не вырастет. Мой бунт не против социальных условий, а против закона природы созрел. Стань на колени, целся и стреляй.)

4×7 . Потребность в безукоризненной деятельности на своем собственном участке. Я хочу уметь, знать, не лениться, не ошибаться. Я обязан быть хорошим врачом.

Продолжение на стр. 5 ↗

Начало на стр. 1, 2, 3, 4 ↗

Вырабатываю собственный образец. Не хочу подражать признанным авторитетам. (Все было тогда по-другому. И теперь еще бывают минуты, когда я чувствую себя юным, — передо мною большой кусок жизни, стоит планировать и начинать! Во втором и уже, несомненно, в третьем семилетии я чувствовал себя минутами таким старым, что уже все одно и то же, что уже слишком поздно, не стоит. Воистину жизнь — огонь: затухает, хотя масса топлива, или взметнется вдруг снопом искр и ярким пламенем, когда совсем было прогорела. И гаснет. Жаркий осенний день и сознание, что это уже последнее холодное июльское утро.)

5 × 7. Я выиграл в жизненной лотерее. Мой номер уже выпал. Ставка — ровно столько, что в этом розыгрыше не проиграю (если не рискну вновь). Это хорошо: я мог и проиграть. Зато потерял шанс на главный выигрыш, значительный выигрыш — жаль! Мне справедливо вернули то, что я потратил. Безопасно. Но серо — жаль. От одиночества не больно. Ценю воспоминания. Школьный товарищ — приятная беседа за стаканом черного кофе в случайной уютной кондитерской, где никто не помешает. Не ищу друга — знаю, не найти. Не стремлюсь знать больше, чем положено. Я заключил с жизнью договор: не будем мешать друг другу. Не пристало выпаривать глаза, да и бесполезно. Кажется, в политике это зовут: разграничить сферы влияния. Вот досюда, не дальше и не выше. Ты и я.

6 × 7. А быть может? Уже или еще есть время? Это зависит от... Сведем баланс. Имею, должен. Если 6 можно было знать, сколько еще лет, когда конец. Смерти я еще не чувствую в себе, но уже думаю о ней. Когда портной шьет мне новый костюм, я не говорю: это последний, но вот эти письменный стол и шкаф, наверное, переживут меня. Так без эксцессов и сюрпризов... Будут и суровые и мягкие зимы, и дождливые и знойные лета. И приятная прохлада, и бури, и пыль. И я буду говорить: 10, 15 лет не было такого града, такого паводка. Помню подобный пожар: я тогда был еще молодой, мне было — сейчас скажу — студентом я тогда был или школьником?

7 × 7. Что такое, собственно, жизнь, счастье? Лишь бы не хуже, лишь бы так, как сейчас. Две семерки встретились и учтиво раскланялись, рады, что именно так, и именно здесь, и при таких обстоятельствах. Газета — внешне лишь бессмысленное чтение. Да даже бы и так. Без газеты нельзя. Тут и передовые, и отрывки из повести, и некрологи, и театральные рецензии, и сообщения из суда. Кино — новый фильм. Новая повесть. Мелкие происшествия и мелкие объявления... Все это не столь интересно, сколь разнообразно. Кто-то попал под трамвай, кто-то что-то изобрел, у этого шубу украли, тому 5 лет тюрьмы. Этот хочет купить швейную машину, пишущую машинку, или продает пианино, или ищет 3 комнаты со всеми удобствами. Широкое русло, так сказать, величаво катящей свои волны Вислы, именно такой, как под Варшавой. Мой город, моя улица, мой магазин, где я всегда покупаю, мой портной, мое — и это самое главное — место работы. Лишь бы не хуже. Если можно было бы сказать солнцу «остановись», так это, пожалуй, сейчас. (Есть такой трактат — «О счастливейшем времени жизни» — и кто бы поверил — Карамзина. Ох, и надоел же он нам в русской школе.)

7 × 8 = 56. Как годы промелькнули! Именно промелькнули. Только вчера было 7 × 7. Ничего не прибавило и не убавило. Какая огромная возрастная разница: 7 и 14, 14 и 20. А для меня тот, кому 7 × 7, и тот, кому 7 × 8, — одногодки. Пожалуйста, не поймите превратно. Нет двух совершенно одинаковых листьев, капель, песчинок. У этого больше лысина, а у того седина. У этого вставные зубы, а у того одни коронки. Этот в очках, тот глуховат. Этот покрепче, тот еле ноги волочит. Но я говорю о семилетиях. Знаю: можно разделить жизнь и на пятилетия — и тоже сойдется. Знаю: условия жизни. Богатство, бедность. Успех, заботы. Знаю, война, войны, катастрофы. Да и то относительно. Одна особа в годах мне сказала: «Избаловала меня война, после трудно было опять привыкать». Даже нынешняя война многих избаловывает. И нет, кажется, никого, кто бы считал, что нехватка сил, здоровья, энергии — не из-за войны, а из-за этих самых 7 × 8 и 7 × 9.

Какие невыносимые сны! Вчера ночью: немцы, а я без повязки в недозволенный час в Праге. Просыпаюсь. И опять сон. В поезде меня переводят в купе, метр на метр, где уже есть несколько евреев. Этой ночью опять мертвецы. Мертвые тела маленьких детей. Один ребенок в лохани. Другой, с содранной кожей, на нарах в мертвецкой, явно дышит. Новый сон: я на неустойчивой лестнице, высоко, а отец опять и опять сует в рот кусок торта, большой, этакий с глазурью и с изюмом, а то, что во рту не помещается, раскрошенное, кладет в карман. В самом

7 × 8 = 56. Как годы промелькнули! Именно промелькнули. Только вчера было 7 × 7. Ничего не прибавило и не убавило. Какая огромная возрастная разница: 7 и 14, 14 и 20. А для меня тот, кому 7 × 7, и тот, кому 7 × 8, — одногодки.

21 июля 1942. Завтра мне исполняется 63 или 64 года. Отец несколько лет не оформлял мне метрику. Я пережил из-за этого ряд тяжелых минут. Мама звала это небрежностью, достойной наказания: как адвокат, отец должен был не затягивать этого вопроса. Я зовусь по деду, а имя деда Герш (Гирш). Отец имел право назвать меня Генриком, так как сам он получил имя Юзеф. И других детей дед назвал христианскими именами: Мария, Магдалина, Людвиг, Якуб, Кароль. И все-таки отец колебался и оттягивал. Я обязан посвятить отцу много места: я реализую в своей жизни то, к чему он сам стремился и к чему столь мучительно в течение стольких лет стремился дед. И мать. Но об этом после. Я — и мать и отец. Знаю это и поэтому многое понимаю.

Прадед мой был стекольщиком. Я рад: стекло дает людям тепло и свет. Тяжелое это дело — родиться и научиться жить. Мне осталась куда легче задача — умереть. После смерти опять может быть тяжело, но об этом не думаю. Последний год, последний месяц или час. Хотелось бы умирать, сохраняя присутствие духа и в полном сознании. Не знаю, что я сказал бы детям на прощание. Хотелось бы сказать многое и так: они вправе сами выбирать свой путь.

Десять часов. Выстрелы: раз, два, залп, два, один, залп. Быть может, это именно мое окно плохо затемнено. Но я не перестаю писать. Наоборот, мысль (отдельный выстрел) работает быстрее.

(...) 4 августа 1942.

1. Я полил цветы, бедные цветы детдома, цветы еврейского детдома. Пересохла земля вздохнула. К моей работе приглядывался часовой. Сердит его, умиляет ли этот мирный в шесть часов утра труд? Часовой стоит и смотрит. Широко расставил ноги.

2. Ни к чему старания вернуть Эстерку. Я не был уверен, в случае успеха окажу я ей этим услугу или поврежу. — Где она попала? — спрашивает кто-то. Быть может, не она, а мы попались (что остаемся)?

3. Я написал в комиссариат, чтобы выслали Адзя: недоразвит и злостно недисциплинирован. Мы не можем из-за какой-нибудь его выходки рисковать детдомом. (Коллективная ответственность.)

4. На Дзельную покамест одну тонну угля — к Розе Абрамовне. Кто-то спрашивает, в безопасности ли там уголь? В ответ улыбаюсь.

5. Пасмурное утро. Половина шестого. Будто и нормально начался день. Говорю Ганне: — Доброе утро. Она отвечает удивленным взглядом. Прошу: — Ну улыбнись же! Бывают бледные, чахлые, чахоточные улыбки.

6. Пили вы, господа офицеры, обильно и вкусно — это за кровь; в танце позванивали орденами, салютуют позору, которого вы, слепцы, не видели, вернее, делали вид, что не видите.

7. Мое участие в японской войне. Поражение — крах. В европейской войне: поражение — крах. В мировой войне... Не знаю, как чувствует себя и чем чувствует себя солдат победоносной армии...

8. Журналы, в которых я сотрудничал, закрывались, распускались — обанкрочивались. Издатель мой, разоряясь, лишил себя жизни. И все это не потому, что я еврей, а что родился на Востоке. Печальное могло бы быть утешение, что и пышному Западу худо. Могло бы быть, да не стало. Я никому не желаю зла. Не умею. Не знаю, как это делается.

9. «Отче наш, иже еси на небеси...» Молитву эту извляли голод и недоля. Хлеба засушного. Хлеба. Ведь то, что я переживаю, было. Было. Продавали вещи и одежду за литр керосина, за килограмм крупы, за рюмку водки. Когда один юнак, поляк, дружески спрашивал меня в комендатуре, как я выбрался из блокады, я спросил, не мог бы он «что-нибудь» по делу Эстерки. — Конечно, нет. Я поспешил сказать: — Спасибо на добром слове. Эта благодарность — бескровное дитя нищеты и унижения.

10. Я поливаю цветы. Моя лысина в окне такая хорошая цель. У него винтовка. Почему он стоит и смотрит? Нет приказа. А может, в бытность свою штатским он был сельским учителем, может, нотариусом, подметальщиком улиц в Лейпциге, офицером в Кельне? А что он сделал бы, кивни я ему головой? Помашу дружкой рукой? Может быть, он не знает, что все так, как есть? Он мог приехать лишь вчера, издавека...

...Януш Корчак отказался от предложенной в последнюю минуту фашистами свободы и предпочел остаться с детьми, приняв с ними смерть в газовой камере 6 августа 1942 г. И что можно к этому добавить! Лишь успокоительную молитву — Кадиш — созданную Александром Галичем. «Я никому не желаю зла. Не умею. Не знаю, как это делается...»



Памятник «Януш Корчак с детьми»

Тяжелое это дело — родиться и научиться жить. Мне осталась куда легче задача — умереть. После смерти опять может быть тяжело, но об этом не думаю.

...Януш Корчак отказался от предложенной в последнюю минуту фашистами свободы и предпочел остаться с детьми, приняв с ними смерть в газовой камере 6 августа 1942 г.

ИнтерНьюс

Глобальный фонд приостановил выдачу новых грантов до 2014 года

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией прекратит выдавать гранты. Как сообщает ВВС, по решению руководства организации финансирование новых проектов будет приостановлено до 2014 года. Это решение было принято в связи с финансовыми затруднениями, которые фонд испытывает в последнее время. В частности, организация планировала выделить на реализацию различных программ 20 миллиардов долларов. Однако общая сумма собранных средств составила лишь 11,5 миллиарда. Таким образом, Глобальный фонд не смог достигнуть даже запланированного минимума в 13 миллиардов долларов. По оценкам руководства организации, именно такой объем средств необходим для финансирования уже запущенных программ в течение ближайших двух лет. По словам представителей фонда, сокращение финансирования связано с изменениями в бюджетной политике разных стран, которые оказывали помощь организации. Ранее о временном прекращении многомиллионных отчислений заявило руководство Германии и Швеции. В качестве главной причины министр по вопросам экономического сотрудничества и развития ФРГ Дирк Нибель назвал коррупцию при распределении выделенных фонду средств. Так в апреле 2011 года Глобальный фонд подтвердил многочисленные факты хищений гуманитарных партий лекарств в 13 государствах, преимущественно африканских. Кроме того, организация на три месяца заморозила финансовую поддержку китайских программ после того, как власти страны не смогли отчитаться о расходовании трети средств, выделенных на поддержку неправительственных организаций.

Источник: bbc.com

Аспирин не стоит принимать здоровым женщинам с целью профилактики болезней сердца или инсульта

Из 50 женщин только одной поможет аспирин, считает доктор Дженис Дорестейн из Университетского медицинского центра в Утрехте. «Если вы не хотите зря кормить аспирином остальных 49 женщин, то лучше вообще его не давайте», — говорит он. В ходе исследования Дорестейн и его коллеги собрали данные о 28 тысячах здоровых женщин старше 45 лет. Половина из них получала 100 мг аспирина ежедневно. Другая половина — плацебо. Выяснилось, что прием аспирина уменьшил уровень сердечных приступов и инсультов с 2,4 до 2,2%. Скромный результат. Лучшее всего аспирин действует на женщин старше 65 лет. Сегодня ведущие медицинские организации, вроде Американской ассоциации кардиологов, советуют принимать аспирин всем, кто находится в группе риска. Голландские медики согласны с тем, что люди, которые уже пострадали от сердечного приступа или инсульта, должны принимать аспирин. Но для здоровых женщин есть гораздо более эффективные способы снизить риски инсульта и болезней сердца, чем аспирин. В первую очередь это контроль уровня артериального давления, диета и нормированные физические нагрузки, а также отказ от курения.

Источник: <http://www.reuters.com>

Заикание связали с нарушениями на внутриклеточном уровне

Американские ученые связали заикание с нарушением синтеза белков в клетке, сообщает пресс-служба Вашингтонского университета в Сент-Луисе. Исследование провела группа специалистов под руководством Стюарта Корнфелда. В феврале 2010 года Деннис Драйна и его коллеги из Национального института глухоты и нарушения речи США изучили геномы почти 400 пациентов, страдающих заиканием. Они выявили мутации в генах GNPTAB, GNPTG и NAGPA, которые регулируют синтез и функцию лизосомального фермента N-ацетилглюкозамин-1-фосфат трансферазы. Группа Корнфелда более подробно изучила мутации гена NAGPA, которые встречаются у заикающихся. Исследователи обнаружили три типа изменений этого гена. Все они приводили к структурным нарушениям белка, кодируемого этим геном. Две мутации вызывали такие нарушения структуры, при которых часть синтезируемого в клетке белка все же могла выполнять свою функцию. Однако третья приводила к тому, что белок полностью разрушался сразу после синтеза и не участвовал в транспорте веществ, подлежащих разрушению в лизосомах. По словам ученых, выявленные мутации NAGPA являются не просто генетическими маркерами заикания, но и непосредственно вызывают биохимические нарушения, которые приводят к указанному нарушению речи. На следующем этапе работы исследователи намерены аналогичным образом изучить мутации генов GNPTAB и GNPTG.

Источник: The Journal of Biological Chemistry

Доктор Андрей Владимирович Назаров представляет в этом и последующих номерах «Московского доктора» свои «ЭКГ-наблюдения и рассуждения». «Я работаю на скорой медицинской помощи г. Москвы в специализированной кардиологической бригаде. Решения требуется принимать быстро, основываясь на минимуме аппаратной диагностической информации, главным образом по результатам ЭКГ. Решения — единоличные и окончательные. Их правильность можно оценить только через некоторое время. Порой потом хочется тщательно обдумать принятое на вызове решение в более неторопливой обстановке: обсудить с коллегами и покопаться в первоисточниках. Результаты этих обдумываний жалько не сохранить, правда? Я их сохраняю в виде записей, предлагаемых вашему вниманию. В некоторых случаях обдумывать особо нечего, но очень уж поучительные наблюдения!» Коллеги, присоединяйтесь к обсуждению и делитесь своими клиническими наблюдениями!

Женщина, 62 года. Поступила на лечение в больницу 8 дней назад по поводу тромбоза глубоких вен левой голени с клиникой угрожающего нарушения венозного оттока от левой голени. Лечение с положительным эффектом. В ночь на сегодняшний день обратилась к дежурному врачу с жалобами на появившиеся ощущения нехватки воздуха и общую слабость. Выявлена гипотония 90/70, переведена в отделение реанимации, начата ингаляция кислорода. Учтены изменения ЭКГ в виде появления отрицательных зубцов Т во II, III, aVF отведениях, вызвана кардиобригада для исключения острой коронарной патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 89 в мин. ЭКГ-феномен S I — Q III. Инверсия зубца Т в II, III, aVF отведениях. Признаки перегрузки правого желудочка в виде смещения переходной зоны в V5, поворота вокруг продольной оси по часовой стрелке: ненормально глубокие зубцы S в V5 — V6. P-pulmonale во II отведении.

Обсуждение: и клиника, и ЭКГ-картина ТЭЛА.

До полноты картины не хватает только тахикардии, но данная ЭКГ снималась на фоне ингаляции кислорода.

Тактика: ТЭЛА является грозным заболеванием, при массивной ТЭЛА летальность до 70%. Но это заболевание — профили сосудистой хирургии, а не кардиологии. И формальный порядок действия таков: вызов выездного сосудистого хирурга для решения вопроса о переводе в специализированный ангиохирургический стационар.

В отдельных случаях кардибригаде приходится принимать решение о переводе пациента в специализированный ангиохирургический стационар самостоятельно, без взаимодействия с ангиохирургами, если явно времени на формальности нет.

В данном случае ситуация позволяла выполнить формальности: даны указания по терапии на месте и вызове к пациентке сосудистого хирурга.

Сосудистые хирурги являются специалистами выездными, очень загруженными по основному месту работы. Поэтому для их вызова на консультацию в другой стационар должны быть сформулированы веские причины.

Женщина, 78 лет. Живет одна, но почти ежедневно навещается родственниками (со слов родственников). При очередном визите была обнаружена в состоянии сопора: лежит в кровати, постанывает, на вопросы не отвечает, окружающих не узнает и никак на них не реагирует. Вызвана СМП. Прибывшей врачебной бригадой выявлена гипотония 80/30, глюкоза крови 15 ммоль/л, ЭКГ приводится. Вызвана КБ с поводом «кардиогенный шок», начато лечение: кубитальный катетер, допамин 4% — 5 мл в 250 мл физраствора в/в капельно, атропин 0,1% — 1 мл в/в повторно, суммарно 3 мл. После 40 минут лечения параметры гемодинамики никак не изменились.

Со слов родственников ранее переносила инфаркт миокарда, давность не известна; медицинских выписок, ЭКГ дома нет.

ЭКГ: полная AV-блокада с частотой желудочковых комплексов меньше 30.

Обсуждение: медикаментозное лечение не поможет, только электрокардиостимуляция. Установлен пищеводный электрод, навязан ритм 70 в мин, доставлена в кардиохирургическое (для установки постоянного электрокардиостимулятора) отделение стационара без ухудшения состояния.

Что важно обсудить:

В подобной ситуации есть альтернатива: эндокардиальная ВЭКС или чрезпищеводная. Но, во-первых, установка эндокардиального электрода гораздо более длительный процесс, чем пищеводного (на его запуск надо полминуты), во-вторых, инвазивная манипуляция на магистральном сосуде в нестерильных условиях (квартира, улица, общественное место) не оправдана. Ведь существует правило: врач СМП не должен проводить манипуляции, которые с большей безопасностью могут быть выполнены в стационаре.

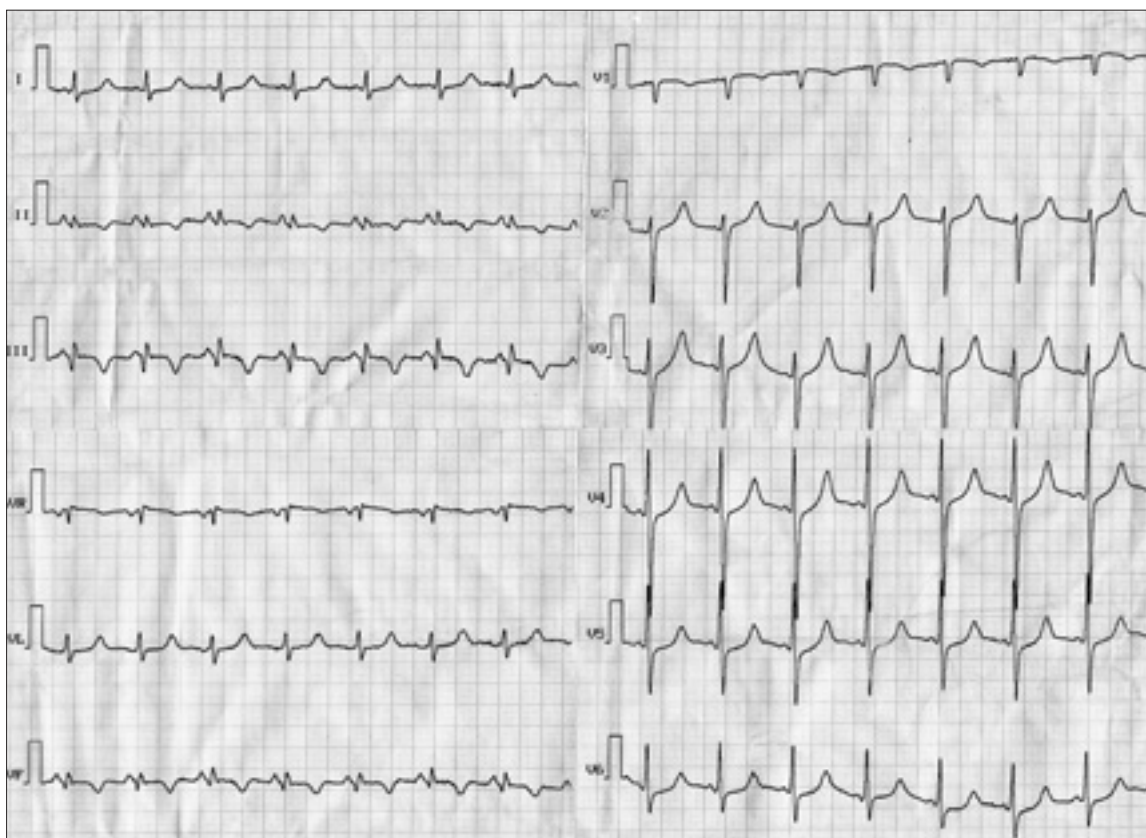
Работу и эффективность электрокардиостимулятора, конечно, потребует контролировать. Здесь надо понимать, что электрорегистрирующие приборы — кардиомонитор или электрокардиограф будут регистрировать импульсы от кардиостимулятора, даже если они не эффективны (не вызывают сердечных сокращений). На экране кардиомонитора будут регулярные, узкие, похожие даже на сердечные всплески. Это не сердечный ритм, а импульсы кардиостимулятора!

Проверить сердечный ритм можно:

- Самое лучшее — по пульсации на сонной артерии.

- Можно по пульсоксиметру, он регистрирует НЕ электрические сигналы. Только в данной ситуации надеяться, что пульсовая волна дойдет до пальцев кисти руки вряд ли можно (хоть бы до магистральных сосудов доходила!).

- По кардиомонитору, но только если вы видите истинно сердечные комплексы.

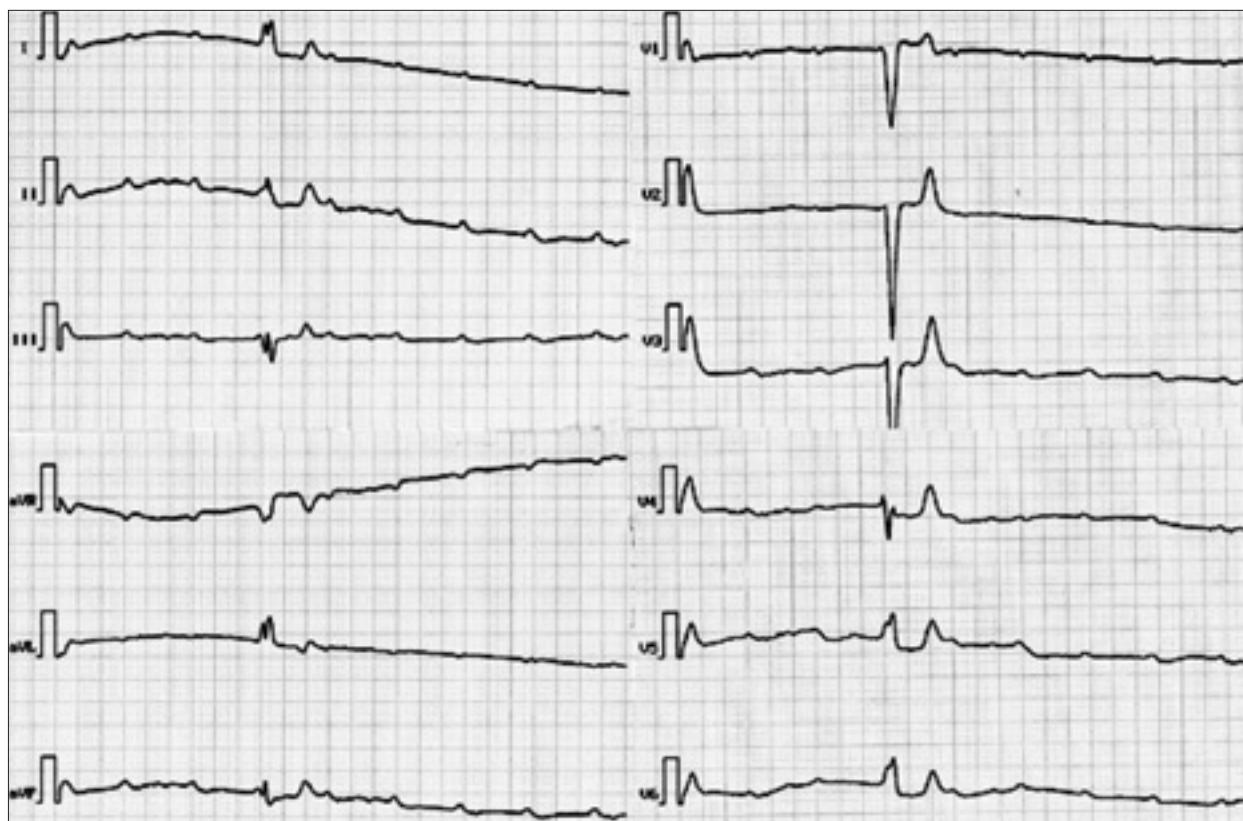


Например, рекомендуется пользоваться следующей «Шкалой вероятности ТЭЛА»: Возраст старше 65 лет — 1 балл; Тромбоз глубоких вен или ТЭЛА в анамнезе — 3 балла; Хирургическое вмешательство или травма в течении 1 мес. — 2 балла; Активная злокачественная опухоль — 2 балла; Боль в одной ноге — 3 балла; Кровохарканье — 2 балла; ЧСС 75 — 94 в мин. — 3 балла; ЧСС 95 и более в мин. — 5 баллов; При общем количестве баллов 0—3 вероятность ТЭЛА **низкая**. При коли-

честве баллов 4—10 — средняя. При количестве баллов 11 и более — **высокая**.

У нашей пациентки по этой шкале вероятность ТЭЛА бала **высокая**. Это весьма надежное обоснование для рекомендации пригласить сосудистого хирурга.

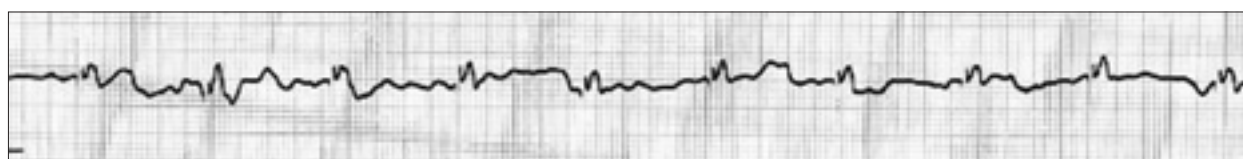
Вызывает некоторое недоумение отсутствие в этой прогностической шкале таких признаков, как гипотония (заслуживает 4—5 баллов) и острых ЭКГ-критериев ТЭЛА (не менее 10 баллов).



Пример: ЭКГ-протяжка нашей пациентки после атропина:



Пример: вид кардиокомплексов на экране и пленке кардиомонитора. Это истинные кардиокомплексы, а не всплески от кардиостимулятора:



ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ

От 20 сентября 2011 года.

Руководитель школы:

проф. Воробьев Павел Андреевич

Ведущий заседания:

проф. Ноников Владимир Евгеньевич

Рациональная антибактериальная терапия инфекций верхних дыхательных путей в амбулаторной практике, Б.С. Белов, НИИ ревматологии РАМН

Острый риносинусит

В России ежегодно поражаются по меньшей мере 10 млн чел., в США — каждый седьмой взрослый житель.

Синуситом называют воспаление слизистой оболочке околоносовых пазух. В зависимости от поражения тех или иных пазух различают верхнечелюстной синусит, или гайморит, этмоидит (воспаление лобной пазухи), сфеноидит (воспаление клиновидной пазухи), а также сочетанные поражения нескольких или всех пазух — полисинусит и пансинусит. Поскольку воспаление в пазухах неизменно сопровождается в той или иной степени выраженными воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа, к более широкому использованию рекомендован термин «риносинусит».

В зависимости от длительности заболевания различают:

- 1) Острый синусит: длительность болезни менее 12 недель и полное исчезновение симптомов после выздоровления.
- 2) Рецидивирующий синусит: от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, периоды между обострениями длятся не менее 8 недель, в это время симптомы заболевания отсутствуют, лечение не проводится).
- 3) Хронический синусит: наличие симптомов в течение более чем 12 недель.

Острый бактериальный риносинусит определяется европейскими рекомендациями как воспаление слизистой носа и околоносовых пазух с развитием двух или более симптомов, одним из которых должно быть затруднение носового дыхания или патологические выделения из носа, затекание отделяемого в носоглотку, болезненность при пальпации в области проекции придаточных пазух, снижение или отсутствие обоняния.

Острый бактериальный риносинусит развивается в 0,5—2% случаев ОРВИ. Бактериальная природа риносинусита предполагается в случаях прогрессирования симптомов после 5-го дня болезни или персистенции симптомов после 10-го дня болезни.

Острый бактериальный риносинусит. Начало болезни определяется как момент острого развития двух или более симптомов из следующих:

- а) затруднение носового дыхания;
- б) патологические выделения из носа и затекание отделяемого в носоглотку;
- в) болезненность при пальпации в области проекции придаточных пазух;
- г) снижение/отсутствие обоняния.

Оценка симптомов тяжести острого бактериального риносинусита проводится с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ):

- 0—3 см — легкая степень заболевания;
- 4—7 см — среднетяжелая форма заболевания;
- 8—10 см — тяжелая форма заболевания.

Диагноз острого риносинусита ставится на основании совокупности симптомов заболевания. Рентгенография пазух и диагностическая пункция пазух не считаются необходимыми для подтверждения диагноза. Уточнение степени тяжести заболевания позволяет решить вопрос о необходимости назначения системных антибиотиков. Микробиологическое исследование обычно не делается: дифференциальная диагностика между вирусной и бактериальной формами проводится на основании клинических данных.

Лечение острого риносинусита антибиотиками: подлежат только среднетяжелые и тяжелые формы синуситов. Основными критериями при решении вопроса о назначении антибиотика являются жалобы больного, анамнез, общее состояние и наличие гнойного отделяемого, данные дополнительных исследований (рентгенография, КТ, УЗИ и диафаноскопия) не позволяют различать вирусные и бактериальные поражения пазух и не являются показателями степени тяжести заболевания.

По данным Р.С. Козлова, этиологическая структура острого бактериального риносинусита: *streptococcus pneumoniae* 42%, *haemophilus influenzae* 25,5%, β-гемолитические стрептококки (кроме группы А) 15,5% *streptococcus pyogenes* 6,9%, *haemophilus parainfluenzae* 2,3%, *staphylococcus aureus* 1,7%.

Резистентность к антибиотикам пневмококков: пенициллин 11,2%, амоксициллин 0%, эритромицин 4,6%, азитромицин 7,3%, спирамицин 6,3%, клндамицин 4,5%, левофлоксацин 0%, тетрациклин 24,6%, котримоксазол 40%.

В 2010 г. достаточно высокая устойчивость пневмококков к природным пенициллинам — более 10%. При такой устойчивости антибиотик должен быть изъят из

формуляра, а его назначение решается для конкретного пациента после проведения микробиологического исследования. Этого в поликлинике сделать нельзя. Поэтому из антибиотиков выбирается амоксициллин. Он назначается в дозе 1,5—3 г в сут., в 3 приема, 10—14 дней. Если пациент β-лактамы не переносит, выбор идет между макролидами и респираторными фторхинолонами, но респираторные фторхинолоны противопоказаны лицам моложе 20 лет.

Одно из преимуществ современных лекарственных форм солидаб (растворимые таблетки) — биодоступность порядка 90% и более. Принципиальное значение имеет меньший риск нежелательных лекарственных реакций со стороны ЖКТ в связи с более низкой остаточной концентрацией препарата в кишечнике.

Как мы оцениваем эффективность? Дали антибиотик и где-то на 3-й день отмечаем, есть эффект или нет. В тех ситуациях, когда эффекта мы не наблюдаем, мы меняем амоксициллин. Если был прием антибиотиков в течение предшествующих 4—6 недель, мы делаем ставку на амоксициллин-клавуланат. В тех ситуациях, когда пациент не переносит аминопенициллины, можно заменить его на цефуроксим, а при непереносимости β-лактамов антибиотиков — на респираторные фторхинолоны. Амоксициллин-клавуланат также есть в форме солидаб.

Следующая широко распространенная патология верхних дыхательных путей — это ангина (острый тонзиллит). Виновник всех бед — гемолитический стрептококк группы А. Весьма большое количество заболеваний вызывает этот стрептококк, но мы сегодня сделаем упор на ревматическую лихорадку. С 2003 г. в нашей стране термин ревматизм изъят из употребления, все что называли «ревматизмом в активной фазе» называется острой ревматической лихорадкой. Ревматизм в неактивной фазе — это хроническая ревматическая болезнь сердца.



Новая номенклатура ревматической лихорадки: постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита. Единственный возбудитель способен вызывать это заболевание.

У взрослых вроде бы поводов для беспокойства особых нет, но и поводов для радости тоже: если в целом по России диагноз установлен впервые в жизни в 1,7 случаев на 100 тыс. населения, в Чеченской республике, республике Татарстан и в Алтайском крае показатели существенно выше. С ревматическими пороками сердца, установленными впервые в жизни, в Москве — 0,7 на 100 тыс., в Питере — вдвое больше чем по России в целом. На северном Кавказе чуть выше. Лидеры — Чечня, Татарстан и республика Якутия.

Два года назад был поставлен вопрос: мы победили ревматизм? Вот ответ. В середине 90-х годов академик Беляков В.Д. прочитал у нас лекцию, посвященную эпидемиологии высоко вирулентной инфекции. Высоко вирулентная А-стрептококковая инфекция, например скарлатина, в России за 100 лет, наряду с 2—4-летними колебаниями в своем эпидемиологическом процессе, претерпевает 3 пика, сопровождающиеся вспышками, в том числе и острой ревматической лихорадкой. Виталий Дмитриевич поставил вопрос: современный переходный период от доброкачественной к злокачественной инфекции свидетельствует о том, что человечеству предстоит решающее сражение подобно тому которое было в начале XX века. Вопрос, кто победит: человеческий разум или пластика стрептококковой инфекции. Мы вступаем в XXI век, в первой половине которого стрептококковая инфекция должна проявить свою мощь, так как это было в начале XX века. В конце концов, от нашей организованности зависит исход сражения.

В США к началу 80-х годов каждый случай острой ревматической лихорадки подлежал публикации в журнале. Но в середине 80-х годов США погружаются в пучину вспышек острой ревматической лихорадки, основные очаги в Калифорнии, Юте, Техаса, Огайо, Пенсильвании. Частота острой ревматической лихорадки возросла в 5—12 раз в 24 штатах. Вот вам и победа над стрептококковой инфекцией.

Как писал профессор Вэзи, директор детской клиники в штате Юта, который первый столкнулся с данной вспышкой, неожиданное возрождение острой ревматической лихорадки показало нашу уязвимость разрушительному действию микробов, которое, как мы полагали, находится под контролем.

Во главу угла острой ревматической лихорадки ставится антибактериальная терапия. Сравнительное рандомизированное исследование, посвященное эффективности пенициллина, было проведено на 2 базах ВМС США в конце 40-х годов. Одним солдатам по поводу ангины давали пенициллин, другим не давали ничего. У тех, кому давали пенициллин, частота заболевания составила 0,1%, в контроле — 2,3%. В 23 раза выше.

Некоторые особенности стрептококковых тонзиллитов: в отличие от респираторных вирусных инфекций, это заболевание имеет зимне-весенний период. В идеале каждый случай тонзиллита надо обследовать микробиологически, на худой конец выполнить экспресс-диагностику А-стрептококкового антигена. В России появился так называемый стрепто-тест позволяющий верифицировать стрептококковую этиологию в течение 3—5 минут.

Можно использовать дифференцированную шкалу Макайзенга: оценивается наличие лихорадки, кашля, пальпируемость подчелюстных лимфоузлов, и состояние миндалин. 0—1 бал — антибактериальная терапия не показана, 2 балла — по усмотрению лечащего врача, (решающая роль — выраженность интоксикации), 3—5 баллов — нужна терапия антибиотиками. Эта шкала может не назначать антибиотики там, где это не нужно.

Феноксиметилпенициллин: конец XX века характеризуется высоким процентом неудач применения пенициллинов при лечении А-стрептококковых инфекций. Связано это с низкой комплаентностью, и ко-патогенностью: продукция β-лактамаз микробами ко-патогенами.

Их в глубоких слоях миндалин при хронических процессах достаточно много, в первую очередь — золотистый стафилококк и та же гемофильная палочка которая продуцирует β-лактамазы. Все остальные феномены скорее теоретические, проникновение бактерий внутрь клетки, формирование биопленок.

Тонзиллит как проявление инфекционного мононуклеоза может дебютировать у 1/3 детей. Если давать аминопенициллин при тонзиллите, вызванном не гемолитическим стрептококком, в лучшем случае будет сыпь, в худшем — выраженная реакция непереносимости. Поэтому для детей в качестве препарата первого ряда рассматривается феноксиметилпенициллин, который по-прежнему работает. Важно четкое соблюдение

правил: принимать через 1,5—2 часа после приема пищи, так как биодоступность его снижается при приеме пищи. И обязательно принимать 10 дней! Это залог успеха.

Бензилпенициллин в виде однократной инъекции назначается при определенных клинико-эпидемиологических ситуациях. Во всех остальных ситуациях подросткам и взрослым лучше назначать амоксициллин. Когда назначаем бензилпенициллин: однократную инъекцию при низкой комплаентности. К вам приходит на прием подросток шалопай или взрослый, который очень занят, делаете одну инъекцию бензилпенициллина, и этой дозы вполне хватит для полной эрадикации. Еще, если имеется острая ревматическая лихорадка или ревматическая болезнь сердца в анамнезе, неблагоприятные социально-бытовые условия у пациента. При вспышках А-стрептококковых инфекций в коллективах — антибиотик назначается каждому заболевшему. Не надо колоть пациентов бензилпенициллином по 500 000—1 000 000 ЕД 4 раза в день в течении 10 дней! Достаточно 1-й дозы бензилпенициллина.

Что происходит с макролидами. Буквально в начале 2011 г. появились данные по Латвии: частота резистентности А-стрептококков к макролидам 78%. В Европе: 12—17, 20, 44% и выше. У нас пока устойчивость к макролидам около 8%. А вот конкретно по антибиотикам. Пенициллин — 0%, эритромицин — 3—9%, азитромицин — 5—14%. Высока частота устойчивости стрептококков к тетрациклинам, доксициклин совершенно не показан. Макролиды по антистрептококковой активности одинаковы. На эритромицине наиболее часто по сравнению с другими макролидами нежелательные лекарственные

Начало на стр. 7

реакции со стороны кишечника, что объясняется прокинетиическим эффектом эритромицина. Джозамицин имеется в лекарственной форме солиотаба, наряду с немногими макролидами этот препарат разрешен при беременности и грудном вскармливании. Азитромицин по 0,5 в 1 день, затем по 0,25 в течение 5 дней. Дети — 12 мг/кг.

В начале 90-х годов, когда началось активное внедрение азитромицина в клиническую практику, появляется исследование, что 3-дневное применение азитромицина сопоставимо с 10-дневным курсом лечения пенициллином. В 94 г. в России утверждается инструкция применения азитромицина для лечения тонзиллита по 500 мг 3 дня. Но 3-дневная схема уступает по эрадикации препаратам сравнения, тому же пенициллину, тому же кларитромицину.

Метаанализ 2010 года, сопоставляющий краткосрочную и стандартную антибиотикотерапию острого стрептококкового фарингита у детей. Оказывается, что схема, которая принята у нас для лечения детей, дает максимальный процент бактериологического рецидива. Когда сопоставили 5-дневные курсы азитромицина, оказалось все более-менее похоже. FDA не пошла на поводу у компании, которая промотировала свой азитромицин, и в американской инструкции мы читаем: «Фарингит, тонзиллит, терапия 2-й линии, 500 мг 1 раз в первый день, затем 250 мг в день 2—5-й дни. Дети — 12 мг на кг в течение 5 дней». В 2009 г. выходят рекомендации американской ассоциации, посвященные профилактике ревматической лихорадки и терапии острого стрептококкового фарингита: азитромицин — 12 мг/кг 1 раз в день и максимум по 500 мг 5 дней. Кстати, насколько мне известно, на очередном заседании Форумного комитета предлагается внести изменения в детскую схему и исправить ее на 5-дневную.

Рецидивирующий А-стрептококковый тонзиллит — часто сопутствующая ко-патогенная β-лактомаз-продуцирующая флора. Поэтому назначаются ингибитор-защищенные пенициллины, в частности амоксициллин клавуланат. Стандартная схема в течение 10 дней, в качестве альтернативы может быть выбран цефуроксим, линкомицин или клиндамицин. Это препараты глубокого резерва. Мы их рекомендуем назначать пациентам с непереносимостью β-лактамовых антибиотиков и макролидов. Линкомицин и клиндамицин применяются как препараты первой линии для лечения инфекций костей и суставов и при профилактике инфекционного эндокардита у пациентов после операции при пороках сердца.

Сегодня надежды связаны с созданием противострептококковой вакцины. Эта 26-валентная А-стрептококковая вакцина позволяет защитить пациентов от 85—93% штаммов острой ревматической лихорадки, но необходимы исследования с привлечением большого количества испытуемых для оценки побочных эффектов.

Вопрос П.А. Воробьева: А как у нас с профилактикой ревматической болезни? Значит, я чувствую, что эта эпидемия надвигается все-таки? Если 10 лет назад мы обсуждали это как что-то заоблачное, то сейчас...

Докладчик: Мы вновь должны вернуться к бициллину 5. Мы проводили в конце 90-х сравнительное исследование фармакокинетики и показали, что наш препарат не держит противострептококковую концентрацию пенициллина больше 15 дней.

В.Е. Ноников: О ревматизме говорить не берусь. В докладе было сказано, что педиатр часто видит осложнения после приема аминопенициллина, когда им за ангину принимается инфекционный мононуклеоз. В мире при инфекционном мононуклеозе запрещено применять аминопенициллин, как раз из-за того, что он вызывает побочные эффекты. Когда у человека аллергия на пенициллин, аллергия на аминопенициллин, ну так это ж к пенициллину — считает врач, и назначает ему по поводу пневмонии цефатоксин. И у больного развивается аллергический альвеолит, потому что все β-лактамы, пенициллины, аминопенициллины, цефалоспорины и карбопенымы, все эти антибиотики, хотя они относятся к разным группам, но в основе — β-лактамовое кольцо. Если была аллергия к пенициллину или аминопенициллину, можно дать или макролиды, или респираторные фторхинолоны. Данные, которые приводились по резистентности стрептококков и пневмококков к тому же бисептолу и тетрациклину — это истина. Мое отделение отказалось совсем от применения этих антибактериальных средств. Они применялись в нашей стране как ниагарский водопад. Кому назначались тетрациклины? Да каждому, кто обращался с температурой и любыми респираторными жалобами.

Профессор Самсонов Алексей Андреевич, кафедра педиатрии внутренних болезней МГМСУ. «Возможно ли излечить хронический гастрит?»

Глубокоуважаемые коллеги, позвольте из области глотки спуститься в вечную тьму желудка. По дополненной сиднейской классификации, которая учитывает различные виды гастрита, прежде всего основываясь на морфологической картине, на степени выраженности, распространенности, последствиях хронического воспалительного процесса и степени атрофии. Мы различаем хронический неатрофический гастрит, безусловно вызванный *helicobacter pylori* (до 90% случаев), хронический атрофический гастрит (тоже вызван *helicobacter pylori*), но есть нюансы, мультифокальный гастрит, антральный гастрит. Отдельно стоит аутоиммунный гастрит, который приводит в конце концов к атрофии слизистой оболочки с последующим В₁₂-дефицитом. И тут обсуждается роль *helicobacter pylori* как пускового

механизма. Особые формы гастрита, которые выходят за рамки нашего сегодняшнего разговора.

Под атрофическим гастритом понимают ситуацию, которая прогрессирует, приводя к редукции желез, метаплазии, дисплазии и в дальнейшем, возможно, неоплазии. В результате атрофии возникает потеря, и не столько потеря, сколько замещение всякой сорной растительности, если проводить аналогию с вишневым садом, и на этом фоне могут появиться и более серьезные представители патологии, о которых мы должны думать и профилактику которых мы должны проводить. Рассматривая длительно прогрессирующий атрофический процесс, должны думать о малигнизации.

Мы не можем обойти *helicobacter pylori*, который вызывает и поддерживает хроническое воспаление и приводит, в конце концов, к атрофии. Какова распространенность этого патологического эффекта? Если посмотреть на карту нашей страны с частотой распространенности *helicobacter pylori*, то окажется, что распространенность этого патологического агента на достаточно высоком уровне, и азиатские регионы лидируют.

Эндоскопически косвенно по визуальным признакам можно заподозрить эту патологию: внутренние эрозии, узелковые гранулематозные изменения антрального отдела желудка. Именно в антральном отделе желудка *helicobacter pylori* себя прекрасно чувствует, там стимулирует кислотообразование, питаясь мочевиной, выделяя амиак. Амиак зашелачивает, запускает гастритный механизм гиперхлоргидрии. Гиперхлоргидрия — повышенное закисление в 12-перстной кишке. Метаплазия желудочная в 12-перстной кишке — путь к язве 12-перстной кишки.

Гастрит — это морфологическое понятие, может вообще не сопровождаться никакой клинической картиной. Клиника болезни появляется тогда, когда появляются нарушения моторики. Если нарушения моторики не произошли, а имеются даже грозные морфологические изменения, никаких клинических проявлений быть не может.

И потому скрининг этой инфекции может быть затруднен. Если нет симптомов, но есть эндоскопические признаки поверхностного или атрофического гастрита, которые всем эндоскопистам прекрасно известны, и, наконец, микроскопические признаки *helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита, который выражается в инфильтрации лимфоцитами и плазмощитами, нейтрофилами. Это воспаление.

Конечно, проводя морфологическое исследование, патологоанатом обязан взять биопсию, в ней оценить степень инфильтрации в баллах от 0 до 3. Особенно важно естественное распространение атрофического процесса на тело желудка. Потому что в антральном отделе не так все страшно. А вот когда *helicobacter pylori* распространяется на тело желудка, то развиваются желудочные язвы. Лейкоцитарная инфильтрация — это реальная угроза не только атрофических процессов, но и язвенных поражений, метаплазии и неоплазии.

Патологоанатом Масима Руджи из Падуйского университета, который возглавил группу патологоанатомов. Ими была представлена система оценки определения стадий гастрита и система OLGA. Эта система предопределяет оценку выраженности атрофии в антральном отделе, теле, с топографией поражения желудка, со степенью распространенности атрофии. Через стадию процесса и именно в стадию процесса была вложена вся опасность развития рака. Чем выше стадия, тем более выражена атрофия, тем больший объем поражения, тем выше риск развития рака желудка. Вот стадии гастрита: нет атрофии — 0 баллов, атрофия до 30% — 1 балл, 31—60% — 2 балла, больше 60% — 3 балла.

Я хочу остановить ваше внимание на новой классификации, она очень похожа на Сиднейскую классификацию. В чем тут нюансы? Когда отсутствует атрофия — это понятно, что такое неопределенная атрофия — это когда картина снижения числа желез, но на самом деле они раздвинуты за счет воспаления. Истинного уменьшения желез нет. Сама атрофия делится на метапластическую и неметапластическую. При неметапластической есть лишь уменьшение количества желез и фиброзные изменения, а при метапластической — замещение желудочных желез тела желудка пилорическими железами.

Система OLGA оценивает выраженность воспалительной ситуации и атрофии, отражает динамику гастрита. От обратимого воспаления, в том числе под действием *helicobacter pylori*, до выраженной атрофии. Наша школа патоморфологов разработала свои подходы, которые тесно пересекаются с системой OLGA. Важно, чтобы эндоскописты и морфологи этой проблемой озадачились и выявляли тяжелые степени атрофии желудка.

Связь атрофического гастрита с *helicobacter pylori* на сегодняшний день доказана многочисленными метаанализами. Связь *helicobacter pylori* и рака желудка также доказана, и *helicobacter pylori* является канцерогеном первого порядка. Иррадиация *helicobacter pylori* статистически снижает частоту рака желудка на 33%. И иррадиация *helicobacter pylori* как профилактика рака желудка встает во главу угла скрининга инфекции *helicobacter pylori* для того чтобы не только эрадикацию проводить, но и практически проводить эрадикацию рака желудка.

Есть отдельные работы, которые говорят, что атрофию все-таки можно остановить, однако исследований таких пока что мало. Но если это будет, то другого пути, кроме как эрадикация этиологического фактора этого процесса, нет. Без эрадикации мы с вами ничего не сделаем.

Какие показания к проведению эрадикационной терапии? Ну, это все те же показания, которые были представлены на Маастрийтских совещаниях применительно к гастриту: атрофический гастрит, состояние после резекции желудка по поводу рака, ближайшие родственники больных с раком желудка, ну и так же по желанию пациента после консультации с врачом, если он осознает все возможные последствия своего заболевания. К сожалению, хеликобактер не безучастен к нашим воздействиям. Сопротивляется. Для борьбы с хеликобактером мы применяем тот же арсенал антибиотиков. Тройная терапия. Флемоксин солиотаб амоксициллин, к которому резистентность хеликобактера отсутствует, кларитромицин, 70% успеха эрадикации за счет кларитромицина. К нему у нас резистентность достаточно высока, но только в отдельных регионах она превышает допустимый уровень, в том числе в нашей стране уровень резистентности допускает применение кларитромицина.

Что же нам помогает на сегодняшний день сохранять кларитромицин и противодействовать развитию резистентности? Как ни странно, другой препарат, который был предложен еще после открытия хеликобактера, это коллоидный субстрат висмута. У нас это препарат Де-нол. Он обладает уникальным действием: кроме мощного антимикробного действия, обладает еще гепатопротективным свойством. За счет стимуляции образования простагландинов, снижения активности пепсина, связывания солей желчных кислот, он образует защитную пленку на язвах, и таким образом защищает дефекты от дальнейшего воздействия соляной кислоты, пепсина и компонентов 12-перстной кишки. Усиливая секрецию слизи, бикарбонат улучшает микроциркуляцию, стимулирует регенерацию. И ко всему прочему в тандеме с метранидозолом и особенно с кларитромицином он позволяет преодолеть резистентность хеликобактера к этим антибиотикам. К сожалению, очень широкое использование метранидозола привело к тому, что резистентность к нему уже давно превышает всякие допустимые пределы.

Препарат висмута применим к хроническому атрофическому гастриту практически на всех стадиях. Без грубого вмешательства в физиологию желудка препарат Де-нол помогает, поддерживает регенерацию, если не останавливает, то существенно помогает восстановлению слизистой оболочки желудка. Препарат висмута обладает способностью блокировать свободные кислотно-радикальные процессы, индуцированными различными воздействиями.

Если чувствительность препаратов не определялась или нет данных, то надо назначать вторую линию — ингибиторы протонной помпы, кларитромицин, метронидазол, амоксициллин, и добавлять препараты висмута. Особенно в регионах с высокой резистентностью.

Метронидазол тетрациклин, висмут и тройная терапия с левофлоксацином, нитрофураны, фуразолидон с успехом могут применяться как терапия после неудачи первой линии. Последовательная терапия была предложена в Италии: 5 дней лечим ингибиторами протонной помпы и амоксициллином, а далее применяем ингибиторы протонной помпы, кларитромицин, метронидазол, также 5 дней. По-видимому, в течение первых 5 дней уничтожаются кларитромицин-резистентные штаммы, и потом хеликобактер становится чувствителен к кларитромицину. Обсуждается также действие кларитромицина на биопленки. Последовательная терапия дает обнадеживающие результаты. В Санкт-Петербурге в последовательную терапию попробовали включить препарат Де-нол и получили очень хороший результат — 95%.

В.Е. Ноников: Я всегда смотрю за реакцией аудитории, и мне кажется, мы сегодня выслушали два прекрасных доклада, которые нас много чему научили. Давайте поблагодарим докладчиков.

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Божарев И.Н., Бурков С.Г., Бурычев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гуева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Заирьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков Н.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «НьюДиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «НьюДиамед»!