



Профессор О.С. ЛЕВИН: «Наиболее важное для профессии врача качество человека – эмпатия»

Редакция журнала «Эффективная фармакотерапия» искренне поздравляет Олега Семеновича ЛЕВИНА, д.м.н., почетного профессора кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, с 30-летием научной деятельности и желает долгих лет творчества, открытий и достижений!



И.С. Преображенская: Олег Семенович, насколько я знаю, вы отмечаете 30-летний юбилей профессиональной деятельности.

О.С. Левин: Я бы сказал, что я отмечаю не юбилей профессиональной деятельности, а 30-летие научной деятельности, которые, как часто бывает, совпали по своим контурам.

И. П.: С какой именно даты отсчитываем 30 лет?

О. Л.: С тех пор как я появился в московской больнице им. С.П. Боткина в ранге ассистента кафедры неврологии по приглашению заведовавшего тогда кафедрой профессора В.Н. Штока. За плечами у меня были интернатура по неврологии в Калининградской областной больнице, работа по распределению в Центральной районной больнице г. Славска Калининградской области, клиническая ординатура и аспирантура в клинике нервных болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. С этого места началась моя самостоятельная научная биография.

И. П.: С чего в целом начался ваш путь в медицине?

О. Л.: С поступления в Калининский государственный медицинский институт (КГМИ, сегодня – Тверской государственный медицинский университет), который, по сути, появился



Актуальное интервью

после Великой Отечественной войны, в 1954 г., в результате перемещения и реорганизации Ленинградского медицинского стоматологического института. Это было время, когда в очередной раз пытались сблизить столицы и регионы. Ленинград решил в рамках этой программы «поступиться» недавно образованным стоматологическим институтом, переведя его в Калинин (Тверь). Решение оказалось на удивление удачным... Часть преподавателей также были передислоцированы из Ленинграда. Особенно вспоминается Иван Сергеевич Кудрин, который преподавал анатомию. Седой профессор преклонных лет читал лекции по ленинградски элегантно и остроумно. Помню его лекцию по эволюции черепа млекопитающих, которую он рассматривал как череду теорий и про каждую говорил, «что это была замечательная теория, она все объясняла, но у нее был небольшой недостаток – она была неверна». Сейчас это назвали бы мемом.

За прошедшие десятилетия я часто вспоминал эти слова, наблюдая за блеском и нищетой появляющихся очередных теорий.

И. П.: Почему же неврология? Чем обусловлен выбор направления?

О. Л.: Неврология сама собой кристаллизовалась. Я, по сути, выбирал между иммунологией, кардиологией и неврологией. И первоначально больше склонялся к иммунологии.

И. П.: И какие были аргументы в пользу иммунологии?

О. Л.: Наверное, системность и универсальность иммунологии, развитие представлений об иммунитете как о сложном и многокомпонентном процессе защиты от всего чужеродного. На меня произвели впечатление лекции по иммунологии профессора Константина Алексеевича Лебедева, работавшего

в Московском медицинском стоматологическом институте. Например, считалось, что лимфоциты «не шляются где попало, а идут туда, где они нужны, то есть в очаг инфекции». Именно поэтому в крови их становится меньше. Как будто небольшое наблюдение, а все разворачивается совершенно с иной стороны. Иммунология тогда очень активно развивалась, появлялось много новых данных, и это действительно было очень интересно.

И. П.: Почему же все-таки неврология?

О. Л.: Скорее всего, благодаря доценту КГМИ Борису Матвеевичу Тихомирову, который у нас преподавал неврологию на четвертом курсе и был не только отличным неврологом, замечательным педагогом, но также своеобразным и оригинальным человеком. После того как я сдал зачет, он мне тихо сказал: «Идите в неврологию, у вас неврологическая голова». С тех пор и живу с неврологической головой.

И. П.: Интересно, у меня почти то же самое было. Давид Рувимович Штульман сказал мне на экзамене: «Вам надо идти в неврологию». А я к тому моменту вовсе не собиралась становиться неврологом. Кстати, какие неврологи оказали влияние на ваше профессиональное становление?

О. Л.: Наверное, какого-то одного человека, которого я мог назвать бы своим учителем, нет. Но несколько имен приведу. Например, во время обучения в интернатуре в Калининградской областной больнице меня курировала Валентина Дмитриевна Шабанова. Я запомнил ее как строгого и справедливого педагога. Безусловно, Николай Николаевич Яхно, которому я обязан не только обучением в ординатуре и аспирантуре, но и своей научной направленностью. И конечно же, Давид Рувимович Штульман.

И. П.: С чем было связано первое научное направление, первый интерес?

О. Л.: Формально первый интерес был связан с участием в написании статьи по проблеме нейросифилиса в 1991 или 1992 г., еще в ординатуре. Статья была написана под руководством Юрия Васильевича Мозолева, которому я также обязан своим интересом к полиневропатии.

И. П.: Почему именно нейросифилис? Был какой-то интересный пациент?

О. Л.: Я бы не сказал, что это был очень интересный больной. Он был глухой, причем глухота была двусторонней. И то, что это оказался нейросифилис, стало большой неожиданностью.

Потом в моей жизни началась эпоха Д.Р. Штульмана. Надо сказать, что это не он меня к себе позвал, но я нашел в его лице человека, которому можно задавать любые, в том числе дурацкие вопросы, и не потому что хотелось как-то засветиться или обозначиться, а потому что было очень интересно.

И. П.: Может быть, это были вовсе не дурацкие вопросы?

О. Л.: Возможно, в любом случае я получал на них развернутые ответы. Я часто оставался с Давидом Рувимовичем уже после того, как он заканчивал прием. Мы обсуждали разные темы – от музыки до кино, от общей медицины до политики. Надо сказать, что Давид Рувимович никогда не навязывал свое мнение и умел искренне удивляться. Умение удивляться – это то, что надо максимально в себе сохранять, ведь если все ясно, то нет и повода двигаться вперед.

И. П.: Кстати, про дурацкие вопросы... Однажды я спросила Давида Рувимовича: «Можно я вам задам дурацкие вопросы?» Он мне ответил: «Конечно, на все твои дурацкие вопросы я дам тебе свои дурацкие ответы».



Актуальное интервью

Олег Семенович, когда вы пришли ассистентом на кафедру неврологии Российской медицинской академии последипломного образования, какое у вас было самое первое направление научной деятельности? Наверное, сосудистая патология? Дисциркуляторная энцефалопатия?

О. Л.: Нет, с того момента я начал активно заниматься экстрапирамидной патологией, которая меня всегда привлекала, а дисциркуляторная энцефалопатия – это, по сути, моя первая научная тема, которой я занимался в рамках подготовки кандидатской диссертации под руководством Н.Н. Яхно. Одна из наиболее топовых моих работ по дисциркуляторной энцефалопатии имеет большое количество цитирований. Н.Н. Яхно тогда издавал двухтомник под названием «Достижения нейрogerиатрии». Мы с Игорем Владимировичем Дамулиным написали статью, посвященную патологии белого вещества. Эта статья позволяла по-новому взглянуть на проблему дисциркуляторной энцефалопатии, которая актуальна до сих пор. Я не так давно ее перечитал и понял: то, что мы с Игорем Владимировичем писали тогда, актуально и сегодня. Я не изменил бы ни одного слова.

И. П.: Иначе говоря, эта работа была на тот момент новаторской?

О. Л.: Мы в ней впервые обозначили, что атеросклероз не имеет большого значения в развитии дисциркуляторной энцефалопатии. Хроническим это состояние делает не постепенное медленное прогрессирующее снижение перфузии, а постоянное воспроизведение условий для развития повторяющихся преходящих ишемических эпизодов. В этой работе впервые дисциркуляторная энцефалопатия была связана с патологией мелких сосудов. То, что в настоящий момент общепризнанно, тогда было весьма

неожиданно. И кстати, эту идею приняли не сразу, а только спустя лет десять. Сегодняшняя аксиома тогда была абсолютно новой концепцией.

И. П.: Когда возник интерес к экстрапирамидной патологии?

О. Л.: На тот момент он уже был. Интерес возник, как ни странно, в доме престарелых в г. Пионерский Калининградской области. Нас отправили туда во время обучения в интернатуре, чтобы мы осмотрели пациентов, многие из которых страдали тяжелыми расстройствами движений и десятилетиями жили в этом доме. Как раз в это время я должен был написать итоговую работу или реферат по окончании интернатуры. И я выбрал именно экстрапирамидные расстройства, на что, по всей видимости, натолкнули меня наблюдения за пациентами в Пионерском. Когда я наткнулся на эту «детскую» работу, я понял, что некоторые ее забавные моменты не так наивны, как казалось. Я подумал, что экстрапирамидные нарушения имеют свой язык. И чтобы их диагностировать и успешно лечить, надо этот язык увидеть и осознать, понять, о чем говорит тот или иной синдром, о поражении каких базальных ганглиев свидетельствует. С тех пор я пытаюсь найти язык экстрапирамидных расстройств.

И. П.: Получилось создать словарь для этого языка, чтобы и другие тоже могли его понимать?

О. Л.: Да, почти. (Смеется.)

И. П.: На каком языке надо разговаривать с экстрапирамидными расстройствами? На языке эмоций, на языке познания, на языке движений?

О. Л.: Надо уметь видеть двигательный репертуар. Например, болезнь Паркинсона. Как мы ее узнаем? По очень ограниченному двигательному репертуару.

Пациент не может нормально повернуться, не в состоянии оторвать ногу от пола, его движения замедленны и лимитированны. Хотя, надо сказать, мы до сих пор не знаем, какие именно формы движения выпадают при этом заболевании. Считается, что при поражениях базальных ганглиев нарушаются произвольные, наоборот, сохраняются. Но при болезни Паркинсона приблизительно в равной степени страдают и произвольные, и непроизвольные движения. Быстрые и медленные движения страдают в разной степени, причем медленные страдают больше, чем быстрые. Если человек сумеет мгновенно на что-то среагировать, быстро, не думая, поставить ногу, движение будет полностью реализовано. Но если он замешкается, высока вероятность, что он застынет и выполнить движение не сможет. В этом заключается феномен парадоксальной кинезии. Быстрые автоматизированные движения – это то, что у больных остается сохранным, и через них можно пробовать реабилитировать другие движения.

И. П.: Олег Семенович, как вы думаете, что самое важное в лечении болезни Паркинсона было открыто?

О. Л.: Конечно же, леводопа. Других вариантов ответа на этот вопрос и быть не может.

И. П.: А в последнее время?

О. Л.: В последнее время ничего сопоставимого с леводопой не открыли.

И. П.: Может, что-то находится в стадии разработки?

О. Л.: Безусловно, находится, однако в ближайшее время ничего прорывного, скорее всего, не появится. Пока не очень понятно, каким образом и почему формируются тельца Леви. В недавней статье два наиболее



Актуальное интервью

крупных специалиста по экстрапирамидной патологии Эндрю Лис и Энтони Ланг предположили, что происходят не накопление и агрегация альфа-синуклеина, а в первую очередь нарушение его синтеза. Это в итоге и приводит к тому, что на различных участках нейрона начинают накапливаться неправильные, нефункционирующие молекулы.

И. П.: По сути, синуклеинопатия может быть не связана с патологией синуклеина?

О. Л.: Не совсем так. Она точно связана с патологией синуклеина, но, видимо, происходит не накопление альфа-синуклеина, а изменение его функции, по крайней мере в ряде случаев. Следовательно, элиминация синуклеина с помощью вакцин и моноклональных антител – то, что активно используется с бета-амилоидом в рамках болезни Альцгеймера, – не сработает и, скорее всего, сделает только хуже. Поэтому пока перспективы применения новых методов лечения весьма туманны.

И. П.: Олег Семенович, какое, на ваш взгляд, когнитивное расстройство, точнее, когнитивный симптом наиболее актуален? Что надо в большей степени изучать и почему?

О. Л.: Думаю, регуляторные нарушения. Ведь они менее всего понятны. Кажется, все уже изучено. Александр Романович Лурия все уже предусмотрел, все описал. Но сейчас мы видим картину с несколько иной стороны. Многие феномены мы только начинаем замечать. Например, феномен неудержания цели, когда человек не способен придерживаться определенной программы и последовательно выполнять какую-то работу. Он постоянно переключается с одной деятельности на другую. Как обозначить это иначе, чем неудержание цели, я не знаю, но это не укладывается в те

когнитивные домены, которые мы выделяли ранее.

Решение множественных задач – тоже когнитивное расстройство, которое активно стали обсуждать только в последние годы. По сути, это возможность распределения когнитивных функций на реализацию двойной, тройной, многоаспектной деятельности. Иногда это может быть первым симптомом начинающейся патологии, когда при двойной нагрузке, например во время ходьбы пациенту дополнительно дают задание на обратный счет, вдруг появляются затруднения, и человек немедленно останавливается. Причем интересно, что более сложную деятельность человек пытается выполнить – досчитать до конца, а более простую деятельность он останавливает. Логично было бы предположить, что должно быть наоборот. Это тоже часть регуляторных функций, но относительно малоизученных. Юлий Цезарь мог одновременно делать множество дел, но вдруг перестал и вынужден делать только что-то одно. Как будто и может сделать, но только по очереди. Как это распознать, каково клиническое значение? Пока до конца неясно. Вообще именно нарушение регуляторных функций ассоциировано с развитием деменции, потому что именно они наиболее значимы для повседневной активности. Даже при болезни Альцгеймера в большей степени тяжесть деменции определяют именно регуляторные функции, а не задний корковый дефицит. Ведь пока регуляторные функции могут компенсировать дефицит памяти, когнитивное снижение практически незаметно. Но как только они истощаются, функциональные ограничения становятся очевидны. Поэтому, несмотря на то, что, исходя из общепринятых представлений, синдром деменции всегда подразумевает нарушение

нескольких доменов, мы должны выделить регуляторные нарушения как ведущую функцию, как поражение, без которого развития деменции практически не может быть.

И. П.: Иными словами, деменция – всегда следствие нарушения регуляции? Независимо от нозологии?

О. Л.: Думаю, да. Ведь при болезни Альцгеймера, на раннем этапе, было показано, что происходит даже повышение активности нейронов коры с усилением холинергической активности. Казалось бы, все должно быть наоборот. Видимо, это как раз регуляторная компенсаторная реакция, которая некоторое время сдерживает проявления, но, когда компенсаторные возможности заканчиваются, когнитивные расстройства лавинообразно ухудшаются. Вот и получается, что регуляторные нарушения ведущие.

И. П.: Если в лечении двигательных расстройств настоящим прорывом стала леводопа, можно ли найти что-то похожее для деменции?

О. Л.: Мне кажется, нет. Был период, когда предполагали, что леводопой для деменции будут ингибиторы холинэстеразы. Но потом оказалось, что они помогают не всем и, даже если помогают, их эффект не очень значителен. Хотя, надо сказать, что у небольшой части больных иногда на фоне назначения ингибиторов холинэстеразы отмечается прямо драматическое улучшение, которое может сохраняться долгие годы. Видимо, это возникает тогда, когда наблюдается критическая гибель холинергических нейронов в ядре Мейнерта с формированием гиперчувствительности, что и создает условия для формирования такого замечательного и стойкого эффекта. Повторюсь: к сожалению, это не такой уж большой процент больных.



Актуальное интервью

И. П.: Олег Семенович, как вы думаете, какая из гипотез болезни Альцгеймера наиболее близка к истине? Найдём ли мы вообще ключ к разгадке этого заболевания? Так много гипотез – амилоидопатия, таупатии, инфекционная теория, иммунный ответ, влияние микробиоты, – и чего там только нет, предположительно приводящего к болезни Альцгеймера.

О. Л.: При болезни Альцгеймера такое же обилие гипотез, наверное, как и при любой другой болезни. Надо же ученым о чем-то писать. Вот они и пишут про гипотезы. Естественно, со временем гипотезы становятся либо полезными, либо правильными, либо бесполезными и ошибочными. Это неизбежно. Конечно, надеюсь, что в конце концов мы поймем, с чем связано развитие болезни Альцгеймера.

И. П.: Может ли появиться какая-то совершенно новая теория, о которой сейчас даже не упоминается?

О. Л.: Почему бы нет? Например, болезнь Альцгеймера занесли на Землю из космоса.

И. П.: Да, я тоже об этом подумала. А почему нет?

О. Л.: Я инопланетную теорию часто вспоминаю в приложении к латаргическому энцефалиту. Вот он был – и исчез. Такое ощущение, что его действительно занесли с другой планеты, потом сами же его уничтожили и улетели.

И. П.: Как известно из истории, многие величайшие умы спали очень мало и добились выдающихся достижений. Правильно ли не спать, чтобы создавать новые возможности?

О. Л.: Думаю, все обстоит иначе. Важно, что эти великие были великими и работали так, чтобы им действительно не надо было спать. То есть они стали великими не потому, что не спали, а потому, что

исходно были великими и уже потом стали спать мало.

И. П.: Иными словами, рекомендовать не спать, чтобы стать великим, не нужно?

О. Л.: Если вспомнить, большинство великих плохо закончили, что может быть связано в том числе с низкой продолжительностью сна. Они могли бы прожить до 100 лет, но нет. Так что, если ты исходно не великий, лучше спать сколько нужно.

И. П.: Почему диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия» оказался наиболее удобным для отечественного практического здравоохранения?

О. Л.: На мой взгляд, потому что с самого начала у него не было четких критериев диагностики. Ничто не мешало его выставить. Любой человек, достигнув определенного возраста и переступив порог кабинета врача, мог получить диагноз дисциркуляторной энцефалопатии без необходимости какого-либо инструментального или лабораторного подтверждения. Как следствие, диагноз дисциркуляторной энцефалопатии практически стал медалью за выслугу лет и не считался какой-то серьезной патологией. Нельзя же не диагностировать никакого заболевания, если человек пришел на прием. Этот диагноз не стигматизирующий, удобный, по сути, эквивалентен возрастным изменениям, поэтому так широко и распространился.

И. П.: Какое качество человека вы считаете наиболее важным для профессии врача?

О. Л.: Сложный вопрос... очень сложный. Думаю, эмпатия. Если ты не сопереживаешь пациенту – не напоказ, но хотя бы в глубине души, ничего не получится. Не надо это сильно демонстрировать, все-таки должен быть барьер между врачом и пациентом, иначе пациента будет очень трудно лечить. Но эмпатия должна быть.

И. П.: Что бы вы посоветовали будущим врачам-неврологам, тем, кто только поступает в интернатуру, ординатуру и по какой-то причине решил стать неврологом? Только не говорите: «Бегите, глупцы!» (Смеется.)

О. Л.: Не скажу. (Смеется.) Сейчас очень хорошие условия для того, чтобы приобрести эту специальность. Много доступной литературы, что значительно облегчает процесс обучения. В то же время информации настолько много, что надо уметь отделять зерна от плевел. Именно в этом сегодня и состоит задача хорошего учителя. Обязательно нужно найти союзника на пути к освоению неврологии, врача, который будет действительно хорошо образован, эрудирован, будет иметь достаточный практический опыт. Научиться видеть пациента, использовать какие-то приемы можно, только занимаясь практической деятельностью. Интернет никогда не заменит реального пациента.

И. П.: С учетом того что сейчас мы работаем, опираясь на клинические рекомендации, есть ли место креативности в современной неврологии?

О. Л.: Безусловно есть, ведь никто нас не может ограничить выполнением только клинических рекомендаций. Это некий базис, но он всегда может быть дополнен. Иногда можно и отойти от них, но это надо соответствующим образом оформить, привлечь коллег, создать врачебную комиссию. Клинические рекомендации стандартизируют мышление, делают его более аккуратным, более четким, более точным. И в стандартных ситуациях это действительно бывает на пользу пациенту. Но когда ситуация сложная, пациент не укладывается в какие-то классические варианты, когда нет точного соответствия клиническим рекомендациям, всегда найдется место креативности. Просто все должно быть в пределах разумного. Кроме того, важно обосновать свою точку зрения.



Актуальное интервью

Сейчас гораздо большее значение приобретают критерии качества оказания медицинской помощи. Это наиболее важные аспекты из клинических рекомендаций, именно они считаются обязательными. Например, при болезни Паркинсона надо ставить стадию по Хен – Яру и назначать дофаминергическую терапию. Это строго обязательно, именно это будут спрашивать страховые компании, оценивая правильность лечения.

И. П.: Если представить, что все специальности медицины – животные из зоопарка, то кем является неврология?

О. Л.: Интересный вопрос. Я бы сказал – жирафом.

И. П.: Почему жирафом?

О. Л.: Он такой длинношей, ему все интересно, как и неврологу.

И. П.: Забавно, но я тоже подумала о жирафе. Правда, в качестве обоснования, почему именно жираф, первое, о чем подумала, – у него от головы до всего остального очень далеко, что делает очень значимой работу проводящих путей.

О. Л.: Жираф несуразный, знает много того, что не нужно знать, и видит то, что, наверное, не очень ему и нужно. Но зато он может есть из высших сфер, из тех источников, которые для других недоступны...

И. П.: ...и смотреть на всех свысока.

О. Л.: Да, и смотреть на всех свысока. Это очень важно. *(Улыбается.)*

И. П.: Олег Семенович, вы пишете музыкальные произведения. Когда началось ваше увлечение музыкой?

О. Л.: Когда я учился в седьмом классе музыкальной школы. Первые шесть лет я постоянно хотел оттуда сбежать. Но в этом вопросе родители поступили, на мой взгляд, недемократичным

образом и заставили меня все-таки ее окончить, за что я им бесконечно благодарен. Надо сказать, что я не прибегал к каким-то очень уж бандитским приемам, чтобы прекратить занятия, но до седьмого класса учился не очень охотно. В седьмом классе помимо игры на фортепиано, сольфеджио и хора началась теория музыки, и меня увлек этот загадочный музыкальный мир. Еще появились уроки аккомпанемента. Оказалось, подыгрывать виолончели на фортепиано – одно из самых любимых моих занятий.

И. П.: Скажите, музыка вообще сочетается с профессиональной деятельностью?

О. Л.: Не просто сочетается, она помогает профессиональной деятельности. Иначе как объяснить, что такое большое количество неврологов – музыканты. Едва ли не каждый пятый или десятый невролог в какой-то степени имеет отношение к музыке, учился музыке или занимается ею сейчас. Мне кажется, это очень важный аспект. Возможно, люди, которые имеют некоторые музыкальные таланты, чаще идут в неврологию. Я иногда думаю, что неврологическая наука похожа на орган и органную музыку: с одной стороны, очень серьезная, четкая, организованная, с другой – берущая за душу и заставляющая ее звучать.

И. П.: Если рассмотреть другие медицинские специальности, например кардиологию или ортопедию, – это творческие профессии?

О. Л.: Недавно на эту тему разговаривали с одним кардиологом и пришли к выводу, что кардиологи и неврологи могут быть одинаково музыкальны, но ориентируются на разные направления. Например, для неврологов более характерен Бах или Бетховен, а для кардиологов более тропен Моцарт. Наверное, Моцарт более ритмичный, напоминающий звуки сердца. *(Улыбается.)*

И. П.: Роли мужчины и женщины в науке и творчестве различны?

О. Л.: Надо сказать, раньше роли действительно различались, теперь – нет. Возможно, это к лучшему, потому что в науке и творчестве женщины и мужчины проявляют свои лучшие черты. Я бы сказал, что здесь происходит великое смешение, от которого мы все выигрываем.

И. П.: Что вас больше всего удивило за 30 лет?

О. Л.: Выздоровление некоторых неизлечимых больных.

И. П.: На каком музыкальном инструменте вы хотели бы научиться играть и почему?

О. Л.: На саксофоне. Он дает более короткий путь к тем аффективным состояниям, которые тебя гнетут и которые тебе надо выплеснуть. То есть саксофон – это наиболее прямой путь в бессознательное.

И. П.: Верите ли вы в судьбу?

О. Л.: Конечно.

И. П.: Правда ли, что, выбирая медицинский вуз для получения образования, вы рассматривали в том числе Санкт-Петербургскую Военно-медицинскую академию? Вы бы сейчас были генералом. Не жалеете?

О. Л.: Жалею, очень жалею, что не поступил в Военно-медицинскую академию, что меня не пустили в Военно-медицинскую академию из-за хронического тонзиллита. Всего лишь из-за тонзиллита я и не стал генералом.

И. П.: Если бы вы не выбрали неврологию, а она не выбрала бы вас, в какой области медицины вам было бы наиболее интересно?

О. Л.: Думаю, в иммунологии.

И. П.: Олег Семенович, огромное спасибо за интервью. Какой вопрос вы бы хотели услышать в интервью к 50-летию юбилею профессиональной деятельности?

О. Л.: Вы все еще ходите на работу? ☺