

СЕРИЯ «ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ГОЛОС. НАРОДНЫЕ МЕМУАРЫ»



Н.Н. БОНДАРЕНКО-МАТЮНИНА

МОЯ АФРИКА

АНГОЛА – МОЗАМБИК

1981–1984, 1987–2020

 **СОРОШЕВ**
МОСКВА
2020

Редактирование и литературная обработка текста *А.В. Дорошева*
Дизайн обложки, верстка и оформление *А.П. Зарубина*
Фото предоставлены автором

Бондаренко-Матюнина, Н.Н. Моя Африка: Записки врача. М.: Дорошев, 2020. – 280 с.: ил. (Серия «Человеческий голос. Народные мемуары»)

ISBN 978-5-905-287-04-6

Воспоминания врача Нины Бондаренко-Матюниной, рождённой и сформировавшейся в СССР, отнюдь не идилличны, в них много критики, но при этом в них много и любви – к своей работе, к своей великой исчезнувшей стране, к своей «второй родине» Африке, к простым людям Анголы и Мозамбика, которых она более 30 лет лечила и учила, которым помогала в личном и профессиональном становлении.

Эти мемуарные записки полны интересных фактов, точных наблюдений, поучительных историй...

ISBN 978-5-905-287-04-6

© А.В. Дорошев. Предисловие, 2020
© Н.Н. Бондаренко-Матюнина. Текст, 2020
© А.П. Зарубин. Оформление, 2020

*Моему мужу
и единственному спутнику жизни,
Врачу с большой буквы
Владимиру Александровичу Бондаренко
посвящаю.*

Не говори: «Забыл он осторожность!
Он будет сам судьбы своей виной!..»
Не хуже нас он видит невозможность
Служить добру, не жертвуя собой.

Н. Некрасов. «Пророк»

Com a luz da tua bondade e o teu sacrificio,
muitas vidas
Vieram ao mundo.

Ваше великодушие и добросердечность,
верность врачебному долгу и готовность служить
людям помогли появиться на свет множеству
жизней.

Эпитафия

Предисловие

ДОКТОР НИНА ЛЕЧИТ ОБЩЕСТВО

Автора этой книги, врача-оториноларинголога Нину Николаевну Бондаренко-Матюнину, за стремление в сложных и запутанных ситуациях во что бы то ни стало добиться правды и справедливости некоторые высокопоставленные чиновники Мозамбика – страны, которой она, будучи русской, верно и преданно служит три десятилетия, прозвали *Конфликтуозой*, что в переводе с португальского означает *Конфликтная*. Друзья и знакомые, не раз обращавшиеся к ней за поддержкой и помощью и находившие в её лице эту помощь и поддержку, именуют *Воительницей*. А больные, которых она вылечила, и студенты университета, которым она передаёт свои знания, именуют, отбрасывая трудную для них фамилию, просто – *Доктор Нина*. И это, конечно же, не панибратство, а, напротив, знак безусловного уважения и любви.

Она родилась на севере России, в Архангельске, училась в мединституте, работала главврачом в Кривом Роге на Украине, откуда во времена СССР, вместе с мужем, акушер-гинекологом Владимиром Бондаренко, была направлена на работу в воюющую Анголу, а затем в воюющий Мозамбик.

Свои воспоминания о тридцати годах, проведённых в Африке, она начала писать уже в мирное время, в 2008 году. Впрочем,

«мирное время» тут надо взять в кавычки, потому что врач по самой природе своей профессии всегда на войне. На войне между жизнью и смертью. Именно это, на мой взгляд, формирует его особое мироощущение и мировосприятие. Во многом оно близко к мировосприятию литератора, который исследует поведение человека в ситуации стресса, драматического конфликта, судьбоносного выбора «быть или не быть». Возможно, именно этим экзистенциальным родством и объясняется тот факт, что в мировой, а особенно в русской литературе, так много писателей-врачей – вспомним хотя бы Чехова, Вересаева, Булгакова, Аксёнова...

Разумеется, «записки врача», а это наиболее правильное жанровое определение книги Н.Н. Бондаренко-Матюниной, не претендуют на то, чтобы стать в один ряд с сочинениями выдающихся мастеров слова, но по-своему они очень интересны и ценны. Это литературный автопортрет человека своего времени, человека явно «не лишнего», сумевшего полностью реализоваться, раскрыться, принести немалую пользу людям.

А ещё это документальное свидетельство того, что «у нас была великая эпоха», когда мы были новым обществом, новой общностью, сверхдержавой, посланцы которой, часто в ущерб себе, на голом энтузиазме или за весьма скромное вознаграждение, выполняли далеко за пределами Родины свой «интернациональный долг» – лечили, учили, прокладывали дороги, строили заводы и больницы.

Достоинство этих воспоминаний в том, что, мемуаристка, оставаясь «типичным представителем» своего поколения, чужда идеализации как прошлого, так и настоящего. Лечившая шахтёров и металлургов, эта женщина-врач из Кривого Рога, натываясь на подлость и обман, становится бесстрашным матадором. Под её критические стрелы попадают министры и президенты, транснациональные компании и международные организации, она не желает мириться с коррупцией и дискриминацией, расизмом во всех его видах и бюрократическим произволом.

Много сил доктор Нина отдаёт санитарно-просветительской работе, борьбе за права больных и строгое соблюдение законности в сфере медицинского обслуживания. Ей претит халатность и профессиональная некомпетентность иных медиков, стремление превратить медицину в доходный бизнес. Коммерциализация всего на свете, в том числе и гуманизма – одна из страшных болезней современного общества, а в больном обществе не может быть здоровых людей. К этой мысли и подводит нас автор книги.

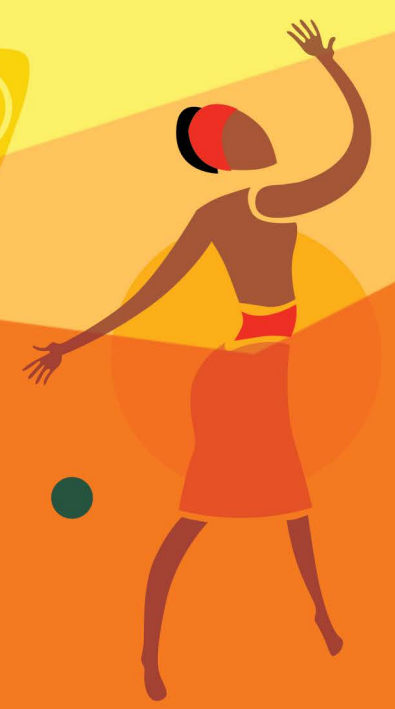
Андрей Дорошев



**ЧАСТЬ
ВТОРАЯ**

УКРАИНА
И СНОВА АФРИКА

МОЗАМБИК



*Пусть много лет минуло, и всё как будто прежде,
Но память вдруг зовёт в далёкие года,
Мы молоды, сильны, и ветерком надежды
Казалась в Мозамбике январская жара.*

В. Грачёв

Я снова работаю главным врачом клиники Института гигиены труда и профзаболеваний (НИИГТ и ПЗ) в Кривом Роге. Адаптируюсь с трудом, как будто прибыла на Украину с другой планеты. В 1985 году отправляюсь на курсы повышения квалификации в Тбилиси на цикл «Метод вызванных потенциалов при обследовании больных с проблемами тугоухости». Там мне тоже всё кажется странным. Не могу сказать, что я осталась довольна этим курсом. Грузины милые, славные люди, но, похоже, Советской власти у них нет и никогда не было – многое в особенностях здешнего медицинского обслуживания было для меня необычным и непонятным. Но это их страна, и не мне обсуждать и, тем более, осуждать их обычаи и привычки.

Дома мы с мужем решили все назревшие за время нашего отсутствия проблемы и постепенно вошли в привычный ритм работы. Изредка, но перезваниваемся со своими друзьями по Анголе. И вот однажды Джангир, врач-травматолог из Тбилиси, говорит нам по телефону: «А что вы сидите у себя в Кривом Роге? Вон Виталик с Людмилой опять уехали в Анголу». Виталий – врач-травматолог

из Владивостока. Похоже на другом конце страны он и Людмила испытывали те же чувства, что и мы здесь, на Украине. Африка засасывает! В Анголе продолжается война, опасно, условия труда те ещё, а всё равно тянет. Иногда Африка даже снится! Может, и прав Джангир, пора опять собираться в дорогу? Дома всё налажено, дочь Татьяна заканчивает университет, вышла замуж, у нас уже есть внучка Ольга... Почему бы не поехать?

Решено. Звоним в Минздрав Украины, спрашиваем, есть ли возможность поехать в Анголу ещё раз. Отвечают: «Присылайте анкету». Скоро последовал звонок из Москвы, из Союзздравзагранпоставки. Трубку взяла я: «В Анголу нужен врач-гинеколог, но нет контракта по вашей специальности, а учитывая вашу должность, учёное звание, высшую квалификационную категорию и, соответственно, зарплату, вряд ли вы согласитесь ехать без контракта. Правда, есть возможность поехать в Мозамбик, но тоже с условием – сначала едет ваш муж и только через полгода вы. Решайте, но учитывая ваш возраст, большого выбора у вас нет». И мы, не долго думая, соглашаемся. Что в Анголе война, что в Мозамбике. Где наша не пропадала!

Уж не становимся ли мы авантюристами?!

Муж улетел в Мозамбик 23 декабря 1987 года. Первоначально ему полагалось отправиться в провинцию Шай-Шай, это примерно в 150 км от Мапуто, столицы страны. Но в связи обострившейся военной обстановкой он был оставлен в столичном Центральном госпитале.

Я отправилась в Мозамбик 22 июня 1988 года сроком на полтора года, как было написано в сопроводительном документе. Примечательно, что в графе «Цель командировки» значилось: «Эксплуатация». Сказано без обиняков, коротко и ясно. И как потом оказалось – на 100 процентов точно и правдиво.

По условиям контракта с Министерством здравоохранения Мозамбика я еду на север страны в провинцию Нампула. Крупнейший город этой провинции тоже именуется Нампулой. В нём крупный госпиталь (третий по величине после госпиталей

Мапуто и Бейры). А сам город – второй по численности населения в стране, он насчитывает более 300 тысяч жителей. Это официально, по последней переписи населения. Но вокруг города за годы военных действий образовался огромный пригород. В основном из *пальот* (*кимб*) – хижин, вплотную приставленных друг к другу. Поэтому в реальности численность населения Нампулы можно смело увеличить вдвое.

И снова мне попался воюющий округ, и снова я единственный ЛОР-специалист, но уже на весь север страны, а это три провинции и более семи миллионов населения. Слава Богу, что учитывая климатические условия, особенности питания и образа жизни, на всём Африканском континенте не проводится столько операций по моей специальности, как в Европе.

Опять я лечу нашим военным транспортным самолётом. У нас с мужем всё-таки была возможность остаться работать в Мапуто, но мы ей не воспользовались. Может, и правильно...

Нампулу называют ещё столицей севера Мозамбика. До войны численность её населения превышала 200 тысяч человек. Пальоты вокруг города построены из бамбука, обмазаны смесью глины и земли, проём вместо дверей, иногда есть небольшое оконце, но это редко – стекло стоит дорого, да и сетки от комаров не дешёвы.

Некоторые кимбы построены из блоков, тоже сделанных из земли и глины. Стены этих домишек очень непрочные и часто в период дождей размываются и обрушиваются прямо на жильцов, травмируя и даже убивая их. Эти обрушения особенно опасны для детей.

Крыши хижин делают из высокой травы *капи*, типа нашей осоки, её здесь предостаточно. Вот, стали бы чаще её менять, тогда, возможно, не обваливались бы стены.

Мне было очень интересно узнать, почему в пальотах, прилепленных друг к другу (в каждой проживает по 10–15 человек), всегда делается два дверных проёма. Ведь тут очень много опасных малярийных комаров, которые могут легко залететь в такие

жилища. Мне всерьёз поясняют: два дверных проёма нужны затем, чтобы любовнику было легче убежать от мужа. Если убежать не удаётся, приходится платить «штраф». Даже если это шутка, в ней всё равно есть доля правды. Говорят, из игры «муж – любовник» некоторые умудрились сделать себе доходный бизнес.

Население всей провинции более 4.000.000 человек, это одна из двух самых густонаселённых провинций страны (после провинции Замбезия со столицей Келимани). Всё население Мозамбика по последней переписи составляет более 20.000.000 человек, но многие считают, что в действительности – гораздо больше. Получить достоверные данные при переписи здесь трудно.

Как и Ангола, Мозамбик бывшая колония Португалии. Португальский язык мы освоили, так что можно работать.

Первое впечатление о городе: он в окружении живописно разбросанных гор, похоже, вулканического происхождения. Некоторые из них весьма причудливы, напоминают то морского котика, то лицо лежащего человека. Высота над уровнем моря – 760 м, самый высокий горный пик – 1413 м. Климат жаркий с двумя выраженными годовыми периодами – сухим (где-то с мая по октябрь-ноябрь) и дождливым (с ноября-декабря по апрель). Дожди в отличие от Анголы идут в любое время суток, часто они затяжные, как у нас осенью, морозящие. Грозы случаются не часто.

Есть дома-виллы, и двух- и трёхэтажные. Одно 7-этажное и одно 12-этажное здание, правда, не достроенное (нет лифта и обустроенного первого этажа, он у них не жилой, называется *resh do shaу* (при поле) и предназначен для вспомогательных служб – магазинов, офисов и т.д.). В городе есть также пять 4-этажных домов, построенных когда-то для проживания рабочих местных предприятий. В настоящее время дома эти производят жуткое впечатление – стёкла выбиты, подъезды грязные, двери в подъездах отсутствуют... Да и в прошлом комфортабельные виллы выглядят не лучшим образом.

Все магазины, что работали в период колониализма, закрыты, полуразрушены. На улицах полно мусора. В городе много вы-

ходцев из Индии и Пакистана, некоторые уже здесь родились и успели перенять местные обычаи и традиции. В большинстве своём индусы заняты в торговле, и будущее развитие этой сферы всецело зависит от них. В городе проживает 5 семей *инду*. Это, как и в Индии, высшая, хорошо образованная каста – врачи, экономисты...

В городе был очень большой индустриальный район – фабрика хлопка, текстильная фабрика, завод по очистке риса, несколько деревообрабатывающих предприятий, предприятия по ремонту машин, резке стекла, производству гвоздей, очистке ореха *кажу* (*кешью*). Было даже предприятие по переработке молока и производству кефира. Сейчас почти все они закрыты. Ещё несколько лет назад в провинции насчитывалось пять фабрик по очистке ореха, но они приказали долго жить. Коммерсанты-индусы скупают все орехи, что называется, на корню и брутто (т.е. неочищенными) экспортируют их в Индию. Там очистка – это ручная надомная работа, не надо строить фабрики. Выгодно! А то, что при этом тысячи мозамбиканцев лишились работы и средств к существованию, мало кого волнует.

Экспорт орехов брутто в Индию продолжается. Хотя в последние 5-6 лет наметилась тенденция по восстановлению мини-фабрик по очистке орехов с тем, чтобы самостоятельно экспортировать уже чистую продукцию за рубеж.

Когда-то с успехом экспортировали и местный хлопок. Сейчас – нет, из-за резкого ухудшения его качества. А качество ухудшилось из-за плохих семян. А семена плохи потому, что закрылись соответствующие семеноводческие предприятия, обеспечивавшие страну хорошим посевным материалом. Это производство стало потихоньку возрождаться совсем недавно. И как следствие – опять налаживается экспорт хлопка, в основном, в Португалию.

Несколько лет назад я возвращалась из отпуска и случайно в самолёте оказалась рядом с сыном бывшего владельца всех текстильных фабрик Мозамбика. Мы разговорились, и я его спро-

сила, будут ли восстанавливать текстильную фабрику в Нампуле, ведь она, говорят, славилась качественной тканью для простыней и красивыми *капуланами* (национальной африканской одеждой на все случаи жизни; она представляет собой разрисованный кусок ткани, где-то 180 см, в который драпируются, порой, самыми неожиданными и прихотливыми способами). Молодой человек мне ответил: «Едва ли. Сейчас капуланы импортируются из Пакистана, где стоят очень дёшево». Пробую уточнить, почему же там они так дёшевы? Ответ меня поразил: «Да просто для пакистанского поставщика цена на текстиль не имеет большого значения, так как с капуланами поставляются наркотики, дающие львиную долю прибыли». Лихо, однако! Я в это вполне верю.

В провинции есть районы, где независимо от времени года практически не бывает засух – дожди идут регулярно. Здесь выращивают кукурузу, около пяти сортов фасоли, арахис и маниоку. Маниока для местных, как я считаю – подарок Бога. Из её муки варят *шиму* (по-нашему – затирку). Так вот, в отличие от шимы из рисовой или кукурузной муки маниочная шима находится в желудке почти 24 часа и у человека долго не возникает чувства голода. Она в желудке, как комок густого клея. Маниока содержит много крахмала. Её едят и сырую и варёную. Варёную можно поджарить, и тогда по вкусу она будет напоминать чипсы. Из неё пекут печенье...

Но, как известно, то, что людям даётся во благо, они по своей неразумности часто используют себе во зло. Местные считают, что есть особый сорт горькой маниоки. Я думаю, даже уверена, что это вовсе не какой-то особый сорт, а обычная недоспевшая маниока. Она очень опасна, вызывает тяжёлейшие отравления с параличом нижних конечностей и смертельным исходом. Её употреблять в пищу, тем более сырую, категорически нельзя! Но покупать уголь и разжигать огонь для термической обработки пищи дорого, а собирать дрова лень. Зато беспечность дёшева, её всегда в избытке. Да и голод не тётка! Бывает, по-быстрому наевшись ворованной горькой маниоки, травятся целые деревни. И спасти удаётся далеко не всех.

В Нампуле много индусов, выходцев из Пакистана. Есть и диаспора португалов. Примерно четверть населения страны исповедует ислам, ещё одна четверть – христиане-католики, оставшаяся половина придерживается местных, традиционных верований, т.е. является язычниками. Католичество не однородно, различных ответвлений, общин, сект официально зарегистрировано 138. А сколько их в действительности, похоже, никто не знает. Живётся им здесь не худо, никто не бедствует. А вот чем многие из них занимаются, сказать бывает трудно. Хотя заняться, конечно, есть чем: это воспитание, образование, формирование новых привычек, санитарно-просветительная работа...

Я с большим уважением отношусь к нелёгкому труду *фрейф* (сестёр-монашек); сестёр-миссионерок из монашеской конгрегации матери Терезы. Они действительно помогают бедным, работают в трудных условиях, существуют, в основном, на пожертвования. Очень жаль, что в Мозамбике им не разрешают работать в госпиталях, как это практикуется в Анголе. Какая была бы польза для больных, какая помощь врачу в спасении больного после операции! Выжидать больного в послеоперационный период, неукоснительно выполняя все предписания врача, фрейфы умеют гораздо лучше, чем медсёстры госпиталей, которым ничего нельзя поручить – забудут, перепутают, заснут на работе... Как бывает обидно, когда операция прошла успешно, ты сделал всё, что мог, а больной погибает от того, что медсестра-растяпа не выполнила назначений врача! И при этом – никакой ответственности, никакого раскаяния! Здесь никто, никогда, ни в чём не виноват. Бог дал, Бог взял, какие могут быть переживания!

В Нампуле самый большой рынок по продаже изделий из чёрного дерева. Сюда приезжают из других провинций, и особенно из Мапуто, и скупают поделки местных мастеров оптом. Потом у себя перепродают в 10 раз дороже. После установления мира мастеров по чёрному дереву стало меньше. Чтобы как-то свести концы с концами они вместо резьбы предпочитают заниматься земледелием на своих *мошамбах* – небольших земельных наделах.

У меня был знакомый очень хороший мастер Инасиу, которому я во время войны помогла уехать в Мапуту, где он несколько лет работал в галерее и делал скульптуры, в основном, для презентов высоким гостям, приезжающим в Мозамбик. Он был ограблен и убит бандитами после возвращения в Нампулу. Так не стало талантливого мастера. Его скульптура «Африканская королева» находится у бывшего российского консула в Бейре (это столица соседней провинции), а «Африканская женщина» долго хранилась у меня, пока я не передала её в музей.

Жаль, что самобытное искусство местных резчиков переживает сейчас не лучшие времена. Древесина, являющаяся для них исходным материалом, стала очень дорогой, качество её упало, а цены на уникальные изделия остались весьма и весьма скромными. В результате своим ремеслом мастера не могут прокормить себя и свою семью, приходится возделывать мошамбу. Как скоро изменится эта ситуация, сказать трудно. Сейчас цена на чёрное дерево продолжает расти, его становится всё меньше, леса вырубают безжалостно, а с новыми насаждениями никто не торопится – ждут очередного международного проекта, богатых спонсоров...

Немного о мозамбиканской кухне. Это, в основном, блюда из рисовой муки, кукурузной муки и мандиоки (для бедных), сушёная рыба, *полву* (осьминог), креветки (для бедных – тоже сушёные), *каропао* (рыба типа нашей ставриды), различные сорта фасоли (их не менее пяти, из фасоли с добавлением арахиса и кашу готовится множество блюд), рис, блюда с кокосовым молоком.

Из овощей распространены помидоры, огурцы, *батата доси* (сладкий картофель), тыква, *киабу* (формой напоминает крупный зелёный стручковый перец), кабачки, морковь, зелёная фасоль, *набу* (редька)... Из ягод и фруктов – арбузы, манго, папайя, гранат, бананы, лимоны нескольких сортов, грейпфрут, апельсины, мандарины и малознакомые нам *гуайява* (по вкусу напоминает грушу), *маракужа* («фрукт страсти», ему приписывают свойства сильного афродизиака), *корасао ды бойу* («бычье сердце» с нежной белой «начинкой»), *личчи* (вкусный сливовидный плод в красной кожуре

с сочной полупрозрачной мякотью), *питанга* (по форме – малина, по цвету – тёмная вишня), *карамбола* (жёлтый фрукт богатый витамином С)... Дыни здесь совершенно не сладкие. Как ни странно, переизбыток солнце убивает их сладость, так же, как и витамины.

В соседней провинции Ньяса разводят яблоки и персики, из овощей – ещё капусту трёх сортов, салаты различные. В провинциях Ньяса, Тети, Шимою выращивают картофель, растёт здесь и рис, и пшеница, и соя, и *женжиллин* (кунжут), и *мадумба* (большой корнеплод, чем-то напоминающий наш турнепс, окраска красноватая с сиреневым отливом, употребляется вместо хлеба), и авокадо, и, наверное, ещё что-то, что я не знаю.

Кухня мозамбиканская, соседствует с португальской и индийской. Из мозамбиканских блюд я люблю *матапу*, которая готовится из листьев тыквы, мандиоки, *каканы* (лечебное растение с очень горькими листьями, хорошо очищает печень), орехов толчёных, креветок или раков и специй, а на гарнир подаётся рис, часто приготовленный на кокосовом молочке. Курицу обычно готовят на решётке, чтобы не расходовать масла. Первые блюда (в основном, это супы-пюре) у них редкий гость на столе.

Популярен *карил* – чаще всего готовится из сухой рыбы, осьминогов, креветок, из свежей рыбы каропао. Ещё любят *калду верди* из куриного бульона и капусты *коуви* (зелёный бульон). Много блюд из фасоли и различных трав и корней.

Из португальских блюд нравится *фейжоада* (вообще-то, она родом из Бразилии – смесь из фасоли и разных сортов мяса), *козиду а португеза* (разные сорта мяса, картофель и овощи), *костолеташ* (свинина на косточке, приготовленная на гриле), треска под молочным соусом, рыба *калдеадо* с овощами и бульоном, салаты с консервированным тунцом и, особенно – из филе тунца, *гороты* и *папагаю* (это дорогая, очень нежная рыба).

Из индийских блюд люблю только *рисойш* (что-то вроде пельменей с начинкой из креветок) и *шамусаиш* (треугольнички из тонкого теста, начинённые мясом с приправами) – все остальные блюда с большим содержанием жира.

Очень много здесь десертов – различных муссов, фруктовых салатов. А какие великолепные торты, настоящие произведения искусства! Кондитерские заведения, как правило, содержат женщины-индуски.

Мы же готовим тут наши блюда, благо все необходимые продукты имеются. Маринуем огурцы, помидоры, сладкий перец... Кстати, моим друзьям-португалам пришлось по душе маринованные огурцы. И от блинов они в восторге, даже попросили научить их выпекать это русское блюдо. А рецепт маринованных помидоров увезли с собой итальянцы и аргентинцы.

В Кайе широко используется растущий на дереве плод *гусаринью* – зелёный, длиной до 25–30 см, который очищают от кожуры и готовят с луком и помидорами для вторых блюд, особенно креветок и сушёной рыбы. На базаре всегда много специй, различных кореньев и трав – названия у них местные и, похоже, в каждой провинции свои.

Недра Мозамбика – кладовая несметных сокровищ. Диаманты (алмазы), изумруды, аквамарины, турмалины, гранаты, золото, газ, бокситы, тантал, который в двух местах добывают из песка американцы... В стране, несомненно, есть и нефть. Уже начали бурить скважины в соседней провинции Кабу дел Гаду – инвестиции всё тех же американцев, итальянцев, китайцев, канадцев. Подключилась и наша Роснефть. В богатейшей по залежам полезных ископаемых провинции Тете осуществляется большой проект бразильской и юаровской компаний по добыче угля. Нампула тоже не особенно отстаёт. У нас разведаны месторождения 21 природного минерала. Их разработка уже началась, и этот процесс набирает силу, появляются всё новые и новые инвесторы.

А какие в стране лесные богатства! Джамбир, умбила, тули, шамфуга, железное дерево, чёрное, эбеновое...

На реке Замбези, третьей по величине на континенте, построена крупная гидроэлектростанция Кабора-Басса, снабжающая электроэнергией всю страну (излишки продаются за рубеж). Намечается строительство ещё одного водохранилища под новую

ГЭС. Хорошая энергообеспеченность Мозамбика позволила, в частности, открыть фабрику алюминия, который идёт на экспорт. Есть несколько заводов по производству сахара из тростника...

Скажите, как можно в такой стране, с такими природными богатствами, погодными условиями, вполне приемлемыми для круглогодичной работы геологоразведчиков и промышленников, лесозаготовителей и сельхозпроизводителей быть бедными и голодными? Это надо уметь! Как же совмещается высокая доходность, затеваемых тут постоянно зарубежных бизнес-проектов, с *побрэза абсолюта* (абсолютной бедностью) большинства населения страны? Причин, как мне кажется, несколько. Их надо искать в особой национальной психологии, если хотите – социальном недуге, давно поразившем здешнее общество. Я определяю его как *прегиса абсолюта* (абсолютная лень). И, конечно, – в коррупции, побороть которую никак не удаётся. Нельзя не сказать и ещё об одной причине, тормозящей экономическое развитие страны – пагубной кадровой политике, когда на руководящие должности назначаются «свои человечки». Кум, сват, брат, племянник, друг, знакомый, сосед занимают все «хлебные места» вне зависимости от своих деловых и профессиональных качеств.

Да, в последние годы страна стала развиваться. Но успехи её были бы куда значительней, если бы не закравшиеся уже в менталитет лень, коррупция и кумовство. Примеров в подтверждение этого можно привести предостаточно.

Один мой знакомый голландец (у него есть складские помещения) закупает кукурузу, а потом продаёт по программе ООН *Алиментасао* (*Питание*). Он же экспортирует и местный арахис, в год почти на 5 миллионов долларов. Неплохой бизнес! И таких заезжих шустрых малых здесь предостаточно. Вопрос: почему этим же не заняться местным? Почему не взять кредит в банке, не построить элеватор для сохранности выращенного урожая, не найти выгодного покупателя на свой товар, не доставить этот товар вовремя до потребителя? Уж не потому ли, что надо приложить много усилий? Слишком много!

К сожалению, в последние годы леса, о которых уже шла речь, беспощадно вырубаются китайцами, ценная древесина по бросовой цене вывозится за рубеж. Опять-таки, почему? Откаты и другие коррупционные схемы? Не исключаю. Даже уверена!

Ещё одно богатство Мозамбика – это четыре морских порта, океан полный рыбы и другой морской живности: идущих на экспорт креветок, в том числе и *tigru* (тигровых), лангустов, крабов, осьминогов... Вся выловленная рыба делится на две категории. К первой (наиболее ценной) относится горопа, педра, лингуада, курвина, сольа, мерлин, вилейра. Ко второй – атум, серра, пешкада, скумбрия, рыба-игла и др.

Здесь очень много дивной красоты ракушек, разнообразных по форме, размеру, окраске. Раньше они шли на экспорт, а сейчас, в основном, покупаются иностранцами и туристами.

Хочу рассказать о рыбной ловле там, где у меня загородный дом. Рыбачат на своих лодочках, в основном, люди постарше. Молодёжь предпочитает дремать и ждать рыбаков на берегу. На берегу проснувшиеся «предприниматели» скупают улов по цене 25 метикалов (что в 2008-ом году было равно одному доллару) за килограмм и тут же перепродают по 50, а если везут в город, то и по 80 метикалов. В Бейре (порт) цена ещё выше, в магазинах от совместного испано-мозамбиканского предприятия она подскакивает до 135 метикалов! О какой справедливой цене на морепродукты для местного населения можно говорить?! Не удивительно, что в рационе большинства мозамбиканцев рыба сушёная, мелкая. Свежая бывает редко, как правило, это свежемороженая... импортная. Не абсурд ли – завозная импортная рыба стоит дешевле, чем местная! Вот такая «сонно-рыночная» экономика.

В нашей провинции в районе Ангоши, это на океане, по контракту ловили креветку. Хозяин жил в Португалии. Так вот, он за 3 года стал миллионером и при этом не соизволил заплатить нашему инженеру-механику из Калининграда (звали его, помню,

Владимир Михайлович) зарплату почти за 5 месяцев, где-то около 10 тысяч долларов. Видимо, решил оставить себе на бедность. Типичный «бандито-гангстерито».

Страна несёт большие убытки от незаконной ловли рыбы, но не имеет возможности контролировать почти 2480 метров береговой линии. Как сказал представитель рыбного ведомства, убыток от пиратского промысла и действий браконьеров составляет более 1.000.000 долларов в год. Чтобы купить специально оборудованный катер для местного рыбнадзора нужно 20.000.000 долларов. Решили, что дорого. Дешевле арендовать аналогичное судно у мозамбиканской компании за... 3.000 долларов в день. А что, экономика должна быть экономной! Думаю, вы догадались, кто хозяин этой компании? Сам министр, владелец катера.

В провинции Тете, о которой я уже рассказывала, солидные средства вложены в развитие инфраструктуры города, а именно – в строительство отелей, школ, госпиталя, туристического комплекса, жилья и т.д. В нашем городе тоже есть изменения. В последние 6-7 лет открыто четыре высших учебных заведения. Об уровне получаемого в них образования не берусь судить, но то, что оценки там покупаются (теми, у кого, конечно, есть денежки), это точно. А если денег нет, то расплачиваются сексом. Этот «бартер» начинается ещё со школы. Не удивительно, что преподаватели входят в группу с большим процентом ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Только за 2008 год умерло от СПИДа почти 1000 учителей. Если ничего не предпринимать, то скоро учебные заведения останутся без преподавателей.

Лично я не представляю, как в университете (в нашем городе и в Бейре) можно учиться на врача, не имея анатомички, не производя вскрытий. Даже если большинство в стране по религиозным убеждениям не согласно на вскрытие умерших, решить этот вопрос всё равно можно и нужно. Будущий врач просто обязан знать анатомию и физиологию человека, без этого он не врач, а неуч. Опасный неуч. Потому что за его незнание больные заплатят своей жизнью.

Одно время я вела курс по теоретической и практической оториноларингологии (заболеваниям уха, горла и носа) и, знаете, обратила внимание, что среди моих слушателей есть очень толковые и любознательные молодые люди. После лекций они часто приходили ко мне на приём с различными вопросами. Я старалась обстоятельно на всё ответить, подробно рассказывала о болезнях ОТОРИНО и не только. Они меня спрашивали, почему я постоянно не работаю в медучилище: «Вы так хорошо объясняете!» Для студентов это было в диковинку, они к этому не привыкли. Как оказалось, получить необходимые знания им трудно даже тогда, когда уровень их преподавателя достаточно высок. Это происходит из-за нежелания преподавателя что-либо объяснять доходчиво и в подробностях. Здесь это почему-то не принято! Преподаватель не особенно заботится о повышении уровня знаний своих студентов. И уровень знаний, естественно, не повышается, остаётся низким. Элементарная причинно-следственная связь.

Очень часто ко мне присылают больных с приёмного покоя – диагноз *мастоидит*, но воспалена околоушная железа. Это у них очень частое заболевание (типа свинки). И встречается оно не только у детей. Я иду с больным назад в приёмный покой и провожу занятие по анатомии среди медперсонала. Спрашиваю, предварительно показав больного и отпустив, где находится околоушная железа? И из трёх медсестёр и техника только один отвечает правильно. А уж с сосцевидным отростком и совсем худо. Где он находится и когда появляется, иногда не знает даже врач (ибо с диагнозом мастоидит направляет на консультацию трёхмесячного младенца). Тогда и врачу приходится давать урок анатомии.

Конечно, всё это свидетельство низкого уровня образования. Но его вполне реально поднять. И без больших затрат.

Давайте разберём ситуацию: преподаватель не так давно сам окончил медучилище и, полагаю, его собственные познания не очень велики. Он приводит студентов в госпиталь и тут же исчезает решать свои личные дела (откуда, хотелось бы знать, взялась эта скверная привычка?!) А студенты, как слепые щенки, простите

за сравнение, беспомощно топчутся у кровати больного. Доходит иногда до курьёзов. Смотрю, однажды, они что-то ищут у моего пациента на предплечье со стороны локтя. Спрашиваю, что вы ищите, ответ – вену. Объясняю, что вены для инъекции здесь нет. Это всё равно, что искать её на ягодицах. И что самое интересное, при этой сцене присутствует медбрат и безучастно наблюдает за происходящим. Спрашиваю, почему ты им не помог, не объяснил, не подсказал? И слышу в ответ: «А мне за это не платят!» «Но они же делают твою работу, и за инъекцию отвечаешь ты, а не они», – не понимаю я. Медбрат лишь пожимает плечами...

Вообще, здесь, по моим наблюдениям, и средний медперсонал и врачи не любят делиться своими знаниями и опытом. Не принято созывать консилиумы, обсуждать состояние тяжёлых больных с коллегами. Это происходит за редким исключением. И когда такое случается, можно с уверенностью констатировать: врач учился в нашей стране – у него совершенно другое отношение к больному.

Столкнулась здесь я и с тем, что частнопрактикующие врачи выписывают больному очень много дорогостоящих лекарств (иногда 5-6 и более) без каких-либо на то показаний. Лекарства эти, конечно же, нужно покупать в частной аптеке по бешеной цене. Стараюсь разобраться, почему они так поступают? Неужели ради 10–15% от стоимости препаратов, которые врач получит от аптеки? Выходит, что так. Навредить больному за 10–15 долларов, получая в месяц 3-4-5 тысяч на частной консультации?! Ну как же так можно!

О школьном образовании в Мозамбике в последнее время говорят очень много. Гордятся, что снизили количество неграмотных почти на 40% (с 90% до 46%). Количественные показатели вроде бы хорошие, но они совершенно не учитывают *качества* образования.

Обязательным здесь является 7-летнее обучение в школе. Но оно таково, что после 4-5 лет учёбы ученик не умеет ни читать, ни писать!

Вспоминаю, как я во время нашего визита в Чарле, к католикам, разговорилась с двумя подростками-четвероклассниками. Пишу простые слова и прошу прочитать – не могут; прошу написать простое слово – тоже не могут. Спрашиваю, а что же вы можете? И один из мальчишек с радостью отвечает: «Копировать!» У них в школе учитель пишет что-то на доске, дети копируют, но на следующий день у них никто не спрашивает, что они поняли и запомнили. Домашнего задания нет, знания не проверяются. Проверять просто нечего! Сейчас, вроде бы, решили уделять больше внимания качеству образования. Но для этого надо полностью менять подход и методы работы.

Здесь очень любят проводить всевозможные семинары. Часто по одной и той же теме, с теми же участниками, по несколько раз в год. При этом от своих прямых обязанностей отвлекаются врачи и техники-хирурги в районных госпиталях, где неделями, а то и месяцами нет ни одного специалиста, способного оказать хирургическую urgentную помощь. Все семинары в основном организуют и проводят ONJ (Неправительственные организации). Тратят денежки лихо! А что, не свои – налогоплательщиков, различных фондов! Контроля никакого нет, так чего же экономить. Работа построена так, что и организаторам и вовлечённым мозамбиканцам живётся вольготно. Особо напрягаться не надо, а зарплата хорошая – у многих средних медработников такая же, как у иностранного врача-специалиста, который в Центральном провинциальном госпитале, работает по 300 часов в месяц! (О работе таких врачей разговор отдельный, напишу позже.)

Сколько проводится за год семинаров по *биосеурансе* (биозащите)! Но самое интересное, что после этих семинаров ничего в работе «семинаристов» не меняется. Похоже, постоянные участники на лекциях спят или занимаются какими-то своими делами. Иногда я их спрашиваю: «Ну, что нового вы узнали на сей раз? Семинар длился почти неделю, давайте, поделитесь полученными знаниями». Тишина. Желающих нет. Но однажды они всё-таки обнаружили!

В моём кабинете появились участники семинаров, ответственные за предупреждение инфицирования больных на поликлиническом приёме. Мне, неразумной, объяснили, что я должна вести приём в перчатках: одна пара на каждого больного. Больных у меня – 25-30 в день. Следовательно, столько же необходимо перчаток. И это при том, что реально нет возможности даже оперировать в 2-х перчатках (как требуют нормы биосеуранса).

На моём приёме 50% детей с гнойными отитами. Чтобы почистить им уши, я должна накрутить ватку на зонд. Как это сделать в перчатках – не представляю. Предлагаю моим инспекторам проделать это самим – ничего не получается. Ну, так зачем всё это придумано? Разве, я могу кого-то заразить? Предлагаю моим коллегам применить свои знания в другом месте, где действительно опасно получать первую помощь, поскольку вдобавок к ней легко подцепить страшную болезнь на всю оставшуюся жизнь – спид, сифилис, гепатит и др. Знаете это место? Лично я остерегаюсь туда попасть. Но вам его покажу и расскажу, как там работают.

Малая хирургия на приёме покое. По правилам на каждого больного и пострадавшего надлежит открыть стерильный набор, включающий пинцет, ножницы, зажим, иглодержатель, набор стерильных салфеток. Наборов, как здесь говорят, на всех не хватает. Но в госпитале круглосуточно работает стерилизационная, и дело не в нехватке наборов, а в лени. Ведь достаточно, используя, допустим, 5 наборов, их помыть, продезинфицировать и отнести стерилизовать. Ой, как сложно! Зачем, когда одним набором можно обслужить и 5, и 10 больных. И никто об этом не узнает.

А узнать, проконтролировать просто, было бы желание. Зайди и посчитай, сколько принято больных и сколько наборов уже использовано – и всё станет ясно. Станет ясно, в частности, как ведётся «борьба со СПИДом»? На эту «борьбу» уходят, как в прорву, миллионы долларов. И ещё тысячи и десятки тысяч на практически бесполезные семинары. Видимо, такое положение вещей очень выгодно тем, кто всё это безобразия оплачивает. А

иначе столь неэффективное расходование средств, а проще говоря, их беззастенчивое разворовывание, объяснить невозможно.

Зайдите в детское отделение для реанимации. Обычная картина: шприц, которым сделали инъекции почти всем, не выброшен. Он сохраняется. Им, будьте уверены, будут делать инъекции и дальше. Ещё хорошо, если иглу поменяют. Почему так? Да потому, что ворованные лекарства и шприцы – хороший бизнес. А бизнес это святое. Всё что ему препятствует, должно быть устранено.

Придите вечером в отделение, лекарств уже почти нет, особенно в пятницу. Хорошо, если шеф отделения соизволит прийти утром и выдать лекарства (он за раннее пробуждение получает доплату – сверхурочные). А не придёт, хоть караул кричи. И кому-нибудь скажите, что это «бизнес на крови». И слушать не захотят. Зачем произносить такие гадкие слова!

Расскажу почти анекдотичный случай. Работаю в приёмном покое. Муж моей знакомой из Латвии приводит больного-мозамбиканца, у того диарея и обезвоживание. Направляю больного в отделение с соответствующими назначениями. Через день мой знакомый приходит вновь и просит выписать для вчерашнего пациента лекарство. Я удивлена, что случилось? Почему надо выписывать рецепт на лекарство, которое есть в отделении? А объяснение простое: медбрат просит заплатить ему, а иначе он лекарство не выдаст. «Будешь сидеть на унитазах 24 часа в сутки», – обещает он больному.

Вроде бы, положение с лекарствами в нашем городе стало улучшаться – появилось достаточно частных аптек и желающих покупать краденное поубавилось. Но мы рано возрадовались. «Бизнес» быстренько перестроился. Теперь воруют и продают уже через аптеку, где все лекарства, кроме произведенных в Индии, реализуются с 200 процентной наценкой. Например, вы можете купить в аптеке *коартен* для лечения малярии (2-я линия), который официально в аптеку не поступает. В госпитальной аптеке раньше он стоил 34 метикала (напомню, на момент, когда писались эти строки, 25 метикалов – 1 доллар), а сейчас три лекарства

на одном рецептурном бланке стоят в сумме 5 метикалов (это примерная стоимость бланка, на котором выписан рецепт!). Так вот, коартен в частной аптеке стоит 200–230 метикалов.

Тест на СПИД делают только в госпитале и в специальном пункте. Делают бесплатно. Но очень часто тестов там нет в наличии. Зато неофициально их всегда можно купить в аптеке. Причём по сходной цене. Откуда они там? Всё оттуда же, из государственного госпиталя. Воруют! Бизнес развивается успешно, у новоявленных «бизнесменов» всё идет как по маслу. А ведь недавно многие из них за день и карандаша не могли продать, купленного на складе чуть-чуть подешевле.

И снова о семинарах. Спрашиваю в лаборатории: «А где техник?» Мне отвечают: «Он на областном семинаре по *манутенсау* (уход и обслуживание лабораторного оборудования – гемографов, микроскопов, центрифуг), будет отсутствовать неделю, а потом ещё на неделю отправится на семинар национальный в Мапуту, тоже по уходу за оборудованием по подсчёту CD-4 лимфоцитов». Стоимость билета до столицы туда и обратно более 800 долларов, плюс проживание в недешёвой гостинице и две недели отсутствия на работе, где больные остались без всякого внимания. И всё это в нищей стране. Ну, разве не расточительство?

В Мапуту проводился семинар для врачей по СПИДУ. Длился почти месяц, командировочные – 100 долларов в день, за месяц накопало 3000 долларов. Результат семинара – 3 кг всевозможных бумаг, привезённых домой каждым из участников. Читать их вряд ли кто-нибудь будет. Я их всё же просмотрела. Полезных для работы – максимум 10 страниц. Подсчитал ли кто-нибудь сколько денег потрачено почти впустую! А потом плачутся, что нет средств на профилактику СПИДа.

Впрочем, и сама эта профилактика тоже практически бесполезна. По крайней мере, в том виде, в котором она сейчас существует. Это моё личное мнение. Неужели вы, господа, работающие на программах по борьбе со СПИДом, думаете, что красить стволы деревьев и рисовать на них символический красный бан-

тик это то, что реально поможет делу? И так ли уж нужны буклеты на дорогой бумаге для не умеющих читать? А программа на ТВ в то время, когда никто телевизор не смотрит – губернатор с тем же красным бантиком-символом в петлице модного пиджака призывает бороться со СПИДОм тех, кто его не видит и не слышит? А розданные кому попало презервативы, которые дети потом используют как воздушные шарик? Это профилактика? Нет, это профанация.

В 2003 году правительство Мозамбика приняло новую стратегию борьбы с распространением СПИДа на ближайшие пять лет. Отныне, помимо профилактики, значительные усилия государства будут направлены на лечение людей с ВИЧ. На это выделяется 300 тысяч долларов. Похвально, но хотелось бы знать: кто и как будет следить за расходованием выделенных средств?

Накануне дня борьбы со СПИДОм, 1 декабря, в программе ТВ общественный активист и медсестра рассказывают, как воплощается в жизнь новая стратегия. Смотрю и слушаю внимательно и не понимаю: что же здесь нового и полезного? Ну, объявляется конкурс на занятие хороших должностей, одним из условий которого является умение писать отчёты. Отлично! Деньги, конечно, потратят и отчёты напишут, но что при этом получают больные? Как улучшится лечение и уход за ними? Как быть, например, с острой нехваткой медсестёр в госпиталях, будет ли для них, наконец, сформирован необходимый фонд зарплаты? Не ясно.

Вот ещё одно непонятное для меня заявление представителя «Врачей без границ» в Мозамбике, прозвучавшее на Международной конференции по проблеме СПИДа 7 июля в Барселоне. Было сказано, что на лечебные меры для ВИЧ-инфицированного пациента страна тратит 14 тысяч долларов в год, а поддержание года жизни больного на стадии СПИДа обходится в 34 тысячи долларов. Откуда взяты такие сумасшедшие суммы? Это же бред! Если и тратятся такие деньги, то уж никак не на больного! Большая часть, конечно же, отправляется прямым ходом в карманы фармацевтических фирм и на зарплаты сотрудников организаций, борющихся со СПИДОм

(5-7 и более тысяч долларов в месяц в зависимости от должности). Именно таким образом «затраты на больных возрастают», как пишут «умеющие составлять отчёты».

Несколько лет назад, когда ещё только начинали применять антиретровирусные препараты, мне пришлось соприкоснуться с приобретением их на шестимесячный курс лечения для моего знакомого, мозамбиканского инженера из Монте-Пейше. Правда, он находился уже на последней стадии болезни, но его предприятие решило оплатить лекарство. Так вот, в частной аптеке «Календула» этот курс стоил в те времена 54.000 метикалов (около 3 тысяч долларов), а в аптеке при организации, занимающейся импортом этих лекарств в Мапуто, всего 14.000 метикалов. Прибыль частной аптеки составила почти 300%. Где такое возможно? Знает ли об этом Минздрав страны? Конечно, знает. Ведь соучредителем вышеназванной аптеки является бывший вице-министр Минздрава, он же отвечает за лекарственное обеспечение страны.

Сознайтесь, господа, борющиеся со СПИДОм, уж не в подобных ли аптеках вы закупаете лекарства для тяжелобольных людей? Зачем вы это делаете? Не затем ли, чтобы выделенные вами миллионы к вам же вернулись, но уже через фармфирмы, соучредителями которых являются Билл Гейтс и прочие благодетели? Круговорот воды – простите, золотого дождя – в природе!

И вот последняя информация: Билл Клинтон договорился с четырьмя фармацевтическими компаниями о снижении годовой стоимости медикаментов в противоретровирусной терапии с 255 долларов до 132-х на одного больного. Так для чего нужны в Мозамбике 14 и 34 тысячи? А-а-а, например, на содержание высокооплачиваемого медперсонала, специально подготовленного, чтобы растолковывать больным, как правильно пользоваться антиретровирусными препаратами? Но для этого достаточно лечащего врача, который выписывает больному лекарства и объясняет, как их принимать. И кроме него никто в данном случае больше не нужен! Не нужен!

Ходят слухи, что в Мапуто строится новый частный госпиталь. Кто его будущий хозяин гадать не будем, оставим без комментариев. Хочу прокомментировать другое (и это не слухи, а сермяжная правда): дневной госпиталь для больных СПИД-ом в Нампуле покидают больные, потому что там им нечего есть. Как принимать противовирусные, токсичные препараты на голодный желудок? Может у борцов со СПИД-ом есть ответ на этот вопрос? Поделитесь опытом.

Не могу не вспомнить один случай. Есть в нашей провинции в 250 км от Нампулы чудесный городок Шокаш-Мар. Он расположен на берегу океана. В период колониализма это было популярное место отдыха. Военные действия и природные катаклизмы (особенно разбушевавшийся циклонический ураган «Надежда») сильно разрушили некогда благоустроенный модный курорт. После установления мира частные дома здесь стали один за другим брать у районной администрации сначала в аренду, а потом и выкупать. Дома выкупили, а вот до здравпункта, давно закрытого и находившегося в полнейшем запустении, никому не было дела.

Однажды я побывала в Шокаш-Маре по приглашению знакомой *динамаркезы* (датчанки) Анни Ниелсон и сразу влюбилась в этот прекрасный городок. Анни к тому времени уже приобрела тут дом, восстановила его и записала на мужа-мосамбиканца. Вслед за ней приобрела участок и я. Будучи в 1998 году безработной, о чём вспоминать не хочется, я первая после установления мира построила здесь новый дом и вокруг него разбила небольшой сад – высадила девять роскошных *казуарин* (сосен) и пять быстрорастущих эвкалиптов. (Тут я вынуждена сделать маленькое отступление-предупреждение: эвкалипты близко к дому сажать нельзя, они умудрились своими корнями врасти в канализацию. Одно из деревьев пришлось срубить, а другое было повалено очередным циклоном.)

С моей лёгкой руки новые дома в Шокаш-Маре стали расти, как грибы после дождя, и сейчас городок не узнать, уже имеется

три туристических комплекса. А вот во времена, о которых идёт речь, здесь не было ни воды, ни дороги. Какие-то 30 км приходилось преодолевать за полтора часа.

Ну так вот, мы с Анни решили помочь отремонтировать местный здравпункт и восстановить в городке централизованную подачу воды. С помощью добровольных пожертвований (кто передал 1000, кто 500 метикалов), я собрала почти 6000 долларов и в течение 3-х месяцев, наняв местных каменщиков, плотника, маляра, слесаря-водопроводчика, отремонтировала здравпункт, заменила всю сантехнику, достала кровати и матрацы, купила необходимую мебель, посуду, вентилятор, тонометр для измерения артериального давления, постельное бельё, полотенца, даже гардины приобрела и повесила на окна. И что же? Почти 4 месяца полностью восстановленный и готовый к эксплуатации здравпункт не работал. Мы никак не могли передать его от имени жителей-отдыхающих местной власти и провинциальной дирекции здравоохранения. Им это было совершенно не интересно, ведь у нас к моменту открытия уже ничего нельзя было украсть!

Здравпункт на баланс местной администрации мы всё-таки передали. Но лучше было бы этого не делать: через какое-то время украли матрац, вынесли мебель, испортили вентилятор, разбили зеркало, исчезли вёдра и тазы... Короче, опять разруха. Ураган «Надежда» отдыхает. Как-то во время эпидемии диареи передала сюда 1.000 таблеток хлорамфеникола для пожилых и неимущих, так медработник начал их продавать. После этого помогать здравпункту я отказалась.

Конечно, когда мы здесь на отдыхе, к нам домой приходят больные и просят меня или мужа принять их. Принимаем, а что делать? С какими только случаями мы не сталкивались! Расскажу лишь об одном.

У меня есть знакомый по имени Мусса. По профессии он каменщик – иногда я приглашаю его на кое-какие работы по дому. Однажды Мусса заболел: начал кашлять, похудел, стал часто температурить. Я ему советую: «Не тяни, иди в здравпункт, надо обя-

зательно обследоваться». Спустя почти месяц снова приезжаю на Шокаш-Мар, прихожу с моря, а муж мне говорит: «Тебя ждёт Мусса». Муссу я не узнала. Передо мной стоял живой труп, человек, истощённый до крайней степени. «Да что с тобой, – спрашиваю, – ты ходил в больницу?» – «Да, ходил и лечился, сначала у *курундейфу* (местного знахаря, шамана) потом был в здравпункте. Там дали хлорохин, но лучше мне не становится. Наоборот, всё хуже и хуже». Про себя отмечаю: хлорохином малярию уже никто не лечит, 100% резистентность. Да и малярия ли это? Ясно одно, Муссу надо спасать. Говорю ему: «Приезжай в понедельник в госпиталь и жди меня на входе, я постараюсь тебе помочь». Он мнётся и, опустив глаза, говорит: «У меня нет денег на дорогу в Нампулу». Даю на транспортные расходы...

В понедельник ему делают рентген лёгких. Как я и предполагала – миллиарный туберкулёз, поражены оба лёгких. Иду с ним в приёмный покой, открываю амбулаторный процесс, захожу в кабинет врача. Приём ведёт студент старших курсов, практикант университета. Объясняю ему ситуацию и прошу госпитализировать больного для обследования и лечения. Будущий молодой врач, который, казалось бы, должен быть преисполнен энтузиазма и рвения, не проявляет к больному никакого интереса – даже не взглянул на снимок лёгких, не послушал ни дыхание, ни сердце. Знает ли он о стремительном росте туберкулёза в стране? Разумеется, знает. Об этом уже криком кричат на международных конгрессах по медицине. Мозабмик запрашивает у мирового сообщества значительные средства на подготовку соответствующих специалистов и приобретение специального оборудования, говорит о необходимости увеличения расходов на лечение туберкулёза. Но разве дело только в получении материальной помощи? Разве в случае с тем же Муссой были какие-то трудности в постановке диагноза? По мне, так нет. Какие средства нужны, чтобы вылечить не пациента, а врача от бездушия и полного безразличия к больному? Есть ли такие суммы? Тут не деньги нужны. По крайней мере, не одни только деньги...

Видя такое отношение, решила довести обследование Муссы до конца. Несколько раз разговаривала с врачом и после завершения обследования. Больного перевели в туберкулёзный госпиталь, где он лечился более двух месяцев стационарно, а потом столько же амбулаторно. Я и моя подруга Милу (деятельная португалка, официальный дилер «Тайоты» в Африке) навещали его, передавали продукты, фрукты...

Через полгода, когда я вновь приехала в Шокаш-Мар, Мусса пришёл меня навестить. Теперь он был, как прежде – выздоровел и снова стал работать каменщиком. Воспитывает двух сыновей-подростков. К нему вернулась исчезнувшая во время его болезни жена, оставившая погибающего мужа одного с детьми. Похоже, он её простил...

Я не специалист в области диагностики туберкулёза, но, насколько помню, бацилоскопия не является основным показателем того, есть ли у больного туберкулёз. Она не позволяет выявить миллиарные формы (случай Муссы), туберкулёзные бронхоадениты. А как быть с клиническими данными и лабораторными? Ими тоже нельзя пренебрегать.

Вторым нашим с Анни «муниципальным подвигом» в Шокаш-Маре стало восстановление централизованной подачи воды в городские дома и снабжение водой жителей ближайших палат по символической цене.

С помощью местного техника мы подсчитали, что восстановление водопровода будет стоить опять-таки около 6.000 тысяч долларов. Жители городка (я имею в виду отдыхающих) вновь согласились собрать эту сумму и проинвестировать наш проект. Чтобы воплотить его в жизнь, Анни предложила обратиться в находящуюся в Нампуле датско-мозамбиканскую компанию, специализирующуюся на подобных работах. Я согласилась. Жду, время идёт, а моя подруга всё молчит и молчит. Тогда я самостоятельно нахожу подрядчика, который довольно быстро и качественно справляется с поставленной задачей.

Уже после завершения всех работ, Анни призналась, почему играла со мной в молчанку. Она не хотела показывать смету, выставленную нам датско-мозамабиканской компанией: «Тебе стало бы плохо!» И это точно. Знаете, сколько нам насчитали? 110 тысяч долларов! Оказывается, чтобы выполнить наш заказ, компании понадобилось бы: купить машину ЛЭНД-КРУЗЕР (более 30.000 тысяч долларов), компьютер, арендовать дом, назначить руководителя проекта, администратора, секретаря и т.д.

Чудны дела твои, Господи! Смотрю по местному ТВ, как с большой помпой презентуют построенное какой-то заморской строительной организацией медучреждение. Это даже не здравпункт, а пункт скорой помощи площадью 10x7 м. Объявленная стоимость – 62.000 долларов. Ничего себе! Да за такие деньги в Мозамбике можно построить прекрасный здравпункт и оснастить его всем необходимым!

И всё это называется «помощью развивающимся странам»? Давайте снимем жульнические кавычки с этой фразы. Останется голая правда: ГРАБЁЖ СРЕДЬ БЕЛА ДНЯ!

Но я несколько отвлеклась, пора вернуться в Нампулу. Теперь я вкратце расскажу о нашей медицинской команде: кто есть кто? Всего нас семеро (хирург, уролог, травматолог, гинеколог, оторино и два педиатра). Врач-хирург Виктор Зайцев, его жена педиатр Людмила; уролог Женя Юшко; травматолог Игорь Алмазов и его жена педиатр Альбина; гинеколог Валера Рязанов и его жена Галя, терапевт, но без контракта. Кроме нас, медиков, здесь работают преподаватели в профтехучилище и военные специалисты в местном военном учебном заведении. В настоящее время оно стало высшим и именуется Академией. Кстати, её ведущие преподаватели учились у нас в стране, у них очень хорошая репутация и высокий авторитет. Все, кто учился у нас, считают наше образование самым лучшим. Многие выпускники советских вузов занимают здесь высокие должности в различных сферах экономической и общественной жизни. Я говорю об этом с гордостью и сожалением: зачем мы разрушили советскую систему образования?

Пусть она была не идеальной. А идеальна ли нынешняя? Разве она лучше? Хуже!

Всё познаётся в сравнении. Моя дочь живёт в Англии. Там врач общего профиля учится 4 года. Дочь по образованию не врач, психолог, но о некоторых болезнях, их диагностике, методах лечения знает больше, чем иной местный доктор.

Как-то в Англии, где я гостила, беда привела меня на приём к такому врачу (дочь считает, что он лучше многих других). Купить антибиотик в этой стране без рецепта невозможно, и я попросила выписать мне пенициллин, так как у меня рожистое воспаление. Врач с удивлением спрашивает (дочь ранее сказала ему, что я отоларинголог) откуда я знаю, что это рожа и что лечить её надо именно так? Настала очередь удивиться мне: как врач общего профиля может такого не знать? Вот вам и хваленое иностранное образование.

К специалисту, даже если у вас не в первый раз обострился гайморит, вы сразу не попадёте. Сначала вас будет лечить всё тот же врач общего профиля, пока ваше состояние не ухудшится. Только тогда вы получите направление к специалисту.

Частную медицину я вообще боюсь. Особенно когда надо что-то вырезать. И липовые показания к хирургическому вмешательству придумают и срочность такого вмешательства обоснуют. Приведу один из последних случаев.

У моей подруги В-и мочекаменная болезнь. Она едет в ЮАР на консультацию. Без оперативного вмешательства эндоскопическим путём ей удаляют камень. Через два года снова приступы почечной колики. На УЗИ камень в почечной лоханке; изменения в моче. Она снова едет в ЮАР на консультацию. Предлагают операцию, делают и удаляют коралловый камень, где-то 1,5x1 см. Всё хорошо. Спустя 2 года после этой операции, она, будучи в Мапуто, решила пройти обследование и проконсультроваться у врача-уролога. Результаты повергли её в шок. Два врача сказали ей, что у неё фактически одна почка. А где же вторая? Ни до операции, ни после лечащий врач в ЮАР не проинформировал её о

необходимости (если таковая была) хирургической операции, не заручился согласием больной. Как вам такая частная медицина? В-и уехала лечиться в Португалию, где подтвердили: работающая почка у неё только одна, вторая – прооперированная, первично сморщенная и не функционирующая. Уже год моя подруга не может прийти в себя – тяжелейший стрессовый синдром.

Все мы живём, включая и кубинских врачей, в доме напротив госпиталя, что очень удобно – не зависишь от скорой помощи, которая часто отсутствует по причинам весьма далёким от обслуживания больных (работает то как такси, то занимается транспортировкой угля, коз и ещё бог весть чем). По контракту нам положена квартира, обеспеченная всем необходимым – мебелью, электроплитой, холодильником, кондиционером, посудой, постельным бельём и т.д. Но в действительности это выглядит так: колченогая, давно нуждающаяся в ремонте мебель, плохо работающий холодильник, плитка лишь двухкамфорная, кондиционер отсутствует, ну а посуда и прочее – радуйтесь, что привезли с собой.

Но оказывается, на всё, что положено по контракту, Минздрав выделяет солидные средства. Только вот куда они уходят и на что тратятся? Вопросы эти задавать не принято. И требовать ничего нельзя, иначе сразу станешь персоной нон-грата и на продление контракта, о чём все в душе мечтают, можешь не надеяться.

Защищать нас некому. Старший нашей группы живёт припеваючи в столице: зарплата в 2 раза больше нашей и никакой тебе ургентной службы, работы по ночам, никаких тебе сверхурочных (у нас – по 110 часов в месяц). Казалось бы, ну, прояви хотя бы минимум внимания и заботы к своим подопечным. Потребуй, чтобы то, что официально нам обещано, выполнялось. Ведь это твоя прямая обязанность. Но нет, старшему надо думать о продлении собственного контракта, поэтому его тактика «ничего не вижу, ничего не слышу, ничего не знаю, ничего никому не скажу». Ча-ча-ча.

Почти два месяца, живём на последнем 3-ем этаже (по-нашему это второй). На первом размещается провинциальная Дирекция здравоохранения. Ночью в квартире +28, воду подают не постоян-

но, посему в ванной всегда должен быть её запас. Кондиционера, повторяю, нет. Ночь превращается в кошмар, какой уж тут отдых! (А в столице в квартирах врачей по 2 кондиционера.) С собой, учитывая ангольский опыт, мы привезли всю необходимую посуду, постельные принадлежности, чудо-печь и духовку. (В ней долгое время будем выпекать хлеб. В столице этой проблемы тоже нет, хлеб там всегда можно купить в пекарне Торгпредства.)

Продукты почти все заказываем через кооператив того же Торгпредства, а Торгпредство по оптовой цене – в Свазиленде. Нам потом всё предлагается с хорошей наценкой. (Ох, и нажились же на нас, но об этом вспоминать не хочу.) Доставляют продукты один раз в месяц наши лётчики. Сразу для всей колонии – врачей, преподавателей, военных. В городе овощи и фрукты можно только выменять, купить практически ничего нельзя. Покупаем на базаре лишь папаю, там есть магазинчик, где её всегда продают.

В доме у военных, в зависимости от того прилетит или не прилетит наш самолёт, несколько раз в неделю смотрим фильмы. И всякий раз, когда мы уходим в кино, воры пытаются нас обворовать. Казалось бы, врачи, которые вас же лечат – неприкосновенны, есть такое негласное правило. Но тут это правило понимают по-своему: врач, может быть, и неприкосновенен, но не его дом, не его имущество...

Лично меня трижды обворовывали прямо на центральной улице. И каждый раз я бросалась догонять вора и отнимать у него украденное. Полицейский мои действия не одобрял. «Доктор, не делай этого, – наставлял он меня, – ведь он может навредить твоей семье». Я не сразу поняла – это со стороны стража порядка дружеский совет или намёк с угрозой?

Когда мы стали жить уже не в госпитальном доме, нас обворовывали трижды, и в последний раз вынесли почти всё, что пролезло в дыру зарешеченной наружной двери. Поимкой воров опять пришлось заниматься мне, так как надежды на полицию было мало. Не зря я читала Агату Кристи. Методы мисс Марпл очень даже пригодились.

Вором оказался мой сосед и ещё несколько типов, сбившихся в банду. И банд таких тут предостаточно. Как я выяснила позже, эта разветвлённая преступная сеть охватывает, по-видимому, всю страну. В век мобильных телефонов наладить оперативную связь между бандгруппировками очень легко...

Не поверите, но мне удалось вернуть украденное. Но всё, лишь часть. Часть досталась полиции – здесь такое негласное правило. До суда мой сосед-вор уговаривал меня: «Доктор, если меня посадят, как же я возьму тебе ущерб? Ты лучше меня прости». Простила не я, простили, наверное, другие. Спустя месяц он снова появился перед моим домом. Снова иду в полицию. Через пару месяцев его всё-таки опять взяли. В КПЗ, дожидаясь суда, он стал присылать мне угрозы – убью тебя и твоего мужа. С его посланиями снова иду в полицию и открываю новый процесс – угроза убийства.

И ещё о моих расследованиях. Моим ворами помогали хозяин такси и одна девица, оба студенты местного педагогического университета (как вам такие будущие педагоги?) Их арестовали, но потом быстро отпустили. По причине недостаточности доказательной базы. Постарался прокурор Педро. Если девица меняет мои доллары и называет у кого, и если таксист (владелец нескольких такси) чуть ли не постоянно в 3 часа ночи приезжает по вызову на личный мобильный телефон и развозит по разным домам четырёх полупьяных воров, засвеченных во множестве тёмных дел, какие ещё должны быть доказательства того, что все они члены одной банды? Мало доказательств? Через 3 дня появляется ещё один косвенный участник описываемых событий. Очень деловой, трогательно обеспокоенный судьбой своего друга, моего соседа-вора. На следующий же день, этот респектабельный господин снимает с его счёта по карточке все деньги, депозитированные девицей (его сестрой по вере Элвирой). Потом спокойно уезжает в районный город, где как я выяснила, подрабатывает в евангелистской церкви. Оказывается, господин «настоящий полковник» был осуждён на 17 лет за убийство и угон машин, отсидел

всего 7 лет и был досрочно условно освобождён по ходатайству этой самой церкви. Интересно было бы узнать, а скольким действительно невинно осуждённым эта церковь помогла выйти на свободу? Что-то тут не так!

Одного из воров так и не поймали, да его никто и не искал, так что в тюрьме сидят трое. Но «сидят» сказано не совсем точно. Периодически мой вор, например, снова появляется в городе. Одно из двух: или он сбежал из тюрьмы или его отпускают поворовать. Не исключаю, в тюрьму он возвращается с добычей и делится украденным с теми, кто «подарил» ему несколько часов свободы. Одна моя подруга рассказывала мне, что у её бывшего мужа-полицейского уже нет места, где ставить изъятые ворованные магнитофоны и телевизоры. Думаю, это правда.

Как-то, возвращаясь из госпиталя около 2-х часов ночи, я сама услышала разговор двух полицейских: «Пора идти собирать долги». Напротив нас район, облюбованный ворами. Когда на следующий день я спросила моего техника, живущего там, что означают эти слова, он объяснил мне: «Да они идут собирать мзду с воров». А что? Всем хорошо – и тем, кто ворует и сидит, и тем, кто их ловит и сторожит. Полицейские и воровы в одной упряжке – кто догонит такую колесницу? И куда она мчится?

Куда? Сейчас расскажу. В соседней с нами провинции Келимани работали наши врачи, хирург и его жена-педиатр. И однажды ночью к ним через балкон влез вор. К счастью, они его услышали. Вор не ожидал появления хозяина, испугался и выпрыгнул на улицу через балкон. Выпрыгнул неудачно, всё же 3-й этаж. Пришлось вызывать полицию и срочно госпитализировать пострадавшего. Потом последовал вызов хирурга в госпиталь. И вот вам ирония судьбы: тот, кого собирались ограбить, провёл сложную операцию и спас жизнь тому, кто замыслил ограбление. Операция прошла удачно, но уже в отделении возмущенный медперсонал из местных отправил вора без суда и следствия в мир иной. Здесь нередко жители прибегают к самосуду, когда уже нет надежды на полицию.

О моих злоключениях с ворами можно рассказывать ещё много. Когда в очередной раз меня пытаются обворовать, сотрудники госпиталя смеются и говорят: «Ты же их жалеешь. Когда их приводят в госпиталь из тюрьмы, просишь на кухне их накормить, лечишь с заботой и вниманием, вот они тебе и отвечают взаимностью».

Однажды мне вместе с директором Департамента образования пришлось преследовать двух воров, точно как в фильме «Тропическая жара». Есть, что вспомнить. Кто бы мог подумать, что жизнь в Африке будет временами напоминать голливудское кино.

Военные и профтехы покинули нас после распада Союза. Под своё крыло нам предлагал перейти «Техноэкспорт», но почти все отказались из-за слишком жёстких условий сотрудничества. Подробнее об этом в своё время, а пока вернёмся в госпиталь.

Госпиталь, рассчитанный на 400 коек, был построен в 1960-х годах и предназначался он только для обслуживания городского населения, которое тогда не превышало 200 тысяч человек. К нашему приезду население возросло до 300 тысяч, плюс к ним медицинскую помощь пришлось оказывать больным из районных госпиталей и здравпунктов, а также из соседних провинций. Коек, конечно же, стало не хватать. Больных сейчас 600–700 человек. Нередко они лежат прямо на полу, подстелив под себя капулан. В педиатрии 3-4 ребёнка могут занимать одну кровать.

Сам по себе проект госпиталя превосходный, все отделения и службы соединены переходами, удобными для транспортировки больных в любом состоянии. В операционном блоке 4 операционных и ещё одна – в роддоме. В приёмном покое есть зала для малых операций, не требующих общего наркоза. Реанимационное отделение – палата для взрослых и отдельно для детей. Врача-реаниматолога нет, поскольку доктор, который лечит или оперирует больных в отделении, продолжает наблюдать за ними и в реанимации.

Казалось бы, всё продумано и должно работать как часы. Не тут-то было! В реанимации на 15–20 больных всего одна медсестра! Да и она особым усердием не всегда отличается. Иной раз приходишь в реанимацию посмотреть своего больного, а в это время не медсестра, так медбрат в наушниках слушает музыку. Сидит за врачебным столом спиной к больным. И хорошо, если его вообще застанешь. Случается, что и днём с огнём не сыщешь. Спрашиваешь: «А где медбрат?» – «А он пошёл навестить родственников в другом отделении». Или второй вариант: «А он ещё не вернулся из школы и попросил медсестру из детской реанимации его подстраховать».

Конечно, есть и очень ответственные и грамотные медсестры, но вот только они в реанимации долго не задерживаются. И это легко объяснимо: зарплата за тяжелейшую работу здесь и у коллег в той же терапии или хирургии, где куда спокойнее, одинаковая.

А разве можно сравнить, допустим, нагрузку акушерки в роддоме и медсестры в отделении (кроме, пожалуй, детского отделения и реанимации)?

И в школе, и в университете, и на разных курсах все учатся только в рабочее время, хотя есть возможность учиться по вечерам. А зачем? С утра – на занятиях, приходишь в госпиталь в 14–15 часов, а в 15.30 заканчивается рабочий день. Вот и славно. В какой стране мира есть такое?!

А вот если придёшь вечером в отделение, где работа без права сна, увидишь идиллическую картину: после 20–21 часа медработники устраиваются на ночлег. Уверенности, что твои назначения ими в точности выполняются, нет никакой. Хочешь спасти своего больного в той же реанимации, даже детской, приходи и проверь всё сам. Какой-нибудь медбратик или сестричка будет тебе преданно смотреть в глаза и говорить, что раствор прокапан, а попросишь показать следы инъекций, их, увы, нет. Кругом враньё! Никакого контроля нет и потому исполнительская дисциплина на нуле. Все друг другу какие-то родственники, ведь семьи

большие, а родственников проверять и наказывать не принято. Да к тому же и сам шеф отделения не показывает подчинённым пример обязательности и пунктуальности.

За годы работы в госпитале я пережила две эпидемии: эпидемического менингита и холеры. Я в то время исполняла ещё и обязанности шефа приёмного покоя и должна была составлять график работы на месяц. При наличии 14 врачей, включая главного и директора клиники, на каждого приходилось по 3-4 дежурства. Доплаты за эти восьмичасовые дежурства не было, поэтому заступать на них никто, конечно, не рвался. А национальные врачи и техники очень часто, не предупредив заранее, на дежурства вообще не выходили. Мне приходилось в таких случаях их замещать.

Ситуация изменится, когда приедет врач из Бейры и скажет, что у них в таком же госпитале за дежурства платят в обязательном порядке. Оказывается, это касается и нас, нам тоже должны платить. И нам начали платить, хотя и гораздо меньше. И сразу же не стало проблем с дежурантами. Правда, возник вопрос: а куда же использовались столько лет средства, выделяемые на оплату дежурств? Но вопрос этот отнесли к риторическим, то есть не требующим ответа.

Так вот, началась эпидемия менингита. В самом начале к нам поступало по 5-6 больных в день, а потом число заболевших стало расти, как снежный ком – 20 и более в день. Открыли специальное отделение, прекратили плановые операции. В разгар этих событий ко мне приходит делегация сотрудников приёмного покоя и заявляет: «Доктор, мы располагаем достоверной информацией, что все, у кого есть деньги – сотрудники Провинциальной дирекции и другие чиновники – уже сделали себе прививки в отделении по вакцинации. А у нас маленькие дети, мы обслуживаем больных, платить за прививку нечем, как же нам быть?» Я иду к директору клиники доктору Амаршандру и докладываю ему всё, о чём узнала, открытым текстом. Называю стоимость прививки и кого в городе прививают. В результате принимается решение: срочно изыскать возможность и привить всех работающих в при-

ёмном покое, в реанимации, в детском отделении, и в отделении, где госпитализированы больные с менингитом.

Кроме этого, были привиты школьники, дети в детских садах, многие работники предприятий (правда, в основном частных). Большую помощь в обеспечении населения вакциной оказала Католическая церковь. Я помогла привить всех иностранных специалистов (занималась этим, естественно, вне своего рабочего времени).

Эпидемию удалось остановить довольно быстро, но вот данных о том, сколько человек умерло, я не имею. Если и есть такая статистика, то она вряд ли достоверная, потому что в это же время умирали и от малярийной комы, и от туберкулёзного менингита, и от менингита другой этиологии.

Тяжёлым осложнением менингита является нейросенсорная тугоухость. Так вот, на приёме с этим осложнением у нас прошло максимум 10 больных. Это очень маленький процент, я ожидала, что будет гораздо больше. А объяснение тут простое: была предложена правильная схема лечения, начиная с приёмного покоя, и все необходимые лекарства имелись в наличии.

А другая эпидемия – холерная. Кто хоть раз обследовал холерного больного, запомнит это на всю жизнь. И в диагнозе никогда не ошибётся. Эпидемия началась ещё до установления мира в Мозамбике (1994 г.), когда в городе была большая проблема с водой. Ну а то, что было на пике событий, сейчас опишу.

Дежурю в приёмном покое, дежурство воскресное, сутки. В 24 часа записываю 100-го больного, кисть руки уже не слушается, воды вымыть руки нет, кондиционера нет, питьевой воды нет, пот приходится вытирать предплечьем. А больных всё везут и везут, всё несут и несут. Весь пол залит испражнениями – цвет рисового отвара и запах морских водорослей. Больные с запавшими глазами, безучастные, холодные на ощупь, пульс еле еле прощупывается, давление ниже некуда, у некоторых рвота. Регистрационный лист (или *процесс*, как говорят медики) тоже в испражнениях. Он уже или не один раз падал на пол или побы-

вал под больным на кушетке, а из больного беспрестанно льётся. Чтобы сделать положенную запись, беру лист за ещё не замазанный кончик и пробираюсь в кабинет, стараясь не ступить в испражнения. А в это время больному уже начинают внутривенно капать, на каталке везут в перепрофилированное отделение. Из антибиотиков назначают тетрациклин, берут кал на анализ...

Хочу сказать, что больных привозили поздно. Тут принято сначала лечиться у знахаря-курандейры, а уж если совсем станет худо, обращаться в госпиталь.

Директор клиники вызывает меня и говорит, что всем врачам, чтобы не заболеть, надо принять вот эти таблетки, по три на каждого – и протягивает мне упаковку с лекарствами. Всем раздаю таблетки, и первая во время обеда их принимаю. Через час иду в город на базар. Чувствую, что-то мне плохо, кружится голова, слабость, боюсь упасть в обморок, начинается зуд всего тела. Слава Богу, вижу, идут жёны военных, прошу их помочь мне дойти до дома...

Дома еле откачали. Оказалось, у меня сильнейшая аллергическая реакция. Говорю своим: «То, что я вам дала, лучше не принимайте». А на следующий день спрашиваю у доктора Амаршандры: «Что это были за таблетки?» Он отвечает, что это *доксоциклин*, предназначен для лечения холеры.

Не известно заболела бы я холерой или нет, а вот от анафилактического шока вполне могла бы умереть.

Случаи холеры в период дождей и жары повторяются здесь почти каждый год. Существует мнение, что желудочный сок убивает холерный вибрион, но когда сильная жара и человек пьёт много воды, концентрация желудочного сока снижается и его действие на холерный вибрион ослабевает. Не буду это оспаривать. Согласна. Как согласна и с тем, что холера, прежде всего – болезнь грязных рук, удручающей антисанитарии и вообще низкой гигиенической культуры. Вот и надо бы повышать эту культуру. Разве трудно вложить в головы жителей страны хотя бы то, что в период жары желательно пить понемногу и лучше подкисленную лимонным соком воду? Для объяснения этого есть

радио, телевидение и т.д. По данным статистики почти 3.000.000 человек в стране смотрят телевизор, 6.000.000 слушает радио и 300.000 имеет возможность читать газеты и журналы. Вместе это почти половина населения Мозамбика. Так займитесь же, наконец, санитарным просвещением!

Куда более радикальной должна быть и врачебная помощь. Сейчас холерных больных лечат без антибиотиков. Проводят всего лишь дезгидратацию внутривенными вливаниями и питьём солевых растворов (ОРО). В результате холерный вибрион не убивается, и, естественно, вспышки холеры возобновляются из года в год.

Когда по телевизору показывают сидящего или лежащего на боку больного холерой, я этому не верю. Скорее всего, это простая диарея. Или, на худой конец, дизентерия.

Одно время в приёмном покое мне помогал (дежурил 1–2 раза в месяц) американский врач по имени Чарльз. Он работал хирургом в районном госпитале Маррере и одновременно являлся падре какой-то католической конгрегации. Так вот, во время эпидемии холеры прихожу в приёмный покой, и мне передают от него послание, в котором этот американский доктор ставит меня в известность, что работать здесь больше не будет, так как нет воды, нечем даже помыть руки, а у него трое детей и так рисковать собой он не может. Что ж, он прав. Я на него не обиделась. Даже некоторые местные врачи постарались найти причину, чтобы уехать отсюда в Мапуто. Иногда они звонят мне из столицы и интересуются, а как там холера?

Прививки от холеры сделали себе только немецкие преподаватели. У них была вакцина. Вакцинировала их всех я. Ну а мы, как всегда, понадеялись на русский авось – авось пронесёт!

Около города Никополь (Украина) есть старое кладбище, где похоронены умершие во время эпидемии холеры. Проходя мимо памятника в виде обрубленного дерева, все останавливаются. Это памятник студенту-медику, добровольно помогавшему холерным больным во время своих студенческих каникул. Выбитые строчки эпитафии я запомнила на всю жизнь.

«Не хуже нас он видел невозможность
Служить добру, не жертвуя собой».

Юный студент-медик, выхаживавший тяжелобольных, сам заболел и умер. Такое вполне могло произойти и с нами. Был бы памятник? Сомневаюсь! У нас о живых заботятся мало, что уж говорить о мёртвых. В наших контрактах не предусмотрены субсидии *риску да вида* (опасность для жизни). Оказывается, мы здесь ничем не рискуем.

А вот мозамбиканские медработники эту субсидию ежемесячно получают. А как же? Ведь сейчас в стране объявлена пандемия СПИДА. Но больных с этим смертельным заболеванием ежедневно оперируют и наши врачи, рискуя каждый раз заразиться. Где в их контрактах статья *субсидию риску да вида*? Её нет. Между тем в законе четко прописано: если иностранный врач работает в тех же самых условиях, что и местный специалист, то он имеет право на те же самые льготы. Как назвать происходящее? Дискриминация? Коррупция? Некомпетентность тех наших чиновников, кто в своё время согласовывал эти контракты с Министерством здравоохранения Мозамбика? И первое, и второе, и третье. Но прежде всего – тотальное РАВНОДУШИЕ.

Вернусь к интересным случаям болезней и другим медицинским происшествиям. Расскажи мне о чём-то подобном кто другой, я, скорее всего, не поверила бы. Но всё это было в действительности! Я лично свидетельствую.

Где-то около 20 часов звонит из Накалы (портовый город в 250 км от Нампулы) военный врач Сергей и говорит, что привезёт больную, немку из ГДР. Подозрение на перитонит. Приедут вместе с мужем этой женщины – пара здесь работает по контракту (геофизик и геохимик).

В те годы без сопровождения военных никто на такие расстояния не выезжал. У Сергея сопровождения нет, но и выхода нет, больной очень плохо. Решили рискнуть. Будь, что будет!

По в конец разбитой дороге они домчались до Нампулы за 3 часа. Заходят к нам, чтобы забрать моего мужа (он, напоминая, акушер-гинеколог). Я говорю, что если это перитонит, то надо предупредить нашего соседа, врача-хирурга Виктора, чтоб не ложился спать. Уходят.

Вызова хирурга так и не последовало. Возвращаются около часу ночи. Выражение лиц – глупее не придумаешь. У мужа немки на глаза слёзы, а рот до ушей. Ничего не могу понять: «Да что случилось?!» Мой муж кивает в сторону двух стоящих рядом с ним мужчин, мол, спрашивай у них. Сергей смотрит на меня и говорит: «У Ганса... сын родился!» Вот так перитонит!

У этой пары не было детей почти 10 лет и врачи с сожалением вынесли заключение, что детей у них быть не может. Женщина оказалась высокой, ширококостной, с развитым тазом. Месячные у неё всегда были не регулярные. В тот год она уже не работала, стала полнеть, думала – от безделья. Когда же начались боли в животе, частые позывы – без конца сидела на унитазе. Считала, что чем-то отравилась. Но боли стали нестерпимыми, и муж вызвал военного врача. Сергей – отоларинголог. Никакого другого врача в Накале в то время не было. Но акушерка-то была! Живот вздут. Напряжён. Боль всё сильнее. Сергей испугался и решил срочно госпитализировать «больную». Повезло, что успел довести.

Зовём Виктора и его жену Людмилу (она врач-педиатр) и отмечаем в полночь такое важное, радостное и уму не постижимое событие!

На следующий день я навестила роженицу. Надо было видеть эту картину! Она смотрела на своего первенца, как на инопланетянина. До неё ещё не дошло, что это её ребёнок! Уже не помню, кто и как связался с земляками немецкой пары. Они помогли, принесли Хельге – кажется, так звали женщину – одежду (будущую мамашу привезли в госпиталь в одной ночной сорочке), где-то достали ткань на пелёнки... Новоявленные родители сообщили счастливую новость своим родителям, неожиданно ставшим дедушками и бабушками.

Потом мы поддерживали отношения, они нам писали, прислали своё фото с малышом, приглашали в гости... Сейчас у них всё хорошо, живут в Дрездене, хотя перед отъездом переживали, что могут остаться без работы в связи с объединением ГДР и ФРГ – это было как раз в те бурные годы...

Во время военных действий к нам однажды поступило трое мужчин, в возрасте 45, 35 и 18-ти лет. Все трое с отрезанными ушами. По рассказам этих людей, над ними издевались *фенамовцы* (боевики оппозиционной группировки). Так это или нет, осталось тайной. Местные говорили, что вора́м тоже отрезают уши.

Повезло самому старшему, его обе ушные раковины болтались на мочке, и я их пришила. Получилось даже красиво. У самого молодого одна ушная раковина вообще отсутствовала, от другой осталась только половина. Ну и у 35-летнего было только по половине ушной раковины – тут уж не до красоты.

Похоже, все трое не очень-то и переживали. Рады были, что остались живы...

Другой случай. Меня срочно вызывают в приёмный покой. Спрашиваю, что случилось? Надо бежать или могу идти быстрым шагом? И в ответ слышу, что больному надо пришить... голову. Пришить голову? И причём тут я, отоларинголог?

Прибегаю, да действительно надо пришивать голову. Голова удерживается только на позвоночнике и кивательных мышцах и чтобы дышать, она у больного запрокинута назад и свисает с носилок. Впечатление, что больной без головы. Рана проходит на уровне верхнего края щитовидного хряща, слизистая задней стенки глотки повреждена до позвонков, не хватает полсантиметра до сонных артерий. В таких случаях говорят – родился в рубашке.

Оказалось, убить несчастного пытался родной сын. Где-то за 50 долларов. Столько его отец собрал какого-то налога с односельчан. Обычно травмы наносятся *катаной* (большой нож, длиной 60–70 см и шириной 5–7 см). Удара было три. Последний должен был оказаться смертельным. Сыночек деньги забрал и сбежал. Истекающего кровью отца соседи привезли в госпиталь.

Я ушивала и восстанавливала анатомию почти два часа. Через неделю уже деканулировала больного (была сделана трахеотомия) и через месяц – выписала. Единственным осложнением было повышенное слюноотечение, связанное с травмой слюнной железы. В дальнейшем оно прошло. Больной приезжал для контроля ещё дважды. Рассказал, что сына поймали...

Была ещё одна женщина, которую привезли после тяжёлой травмы ранения. Муж пытался убить её. И опять катаной. Повредил околоушную железу, ушную раковину и сосцевидный отросток. Глубина раны на отростке доходила до твёрдой мозговой оболочки. Когда эту женщину привезли, меня не было в госпитале. Я вернулась через несколько дней из отпуска – и вот подарок! До сих пор не пойму, почему её не сразу прооперировали, а только на пятый день после случившегося? Ведь в госпитале был челюстно-лицевой хирург, нейрохирург...

Беру больную на операцию и, конечно, приглашаю нейрохирурга. Делаем ревизию раны, где можно, зашиваем и дренируем. Формирую слуховой проход. Назначаем антибиотики.

Женщина выжила. Остался паралич лицевого нерва, слух не пострадал. Несколько раз она приезжала на консультацию. Её мужа-убийцу не поймали. Да и кто его будет искать и ловить?! Как мне сказала пациентка, у него уже исчезли бесследно две предыдущие жены. Убил, закопал и дело с концом. Что такое вполне возможно, я убедилась, когда стала работать врачом на строительстве моста. Но об этом – потом.

Постоянно сталкиваюсь с паталогией, связанной с попаданием в лор-органы самых неожиданных инородных тел. Так, в носу может оказаться арахис, пуговицы, батарейки от часов; в глотке – рыбки косточки в миндалинах; в трахее и бронхах – чаще всего, арахис; в пищеводе – монеты различного достоинства, кости и косточки, зубные протезы и т. д.

Однажды, удалив инородное тело из пищевода и проверяя всё ли нормально со стенками пищевода, так как инородное тело было крупное (голова морской свинки целиком), я прихожу в

ужас и вытаскиваю какую-то желтоватого цвета густую массу, похожую на круго заваренный клей. Спрашиваю местного анестезиста Климаку, что это такое? А он спокойно отвечает, что это мандиока, она переваривается очень медленно, находится в желудке почти 24 часа и надолго даёт ощущение сытости. Так вот почему, поев утром шиму из мандиоки, дети моей соседки бегают целый день и не просят есть – их желудки на сутки заняты разбухшей, крахмалистой массой.

О мандиоке я уже упоминала, описывая свою жизнь в Анголе, но кое-что повторю, уж не взыщите. Для голодной Африки мандиока – это поистине подарок богов! Кстати, я её тоже люблю. Правда, варёную и потом обжаренную. А вот моя *амига* (подруга) печёт из неё очень вкусные колобки.!

Мандиока – еда, в основном, для бедных. Они её сушат, перемалывают в муку и потом готовят *шиму*, или, что то же самое, *кафакату* (мамалыгу, по-нашему).

Всё, что тут выращивают местные, будь то мандиока, кукуруза, фасоль, арахис, рис и другое, из-за плохого хранения в значительной мере уничтожается различными жучками-вредителями. Поэтому готовый урожай, пока он не испорчен, стараются побыстрее продать оптом индусам и пакистанцам, у которых имеются надлежащие складские помещения и магазины. Те покупают всё очень дёшево, а потом тому же населению продают втридорога.

Как я уже писала, рис, фасоль, кукурузу коммерсанты разных национальностей и, в частности, европейцы женатые на местных (в основном, ради безопасности бизнеса), продают ООН по программе «Питание». Потом выращенное местным населением ему же перепродаётся. Четко отработанная схема. И попробуй скажи, что это коррупция. Какая коррупция?! Всё идёт под маркой ООН! Куда после этого жаловаться, где искать справедливости? В стране, где 80 процентов неграмотных (в настоящее время якобы только 40) очень легко заниматься надувательством.

Инородные тела в пищевом тракте чаще всего встречаются у детей. Их привозят в госпиталь обычно на 5-7 день, когда уже ребёнок

не может глотать твёрдую пищу. И извлечь, например, проглоченную монету можно лишь после того, как освободишь её от грануляций и фибрина, чтоб ухватить щипцами. Я проделывала это много раз и осложнений никогда не было.

Опишу один случай, хотя вспоминать его не очень хочется. А дело было так. Я получила разрешение директора клиники, доктора Авроры, уехать на всю субботу и до 17 часов воскресенья из города. Согласовали, что на urgentные случаи будут вызывать техника или кубинского хирурга Пашкуалу. Надо сказать, я 15 лет была единственным специалистом на весь север страны, это почти 7 миллионов жителей, и не имела возможности ни одного дня быть свободной. Руководство к этому привыкло и воспринимало это как должное. (Однажды директор госпиталя доктор М-у на мою просьбу разрешить мне частную практику письменно ответил, что я должна, ни на что не отвлекаясь, работать 24 часа в сутки и 30 дней в месяц. Храню этот ответ до сих пор.)

Но продолжим. В субботу привезли с Куамбо (это почти 500 км от Нампулы) девушку 15 лет. Она проглотила монету, типа нашей 20-копеечной, и техник-хирург в Куамбо сделал ей трахеотомию. Зачем – не понятно. Думаю, техник был в большом подпитии.

У нас дежурила в это время доктор Аврора. На доске объявлений чётко написано, кого следует вызывать в моё отсутствие, но она вызывает доктора М-у (он по специальности хирург и учили его наши же хирурги). По случаю субботы он тоже, скорее всего, был уже не в форме. Врач направляет больную в операционную, и так как монета уже в желудке, чтобы извлечь её, делает лапаротомию и гастротомию. О, если бы этот великий эскулап знал, сколько монет самостоятельно вышло даже у двухлетних детей, не говоря уже о взрослых! О, если бы он помнил, что монета в пищевом тракте не является абсолютно urgentным случаем, то, возможно, и не стал бы делать 15-летней девушке вторую – и опять не показанную – операцию.

В цивилизованной стране то, что он сотворил – криминал. Но М-у решил во всём обвинить меня. Не тут-то было! Показываю

ему объявление о том, кто меня должен был подменять. Пишу, что и для трахеотомии, и для лапоротомии не было никаких показаний. Делаю копию истории болезни и говорю, что проблемы, которые он пытается навесить на меня, это его, а не мои проблемы. Не согласен? Тогда пусть нас рассудит суд.

Такой несговорчивости он мне не простил. И ещё раз попытался обвинить в халатности и пренебрежении врачебным долгом. Опять не вышло! И тогда в отместку он лишил меня, единственного специалиста, уже утверждённого контракта «Модель В». Почти 3 года я работала на куда более скромном местном контракте «Модель Е». Подлость, конечно. И неблагодарность.

И таков он не только по отношению ко мне. За время своей работы в Нампуле, в начале главврачём военного госпиталя, потом директором медучилища, и наконец, директором нашего госпиталя М-у сумел напакостить почти всем и довести почти всё, за что брался, до ручки. Преуспел лишь в коррупции. И всякий, кто препятствовал ему в этом, становился личным врагом. Так, например, он закрыл уже продлённый контракт преподавателю медучилища – она пожаловалась, что автобус для студентов используется директором в личных целях. Но Бог ему судья. Верю, что каждому воздастся по делам его.

Ещё об интересных случаях. Почти каждый год в госпиталь поступает 2-3 больных с отеком языка. Язык не помещается во рту, затрудняет дыхание, температуры нет, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Похоже, отёк аллергический. Но на что?

Выяснить это мне так и не удалось, но во всех случаях обошлось без операции. Назначала внутривенно большие дозы гормонов (первая доза суточная), дифенидрамин, антибиотики и через 1-2 дня всё бесследно проходило.

Из-за отсутствия врача *максилло-фасиал* (челюстно-лицевого) некоторые его функции в нашем госпитале стал выполнять доктор А-о (стоматолог, образование получил на Кубе). Но было бы лучше, если бы он этого не делал.

Однажды к нам поступил больной с отёком языка и резким затруднением дыхания. Вызвали А-о, а я в это время обследовала своего больного и, как всегда, решила помочь коллеге, поделилась собственным опытом. Всё объяснила: как лечить, после чего отправить в реанимацию и, если состояние не улучшится, сделать трахеотомию.

Каково же было моё удивление, когда на следующий день персонал приёмного покоя мне рассказал, что больной сбежал, когда доктор сказал ему, что надо резать горло. Родственники привезли его назад только через 6 часов и он... умер.

И вот я думаю: доктор напугал больного специально, поскольку побоялся брать на себя ответственность за лечение и возможную операцию? Или нет? Ведь он очень религиозный, падре какой то религиозной общины, всегда перед операцией читает молитву. Я как-то раз спросила его, что ты там шепчешь, и он мне ответил, что разговаривает с Богом. Но не Бог же подсказал ему поступить так, как он поступил. Может быть, надо пошептаться и со своей совестью?

Расскажу ещё об одном невероятном случае. Поступает из г. Накалы (это 250 км от Нампулы) больной, который 5 дней назад получил электрошок. Поражение было настолько сильное, что в районном госпитале посчитали, что он и дня-двух не протянет. А когда выяснилось, что больной не собирается умирать так скоро, его переправили к нам.

Описать словами то, что я увидела, невозможно. Сбежались все работники приёмного покоя. Такого никто из нас никогда не видел и, думаю, больше не увидит. Голова больного была раза в два больше нормальной и представляла собой большой шар. Полностью отсутствовала кожа и мышцы на черепе (скальпированный череп). Вместо носа – чёрная дыра, нос выгорел полностью, включая и костную часть. Нет верхнего века справа, нет верхней губы и части верхней челюсти, включая передние зубы (резцы и клыки), выгорела нижняя губа, нет правой ушной раковины, слухового прохода, включая и костный отдел. И это далеко

не всё! Некротизированны мягкие ткани в области шеи справа; кисть правой руки – сплошная рваная рана; указательный и безымянный палец без мягких тканей; рана в левой подмышечной области... Ко всему, от больного исходит отвратительный запах гнилого мяса. И что прикажете делать?

Отправляю больного в реанимацию. Спасаясь от запаха, там все сразу надевают маски, но помогает мало. Через два дня в операционной без всякой анестезии по возможности иссекаю некротизированные ткани. В них за два дня под повязкой полно белых червей. Назначаю антибиотики, внутривенно – декстроза 5%, физраствор, перевязки с *гипохлорету де содиу*. (дезинфицирующий раствор), питание – через зонд. Состояние больного стабилизируется...

Как всё случилось, частично рассказал он сам и потом его сослуживцы. Прогуливаясь со своей подругой, он зашёл в уже давно не функционирующую *эмпрезу* (предприятие) и решил утащить кусок электрического кабеля. Кабель был не обесточен, и незадачливого воришку всеми промышленными ваттами ударило – сначала по руке, а потом и по голове. Шансов выжить после такого поражения током нет никаких. Но невероятное произошло!

Со временем раны очистились, больной начал питаться самостоятельно, в реанимации к нему привыкли, и его вид монстра уже никого не пугал. Но что с ним делать дальше? С такими большими дефектами какая может быть пластика? Мне надо уезжать в отпуск, а никто беднягой не хочет заниматься. И тогда директор клиники говорит: «Вези его в Мапуто».

Как никогда быстро были куплены билеты, желающих сопровождать больного не нашлось (хотя обычно отбоя нет), значит сопровождать его должна я. В самолёте сидим в последнем ряду, у больного вся голова забинтована кроме отверстий для носа и рта. И в придачу – запахи. Все, кто имел возможность, быстро пересели подальше.

Долетели. Передала больного врачу в приёмном покое. Он спрашивает: «А что тут можно сделать?» Отвечаю: «Вы спросите об этом специалиста».

Вернувшись через месяц из отпуска, я узнала, что моего больного готовили к пластической операции, но он умер раньше, прожив ещё месяц. Якобы от интоксикации. Такое действительно случается при тяжелых поражениях электрическим током. Думаю, в этом случае, ему никто не смог бы помочь.

Впервые в своей профессиональной деятельности я познакомилась с бешенством. Вот как это было. Прихожу утром в приёмный покой. Медсестра передаёт сведения о больных, которых оставил мой коллега, уйдя с работы пораньше (это у них в порядке вещей). Через медсестру доктор просил передать: если давление у больной снизится, отправить её домой. В истории болезни ничего кроме повышенного артериального давления не отражено. Меряю давление, оно высокое. Но больная какая-то странная, на вопросы не отвечает. Выяснить что-либо об анамнезе заболевания невозможно. Родственники ещё не пришли. Решаю госпитализировать её в терапевтическое отделение для обследования и постановки диагноза.

Каково же было моё удивление, когда через 3 дня, находясь в отделении реанимации, я увидела, что на носилках заносят ту самую больную. Посмотрев на неё, я говорю шефу реанимации: «Да у неё же, скорее всего, бешенство. Я почти уверена!»

И я оказалась права. Родственники объяснили, что одна из дочерей этой больной, покусанная собакой, неделю назад умерла. Думали, что у матери поднялось давление от переживаний. В приёмном покое никто анамнез не спросил, померили давление, назначили лечение, оставили на кушетке до утра. И только после беседы с родственниками и с ухудшением состояния больной, когда симптомы бешенства стали очевидными, её перевели в реанимацию. Больная умерла через 3 дня. А через пару дней к нам поступает её вторая дочь с уже выраженными симптомами бешенства и погибает через неделю. И тут я выясняю, что эта самая собака, пыталась укусить и меня.

Было это две недели назад. Идём с мужем к нашим знакомым. Их дом напротив дома погибших. Сидит собака, истощённая,

ко всему безразличная. Я, надо сказать, всю жизнь боюсь собак, ибо была уже дважды искусана. И вот, эта полудохлая собака совершенно неожиданно делает прыжок и пытается укусить меня за бок. Я отскочила, но царапина когтем осталась. Вроде не укус, крови нет. Но переживать всё же пришлось целых 90 дней – таков самый длительный инкубационный период. К счастью, обошлось.

А вот ещё один случай, разобраться в котором (в его, так сказать, нравственном аспекте) я до сих пор не могу. Еду с шофёром госпиталя и вижу мужчину – из тех, кого у нас называют бомжами. У него справа, начиная с верхнего века, свисает длинное, сантиметров 50–60, кожистое образование в виде мешка. Он его периодически закидывает вверх и тогда виден его глаз. Зрелище ужасающее. Останавливаем машину, и я ему предлагаю поехать с нами в госпиталь. Он соглашается.

Приехали, сделали рентген. Это *менингоцеле*, оно у него уже много лет, похоже, с детства. Прошу врача-нейрохирурга посмотреть бедолагу. Заключение после осмотра – необходима госпитализация. Её назначили на завтра...

Мы ждали его несколько дней, но он так и не пришёл. Почему? Демонстрацией своего уродства наш несостоявшийся пациент зарабатывал себе на жизнь и за неимением другого «бизнеса» побожился остаться без средств к существованию.

Но столкнуться с медициной ему всё-таки пришлось ещё раз. Во время визита в Ангошу, а этот человек был родом оттуда, его увидел сам президент. И тоже остановил машину и дал указание направить несчастного в Центральный госпиталь Мапуто. Там его прооперировали. Операция прошла якобы успешно, но через несколько дней он умер. По какой причине – не знаю. Но одна мысль не даёт мне покоя: что правильней – первой предложить помощь, когда она, как тебе кажется, необходима, или пройти мимо, раз никто тебя о помощи не просит? Ведь не вмешайся мы тогда со своей заботой в чужую жизнь, может быть, она не оборвалась бы так рано? Может быть, жил бы себе бродяга, как ему хочется, ещё долгие годы? От того, что «ответственность за до-

бrotу» (есть такая?) я разделяю с самим президентом, легче как-то не становится ...

По сравнению с Европой, здесь больше случаев *папиломатоза* гортани среди детей, особенно в возрасте от 2-3 лет до 5-6 лет. Обычно они поступают в детское отделение и реанимацию с диагнозом астма и только когда нет улучшения вызывают ЛОР-врача. Условий для соответствующей операции у нас нет, приходится делать трахеотомию и направлять больных в Мапуто. Ну а там – *кюретажень*. И так может повторяться несколько раз.

Самый лучший способ удалить папилломы с помощью лазера. Это предохраняет от рецидива. В ЮАР на такое удаление мне с большим трудом удалось направить только 3-х больных. Каждый год регистрируется 3-5 случаев папиломатоза гортани. Возможно, случаев больше, но не все они регистрируются – к сожалению, дети погибают до поступления в госпиталь. Расскажу о первом больном с папиломатозом гортани.

Меня срочно вызывают в реанимацию. У 4-хлетнего ребёнка, который с диагнозом астматический криз уже не первый раз лежит в детском отделении, асфиксия 3-й степени. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация, голос отсутствует. Из быстрого и краткого анамнеза родителей предполагаю, что это папилломатоз и прямо в палате делаю срочную трахеотомию – времени для транспортировки в операционную у меня уже не было. Арманду, так звали ребёнка –сын шефа отделения физиотерапии. Я советую отцу, так как условий для *кюретажа* нет, ехать в Мапуто и просить направление в ЮАР, где возможно сделать удаление папиллом с помощью лазера.

Этот мой совет стоил мне немилости главного отоларинголога страны, ибо такого рода рекомендации может давать только он один. Но отец проявил настойчивость и всё-таки добился консультации в ЮАР. Результат поразительный, рецидива не было. Сейчас после завершения учёбы в медучилище Арманду работает техником-фармацевтом.

Ещё одного ребёнка двух лет удалось отправить в ЮАР, благодаря финансовым возможностям самих родителей. А вот остальным двоим не повезло. Один из них, 4-летний сын сотрудника госпиталя, почти два года находился с трахеотомической трубкой. Его отцу долго не удавалось добиться консультации и лечения ребёнка в ЮАР. После трёх кюретажей у малыша развился стеноз гортани. И только тогда его стали направлять (трижды, раз за разом!) в ЮАР. Но время было упущено. Последний раз я видела его и оказывала помощь в связи с тем, что канюля закрылась грануляциями, а в гортань ему поставили дилататор.

Знаю я и совсем другие случаи, когда в ЮАР за счёт Минздрава едут проконсультировать ребёнка, у которого всего лишь незаметный шрам на лбу (1 см). И по этому поводу консультируются ежегодно, фактически организуя себе бесплатный отдых.

И ещё один мой больной – это 11-летний мальчик, которого чудом успели довести к нам из соседней провинции. Он почти совсем не мог дышать. Делаю трахеотомию. Диагноз – папиломатоз гортани.

А история мальчика такова: живёт с бабушкой, мать – в другой провинции, отец уехал продавать кокосовые орехи в Танзанию и не вернулся. С пяти лет он страдает затруднением дыхания. Периодически лечился в госпитале по поводу астмы. В последнее время состояние ухудшилось, совсем пропал голос и до того всегда глухой. Бабка обратилась к курандейре, тот взялся за лечение, но потом всё-таки велел мальчику ехать в госпиталь. «Твоя гортань гнилая, и я тебе помочь не могу», – признал своё бессилие знахарь. (А возможно, у бабки уже не было ни денег, ни кур, чтоб оплачивать шаманское лечение.)

Так вот, я пыталась помочь этому мальчику, хотела направить его в ЮАР. Стучалась во все двери, была на приёме у первой дамы провинции, обращалась в религиозные организации – всё бесполезно. Пришлось лечить его у нас. Он перенёс три трахеотомии и кюретажень.

После достижения мальчиком 15-ти лет рецидивы прекратились, сейчас он учится в школе. Когда я ещё работала в госпитале, он частенько навещал меня, обращался с различными просьбами. Всегда старалась ему помочь – как-никак крестник!

Есть у меня ещё один крестник, которого забыть невозможно. Его привезли с асфиксией из района Ангоши (250 км от Нампулы). Этот больной, по-видимому, тоже сначала лечился у курандейры, поскольку находился в крайне запущенном состоянии. У него была юношеская ангиофиброма носоглотки, которая проросла в мягкое нёбо, спустилась до входа в гортань и от частых кровотечений вызвала анемию, понижение слуха. Обе барабанные перепонки были с перфорацией.

Вместе с нейрохирургом решаем хоть частично удалить опухоль. Кровотечение неимоверное. Тампонируем. Дахание стало свободным. Отправляем больного в Центральный госпиталь Мапуто. Звоню туда. Врач заявляет, что для операции необходимо три дозы эритроцитарной массы. У мальчишки нет никого в городе. Шеф нашего отделения переливания крови даёт телефон своего коллеги в Мапуто. Звоню ему. Обещает помочь. И помог, всё-таки мир не без добрых людей! Прооперировали. По возможности убрали всё, что было возможно. Образовался дефект мягкого нёба и гнусавость голоса. Пластика тут бессильна, не помогло и искусственное мягкое нёбо. Но главное – с этим можно жить! Я наблюдала и лечила его после операции до своего отъезда к мостостроителям на «стройку века», о которой речь впереди. Рецидива не было.

В последние годы меньше случаев *номы* (асептический некроз), когда образуется большой дефект и мягких тканей, и костной ткани в области лица. Много келоидов ушной раковины, которые рецидивируют после операций любым способом (тотально и субтотально). Не помогает ни шов с полипроленом, ни триамсиалон, ни электронож. Единственный случай без рецидива был тогда, когда я, оперируя келоид на передней поверхности ушной раковины, вела рану открыто, поскольку не было возможности наложить швы.

Из злокачественных опухолей много случаев лимфомы Буркитт, в основном среди детей. В госпиталь они поступают поздно, с огромными опухолями в области лица. В тех достаточно редких случаях, когда время ещё не упущено, эти заболевания хорошо поддаются лечению циклофосфамидом. Из других злокачественных опухолей чаще всего встречаются аденокарциномы околоушной железы, почти всегда иноперабельные, саркома Капоши, ассоциированная с ВИЧ.

Чаще всего болезни ЛОР, ассоциированные с ВИЧ – это герпес, занимающий большую часть лица, абсцессы и фурункулы, саркома Капоши глотки, дерматиты в области входа в нос, стоматиты, хейлиты, язвы в области губ и миндалин, носовые кровотечения, сопровождаемые снижением гемоглобина и тромбоцитов, ускоренным СОЭ.

Из врождённых заболеваний наиболее распространённые – околоушные кисты и фистулы.

Нейрохирург довольно часто оперирует детей с гидроцефалией. Думаю, что в развитии этого заболевания не последнюю роль играет малярия, которой во время беременности болеет, иногда неоднократно, мать. Лечение малярии во время беременности имеет свои осложнения. Сейчас, якобы для профилактики, беременных обязывают принимать довольно токсичный фанзидар. К чему всё это приводит, никто не знает. Никакой статистики нет. Где результаты этого эксперимента? Снизилась или нет заболеваемость малярией у детей, матери которых во время беременности принимали фанзидар? Какие зарегистрированы наследственные заболевания? Врождённые дефекты? Их частота? Одни вопросы без ответов.

В настоящее время проходит испытания вакцина против малярии на 214 детях, в возрасте 10–18 недель. Вакцинацию проводили в 2007 году в течении 3-х месяцев, а в 2008-ом (уже!) доложили о результате – якобы на 65 % сократилось число случаев повторного возникновения малярии! Какая чушь! Какая ложь! Это называется потолочной статистикой и не более.

И то, что испытание вакцины в 2004 году на детях от года до четырёх лет прошло с эффективностью 45%, такая же псевдонаучная ложь, вызванная желанием как-то оправдать большие деньги, выделенные на это мероприятие миллиардером Биллом Гейтсом. Да, Билл Гейтс миллиардер, но не учёный. Думаю, он многого не знает. А не мешало бы знать! Неужели дающим миллионы нет никакого дела куда, как и кем они тратятся? Получается, это филантропия для галочки? Для создания нужного имиджа? И всё?

Вот ещё проводят одну вакцинацию, против холеры, во втором по величине городе Бейра, с населением более 300 тысяч. По плану вакцинировано будет 50 тысяч человек, и это на 10 лет уберёжёт их от холеры. Сразу возникает вопрос: почему выбрана именно Бейра? Есть места более неблагоприятные по холере, с худшими условиями снабжения водой и почти ежегодными вспышками этой опасной болезни. Но выбрана и выбрана. «Жираф большой, ему видней». Возможно, кто-то просто тыкнул пальцем в карту страны. И что же? В провинции Софала и его столичном городе Бейра в этом году зарегистрировано более 560 случаев холеры, есть смертельные исходы. Интересно бы знать, а среди вакцинированных есть случаи холеры или нет? Но кто вам об этом скажет!

За последние годы вспышки кори не так часты, а вот в начале нашей работы мы в приёмном покое с этой инфекцией сталкивались регулярно. Протекает корь очень тяжело. На детские лица страшно смотреть – распухшие, с сильнейшим конъюнктивитом, в придачу сухой кашель и осложнения – отиты гнойные, пневмонии и др. Сейчас есть отличные, высокоэффективные вакцины от кори. Но, как правило, к ним добавляется витамин А и лекарство от паразитоза (аскариды, острицы, амёбы, анкилостомы, и др.). Что бы не говорили о поливалентных вакцинах сразу от нескольких инфекций, я за моновакцину. Считаю, что нельзя испытывать на прочность иммунную систему ребёнка до 7 лет, она ещё не сформировалась и не окрепла в полной мере. Это мнение некоторых (не всех) иммунологов. Я к нему присоединяюсь, хотя

мир настолько изменился, что уже и учёным перестаёшь верить – всё подчинено бизнесу.

Тропические заболевания в Мозамбике такие же, как во всей Африке: малярия, шистосомиаз, всевозможные паразитозы. Сильно распространён туберкулёз. В нашей провинции в районе Ангоши встречается проказа, гепатит А и чаще Б, тифозная лихорадка.

Из осложнений малярии следует назвать анемию различной степени тяжести. В госпиталь чаще всего поступают больные с тяжёлой формой и гемоглобином 2-3 гр%. И, представьте себе, после переливания эритроцитарной массы безнадежные, казалось бы, пациенты выживают! Какие завидные жизненные ресурсы у местного населения!

К другим осложнениям (самым тяжёлым) относится малярийная кома. Смертельный исход можно предотвратить, если быстро и грамотно начато лечение. Геморрагический синдром тоже из числа смертельных осложнений. Я видела один раз в Анголе, как геморрагический синдром развился на фоне лечения малярии хлорокином. А вот уже в нашем госпитале этот синдром развивался у больных после лечения фанзидаром. Не известно, на каком основании кубинские врачи назначали своим больным бактрин внутривенно (котримоксазол-сульфаниламид) – это страшное лекарство по своему вторичному эффекту. Оно угнетает лейкопоез и вызывает геморрагический синдром, синдром Стивен-Джонсона, синдром Лоуэла и тяжелейшие стоматиты.

Мне пришлось лечить девочку 7 лет, у которой сошла вся слизистая полости рта и губ, количество лейкоцитов после семи дней лечения котримоксазолом упало до 1000 (вместо 5–7 тысяч). В дальнейшем доктор Амаршандр запретил кубинским врачам назначать бактрин больным с малярией, да ещё вместе с фанзидаром. Кто предложил этот варварский способ лечения? Или в Африке все эксперименты допустимы? Похоже на то. Контролято никакого нет. Никто никогда не задаётся вопросом, почему умер пациент? Может лечение начато поздно? Или диагноз невер-

ный? Или лечение неадекватно диагнозу и состоянию больного? Да кто ж его знает! Только Всевышнему ведомо.

У моей землячки, она замужем за мозамбиканцем, заболел сын Саша. В госпитале поставили диагноз малярия, хотя малярийного плазмодия в мазке крови не обнаружили. Но наличие или отсутствие плазмодия в мазке зависит от множества факторов. Важно, когда взят мазок: утром или вечером, при высокой температуре или когда она понизилась, нужно учитывать принимался ли пациентом парацетамол или аспирин или нет. А ещё больше достоверность анализа зависит от того, кто его делает. Это важно даже не потому, что лаборант может оказаться халатным и невнимательным, бывает, он физически не в состоянии выполнить обрушившийся на него объём работы – иногда просмотреть надо до 100 анализов за смену! Отсюда необоснованно положительные ответы. Они просто взяты с потолка. Кто их там будет искать в 10 полях!

Кстати, под шумок этим пользуются сотрудники госпиталя. В основном младший медперсонал. По пятницам перед выходными приходят с положительным анализом (один крест) и начинают симулировать признаки малярии. И попробуй не дать больничный лист. Потом обвинят во всех смертных грехах. Лишь когда стало системой, что в отделении по субботам и воскресениям некому работать (все уехали за город на свои *мошамбы*), стали приниматься меры: болен – ложись в отделение и лечись. И малярии среди сотрудников сразу стало куда меньше. А сейчас вообще нет проблем с анализом на малярию. Очень информативный быстрый тест делается прямо на *посту медику* (пост первой медицинской помощи на уровне медсестры Красного Креста). Но в Мозамбике и тут проблема: дежурным получить даже таким несложным способом достоверный анализ прямо в приёмном покое (когда лаборатория уже не работает) просто лень. Другой причины я не вижу.

Но вернёмся к истории мальчика Саши, которую я начала рассказывать. Плазмодия у него не обнаружили. Но исходя из симптомов – высокая температура, головная боль, потливость,

слабость, боль в животе поставили диагноз малярия. Пролечили фанзидаром и артезунатом, парацетамолом, а температура держится, боли в животе продолжают. И анализ на малярию вновь отрицательный. Назначают хинин внутривенно в возрастной дозировке на кг веса. Прокапали 15 доз. Результата нет.

К тому времени я уже не работала в госпитале. Ко мне приходит мама Саши и плачет, спрашивает, что же делать?

Несколько лет назад было немало случаев тифоидной лихорадки, но в последнее время этот диагноз почти не ставится. Зачем утруждать себя поиском истинной причины заболевания, когда на все случаи жизни есть диагностическая палочка-выручалочка под названием «малярия». От чего умер? От осложнённой малярии. А сейчас ещё один универсальный ответ – от СПИДА. Как будто этих больных уже и лечить не надо.

Так что же всё-таки с Сашей? В городе есть частная клиническая лаборатория, и я предлагаю родителям сделать анализ там. Сегодня воскресенье, и их лечащего врача кубинца Г-а (хороший врач) нет в городе. Я звоню ему, объясняю ситуации и прошу разрешения сделать анализ на *реакцию Видала*. Он не возражает, тем более, что этот анализ в госпитале сейчас не делают – нет, как всегда, реактива.

Реакция оказалась резко положительной. Диагноз ясен. Всё-таки тифоидная лихорадка. Пролечили хлорамфениколом. Мальчик поправился.

Расскажу ещё об одном случае из практики моего мужа. У него лежит больная беременная женщина. Проблем связанных непосредственно с беременностью у неё нет, но в госпитале установили нелепый порядок: беременных с любым заболеванием, будь то малярия, дизентерия, пневмония и т.д. должен лечить врач акушер-гинеколог, а не специалист в зависимости от конкретного заболевания. И дозваться такого специалиста, чтобы проконсультировать беременную, очень трудно. Надо ждать не один день. Сколько открыто программ, декларирующих заботу о здоровье матери и ребёнка! И в чём же эта забота проявляется?

Так вот, приглашается специалист врач-терапевт, мозамбиканка. Осмотрела больную, пункцию не сделала, явные симптомы менингита – не в счёт. Записала, что данных в пользу менингита нет, и на этом всё. А что, спорить с ней будешь? Она шеф отделения, да ещё и директор госпиталя.

Больная через сутки умерла. Мой муж просит произвести вскрытие. Сплошной гной. Приглашает ту самую коллегу, что проводила осмотр, чтоб подтвердить, что причина смерти гнойный менингит. Та пришла, посмотрела, хмыкнула и, ни слова не сказав, удалилась. Всё нормально.

Ну и следующий, очень интересный случай, известный на всю страну: успешное разделение врачом-хирургом М-у и нейрохирургом Ж-о К-с сиамских близнецов в условиях нашего провинциального госпиталя. Операция длилась в течении двух часов и транслировалась в прямом эфире на всю страну. На ягодице развитого нормального плода находился неразвитый эмбрион – даже не плод, а выражаясь медицинским языком, «паразит». Вот этого-то не связанного паразита, расположившегося на таком важном месте, как ягодица, и удалили наши специалисты. Удалили, а не разделили, поскольку разделять было некого. Чтобы отметить удачную операцию, первая дама провинции организовала ужин. Были собраны пожертвования для новорождённого. Семье ребёнка даже собирались построить дом. Шуму было много, но бум прошёл и о «сиамских близнецах» вскоре забыли. Ну а что обещанный дом? Построен? Если нет, то куда ушли собранные немалые пожертвования?

Ещё об одном случае не могу не рассказать. У моих соседей, людей не слишком богатых, сын пострадал в ДТП. Травма оказалась очень тяжёлой – открытый перелом лобной и теменной кости, закрытый перелом бедра и лодыжки.

Нейрохирург после обследования назначает сделать пострадавшему все необходимые снимки, включая и рентген грудной клетки. Перепуганные родители просят врача о специальной (платной) операции. И тут начинается! Срочно появляется ане-

стезиолог, он действительно нужен; затем зачем-то приглашается хирург доктор Л–и, хотя никаких данных о хирургической патологии даже по механизму травмы нет, и без всяких на то показаний, без готового снимка грудной клетки (его ещё не успели сделать) парню делают торакальную пункцию. Конечно, никакого гемоторакса нет. (Его и быть не должно!) Наконец, приношу готовый снимок. Всё нормально. Думаю, доктор сейчас уберёт ненужный дренаж. Но не тут-то было! Он решает сделать ревизию брюшной полости, роется там часа три и, конечно, ничего не находит. Но деньги надо же как-то заполучить. И после операции он заявляет, что нашёл (это после трёх часов поиска!)... гематому брыжейки. Нашёл и ушил.

На самом деле, как призналась мне потом операционная сестра, никакой патологии в брюшной полости не было. Я бы сказала так: в результате операции была обнаружена не гематома брыжейки, а патологическая жадность врача (вот её бы «ушить»!). А кроме этого на 3 часа задержали назначенную и действительно необходимую другую операцию нейрохирурга и отложили операцию травматолога. Спасибо, что молодой человек выжил. Но у меня после всего увиденного только укрепилось чувство страха перед платной медициной.

И ещё о «порядочности» и «профессиональной честности» вышеупомянутого хирурга Л–и. У моей подруги много лет работал домашним поваром Рауль. И почему-то он вдруг решил, что у него грыжа (любую боль в животе здесь в первую очередь связывают с грыжей). Сердобольная хозяйка, чтобы старому повару не ждать в очереди месяца два, оплатила ему специальную консультацию. А так как все специальные (т.е. платные) консультации ведёт доктор Л–и, то к нему и попал наш захворавший.

Назначенные анализы (все, разумеется, платные) он сдал, сделал рентген лёгких. Родственники, как положено, сдали для операции кровь. В назначенный день Рауль является на повторную консультацию, чтоб узнать день операции. Но вот неудача, а может, напротив, удача – доктор в Мапуто, и когда вернётся, не

известно. В расстроенных чувствах Рауль приходит ко мне на приём и просит, чтобы я попросила нашего хирурга Валериана записать его на операцию. Я помогла ему. Через пару дней он вновь у меня: надо получить рецепт, выписанный доктором Валерианом, забрать анализы и, наконец, определиться с операцией. Я нашла Валериана, и он мне сообщает, что никакой грыжи у Рауля нет. А тогда что же собирался оперировать доктор Л–и у 75-летнего старика за 2000 метикалов (сейчас это уже 13000)? Выяснить это не удалось, все документы бесследно исчезли. Их словно бы и не было, как не было и грыжи...

Ходят слухи, что доктор Л–и ударился в политику, хочет стать депутатом. Думаю, политика ему подходит больше, чем медицина. Стерильная чистота в политике не нужна, а грязь и обман давно стали средствами достижения корыстных целей. Как выяснилось, в депутаты на городском уровне он уже прошёл. И это, надо думать, только начало. Вряд ли он захочет умерить свои аппетиты. Устроиться поваром на политической кухне и раздавать страждущим похлёбку пустых обещаний – отличный бизнес. Учись, бедный старый Рауль!

Мой коллега, врач-оториноларинголог, все случаи малой хирургии, как то извлечение инородных тел из носа и глотки, удалял в операционной под общим наркозом. Обычно мы удаляем всё это прямо в приёмном покое и без анестезии. Я спросила его: «Зачем ты это делаешь?» Ответ обескуражил: «А чтобы показать директору госпиталя, как много приходится проводить ЛОР-операций». Я была обескуражена даже не откровенным цинизмом, а какой-то детской наивностью и полным непониманием, что так нельзя. Нельзя ради ложной статистики подвергать людей реальной опасности.

Этот же коллега довольно часто прибегает и к гайморотомии типа Калдвелл-Люка. Строго говоря, это, конечно, никакой не К-Л. Он просто делает отверстие на передней стенке гайморовой полости и на этом операция заканчивается, ибо никаких реальных показаний для гайморотомии нет. Спрашиваю: «А

это зачем?» И опять ничуть не смущаясь, он искренне отвечает: «А я тренируюсь». По-видимому, в Индии, откуда доктор родом, в частной консультации возможности тренироваться на пациентах нет. Ну а тут, пожалуйста, широчайшее поле деятельности, тренируйся! Чем не новый вид спорта?

А как вам нравится такая ситуация: больной с огромной неоперабельной аденокарциномой околоушной железы; операция технически невыполнима; лежит в отделении более месяца, и вдруг его берут на операцию. Операция длится 3-4 часа и заканчивается безрезультатно. Спрашивается, зачем она делалась? А ответ похож на предыдущий, только на этот раз исходит он от челюстно-лицевого хирурга доктора С-ва: «Тренируюсь!» Доктор – мозамбиканец, а вот ассистирует ему всё тот же удалой индиец. Спортивное движение набирает массовость!

И ещё один случай из практики моего коллеги из Индии. Поступает 6-летняя девочка, иностранка, упала и разбила нос, носовое кровотечение. На рентген-снимке никакого перелома костей носа нет. Казалось бы, сделай тампонаду и всё. Но не тут-то было. Врач направляет девочку в операционную и под общим интубационным наркозом делает тампонаду, снаружи накладывает эбонитовую шину, которую на следующий же день, как и тампон, удаляет. Гонорар – 8.000 метикалов. Хорошая цена за ложный диагноз и непоказанную общую анестезию.

А сколько вообще делается непоказанных операций? Никто не знает. Подсчитать это даже в нашем госпитале невозможно – полная бесконтрольность со стороны клинического директора. По сути, с тех пор, как ушёл из жизни доктор Г. Амаршандр, настоящего клинического директора в госпитале нет. Но как раз это очень многих устраивает. Вольница! Тренируйся, выдумывай, пробуй!

А вот ещё одна проблема, с которой чаще всего сталкиваются врачи акушер-гинекологи. После операции по поводу разрыва матки врач направляет больную в отделение реанимации, где есть хоть какая-то возможность получить кровь для восполнения кро-

вопотери и спасения жизни. Но вот, приезжает проверяющая из Центрального госпиталя Мапуту (ЦГМ), и видя такую больную, задаёт вопрос: «А почему она в реанимации, ведь она в сознании, не в коме?» А что, в реанимации должны быть только больные в коме и умирающие? Странное у специалиста-реаниматолога понимание специфики реанимации.

Сейчас появился в Центральном госпитале Нампулы специалист-интенсивист (специалист по интенсивной терапии), кубинец, но вот кого и как он будет лечить, для многих врачей не очень понятно. Ведь каждый из нас по-прежнему борется за жизнь своего больного сам. Обязанности врача-интенсивиста должны быть прописаны чётко, со знанием дела. И только тогда медицинское обслуживание реально улучшится. Извините, но не могу не задать ещё один вопрос: а кубинский врач-интенсивист действительно специалист в этой области, а не обычный семейный врач, как это часто бывает? Увы, в медицине хватает самозванцев.

Ну а о том, что машина скорой помощи очень быстро, особенно по выходным дням, «меняет свою ориентацию» и начинает работать как обычное такси, знают все. Впрочем, такси это не вполне обычное, поскольку перевозит не только пассажиров, но и животных (например, коз), а если хорошо заплатишь, то можно и угольком загрузиться. Об этом безобразии министры в своих выступлениях говорят давно, говорят гневно, но ничего не меняется. Значит, это всех устраивает. Кроме больных, конечно. В итоге в понедельник или вторник привезти больного в Центральный госпиталь из районного или здравпункта практически невозможно – нет дизеля. Почему нет? Да потому, что в субботу и в воскресенье скорая занималась частным извозом. И если в районе в эти дни поступает беременная с подозрением на разрыв матки, то привезут её к нам уже с разрывом только в пятницу. Привозить больных именно в пятницу для бригады скорой помощи самое милое дело. Можно потом два выходных дня расслабляться в областном городе. Да и командировочные платят очень приличные. Вот вам и программа «Здоровье матери и ребёнка» в действии. И хотя

бы раз координатор этой программы всполошился и проанализировал сколько беременных погибло из-за того, что у машины «нет дизеля», а у людей – сострадания и любви к ближнему?

Неужели так трудно наладить контроль за скорой помощью, за расходом топлива и километражем, ввести путевой лист, где бы отмечались все перемещения? Но вопрос «трудно ли?» надо для ясности картины поменять на другой – «а зачем?» Зачем, ведь тогда придётся идти дальше и пресечь, например, практику, когда новый медицинский транспорт почти 6 месяцев находится в ДПС (Облздравотделе), якобы для обкатки. И за это время две-три скорых помощи успевают разбить. В основном по вине руководства и пьяных водителей. И хотя бы один из них возместил причинённый ущерб! Ни один! Ни разу! Вот и носятся по автострадам в субботу и воскресенье машины скорой помощи, с большой радостью перевоза, что угодно и кого угодно. Мало радости только больным, явно лишним в этой схеме. Впрочем, что я говорю! Выходные в Мозамбике – Дни здоровья. Никто не болеет.

Ещё одна острая проблема в госпитале – чехарда с главными врачами. Они меняются каждые 3-4 года. Приезжают в Нампулу из Мапуту и, отработав положенный срок, возвращаются назад. Что привлекает их в провинции? Зарплата главврача и швейцарский контракт «Tap-up». Ежемесячно получается до 6 тысяч долларов. По моему мнению, никакого опыта руководства столичные назначенцы не имеют. Отсюда и уровень организации работы в госпитале. Да к тому же, все, занимающие этот пост, знают, что хорошо обогатившись, они возвратятся в столицу и время, проведённое здесь, забудут как страшный сон. Так зачем, скажи те, временщикам взваливать на себя лишние проблемы, улучшать работу госпиталя и лечение больных?!

В подтверждение расскажу об одной истории. Поступает в приёмный покой тяжёлый больной из района. По правилам он должен быть осмотрен врачом. У нас, как всегда, врача на месте нет. Медсестра, видя, что у больного вся шея распухшая, направ-

ляет его на приём к врачу ЛОР. Но у больного лимфома Ходкинса. Он должен лечиться у врача-терапевта, раз в госпитале нет ни онколога, ни гематолога. Чтобы лишний раз не гонять больного в приёмный покой, заполняю историю болезни, направляю его в терапевтическое отделение и прошу срочно вызвать врача. Через три дня этого больного снова приводят ко мне на приём и говорят, что доктор А-а (она же заведующая и директор госпиталя) сказала, что больной должен лечиться у врача ЛОР. Больной за три дня так и не был осмотрен в отделении терапевтом, не получал лечения, а состояние его, повторяю, тяжёлое. Срочно прошу сделать анализ крови. Диагноз лимфома Ходкинса подтверждается. И это уже не первый случай, когда стараются сплавить больного «не по адресу».

Иду в приёмный покой и спрашиваю врача-кубинца: «Кто лечит больных с лимфомой на Кубе?» – «Терапевт, если нет онколога или гематолога». Задаю ещё один вопрос: «А почему же больной, находясь в отделении, не осмотрен и не обследован?» – «Не знаю. В госпитале уже более четырёх месяцев есть врач-гематолог, она и должна лечить таких больных». – «Как есть?!» – настала очередь удивиться мне. Раньше всегда вновь прибывших врачей представляли. У нового поколения руководителей нет на это времени. Ужасно заняты. Настолько заняты, что даже толком не знают, как и кем укомплектованы штаты. Иду и сообщая им радостную новость о наличии у нас гематолога. Ни директор госпиталя, ни директор клиники об этом даже не догадываются. Удивительное – рядом!

Знакомлюсь с врачом-гематологом Сильвией. Она специалист со стажем. У нас действительно уже 4 месяца. И всё это время не у дел, сидит в лаборатории клинических анализов и скучает – нет ни приёма больных, ни консультаций в отделениях. Я думаю, её спутали с врачом-лаборантом. И вот, можно сказать случайно, её, наконец, «обнаружили». У Сильвии появился приём в поликлинике, больные в отделении, она взяла на себя химиотерапию онкобольных и больных с заболеваниями крови.

О чём эта история говорит? В госпитале паралич управления, организационный коллапс.

Сегодня 16.10.2008 в программе новостей ТВ в Мозамбике показали новый здравпункт из трёх комнат, построенный в районном центре провинции Кабу-Делгаду на инвестиции *Коопераса* (Швейцария). Стоимость 62 тысячи долларов. Сразу возникает вопрос: где они берут такие дорогие проекты? Ведь план строительства любого здравпункта должен быть стандартным. Зачем каждый раз изобретать велосипед? Ясно зачем. Чтобы легче раздербанить бюджет.

Очень меня порадовало сообщение о том, что в трёх провинциях появились «деревни для сирот» (детские дома). В связи со СПИДом количество сирот резко возросло. Надеюсь, что такой детский дом построят и в Нампуле, одной из двух самых густонаселённых и достаточно развитых провинций. Когда мы приехали сюда, более 20 лет назад, такой детский дом существовал. Располагался он в очень хорошем месте, но потом всё было разрушено, и земля пошла под мошамбу какому-то функционеру с большими деньгами.

Земли в провинции и в городе ещё много, найдут, надо думать, место и для нового детского дома. С большим уважением отношусь к Дому ребёнка, который содержат на пожертвования сёстры матери Терезы. Их бескорыстием и честностью нельзя не восхищаться. Если они получают какие-то пожертвования, всё идёт на благо нуждающимся. Святые люди.

Несколько лет назад моя знакомая, у которой ребёнок страдал тяжёлым врождённым заболеванием, после Дня защиты детей спросила меня: «А тебе понравились вышитые мной для детского реанимационного отделения простыни?» Подаренных ею (и я уверена, прекрасных!) простыней я в глаза не видела, хотя бываю в отделении каждый день. Их там нет. Но сказать матери неизлечимо больного ребёнка, вышивавшей их с такой любовью, с таким смирением и такой надеждой, я не смогла. Ей было бы нестерпимо больно. И мне больно. Как можно украсть у детей?!

И ведь тот, кто делает это, с голода не умирает. Это уже не бедность, это нищета души. Господи, «камо грядеши», куда мы идём?!

Так вот, с тех пор, если ко мне после окончания контракта и отъезда домой кто-то обращается с вопросом, кому лучше оставить какие-то хорошие вещи, я всегда советую: «Отнесите в Детский дом матери Терезы, там не украдут!»

Уже объявили, что будут строить фармацевтическую фабрику по производству лекарств для лечения больных ВИЧ и со СПИДом. Какая скверная новость для акул-монополистов, почувствовавших угрозу остаться без баснословных прибылей! И как эту новость переживёт бездушная и, не побоюсь этого слова, продажная Всемирная торговая организация?! Неужели она разрешит построить эту фабрику?

Очень меня удивило высказывание Эндрю Натсиоса, главы USAID, что нет смысла расширять бедным странам доступ к лекарствам, поскольку они не обладают знаниями как их применять. Какой бред! Какая безграмотность! И это говорит человек, который работает в Африке!

Похоже, после таких высказываний уже нечему удивляться. Разве что международным проектах типа «Научим мозамбиканцев правильно складывать пустые мешки из-под кофе» (то есть один на другой). «Учителями», кажется, вывалились быть бразильцы. Вот бы спросить их: это что, программа для идиотов? Можно ли сильнее оскорбить мозабиканский народ? Интересно, сколько стоил этот прожект в целом, если зарплата «преподавателя» по складыванию пустых мешков в пределах 5 тысяч долларов (сравните с зарплатой оперирующего врача-специалиста – 1300 долларов).

А чего стоит другой прожект, финансируемый Швецией, «*Латфинаш мельорадаш*» («Улучшенная уборная»). Несколько лет назад побывала я на открытии школы, построенной АДРР (Ассоциация Народ – народу. Вот уж кто действительно помог и продолжает помогать Африке – одели всю страну.) И вот, там я впервые увидела эту построенную с использованием достаточно

дорогих здесь цемента и металла «улучшенную уборную» в виде улитки. Уверена, обошлась она в кругленькую сумму. Одна только зарплата у шведа, что руководил этим проектом, была не менее 5 тысяч долларов. (В конце концов, этот ценный в прямом и переносном смысле специалист надорвался на работе (производство то вредное!) и спился; его отправили на родину). А проект, скажу я вам, продуман не до конца, поскольку не ясно, кто будет периодически вычищать яму с фекалиями и ежедневно по несколько чистить и мыть унитазы, ведь достаточно зайти одному с диареей и уже больше никто туда не зайдёт.

Видимо, вся надежда на то, что «улучшенной уборной» вообще никто пользоваться не будет. Их предлагается размещать за 500 и более метров от фазенды-пальоты. Кто ж побежит так далеко, особенно когда стемнеет? В тёмное время суток справлять нужду в уборной никому из местных даже в голову не придёт. Чтобы приучить их к этому надо загубить половину населения Швеции. Думаете, я ёрничаю? Или преувеличиваю? Отнюдь!

В Нампуле, напротив недавно отреставрированного красивого здания Банка Мозамбика, посадили в ряд молодые пальмы – специально выведенный для украшения улиц и бульваров декоративный сорт. И смотрю молодой человек, лет 25-30, мочится на одну из них. Беру его за плечо и говорю: «Что же ты делаешь, ты же не в лесу, а в центре города!» И знаете, что он мне без тени смущения сказал: «Доктор, это же наш обычай!». Нашёл чем гордиться. Провожу с ним беседу, в том плане, что хорошие обычаи надо сохранять, а плохие забывать и не позорить свой народ. А уж если тебе так дорог этот обычай, то хотя бы перейди на другую сторону улицы и мочись на стволы старых деревьев, уже почти полностью уничтоженных такими же, как ты, сторонниками «обычаев».

В городе есть улицы, по которым в жаркий день, да ещё после дождя, невозможно пройти из-за высокой концентрации запахов мочевины. Я как-то посчитала количество деревьев, прогнивших от неё только в одном квартале. Из двадцати уже погибли и в любой момент могут упасть пятнадцать.

Сегодня отчитывался президент городского исполкома г. Бейры. У него конфликт с РЕНАМО – не хочет давать отчёт, куда потратил муниципальные деньги. Утверждает, что они пошли на возведение более 500 улучшенных клозетов. (Другими словами деньги утилизированы. Впору кричать «ура!», изобретён новый «улучшенный способ коррупции»!) Неужели кто-то считает, что местное население не знает, как построить надворный туалет и как им пользоваться? Да прекрасно знает. У меня сохранилось фото такой уборной. По архитектуре даже чем-то напоминает шведскую, только построена из местных недорогих стройматериалов.

Могу предложить и другой более «престижный» вариант «улучшения». В Нампуле в центре города давно не работает общественный туалет, построенный ещё во времена колониализма. Что если отремонтировать его и снова запустить в эксплуатацию? Театр, как известно, начинается с вешалки. А с чего начинается современный благоустроенный город? Правильно, с общедоступного общественного туалета! Не правда ли, «гениальная» мысль?! Муниципальные власти, – дарю!

К чему я подвожу, рассказывая всё это? Да к простому, в общем-то, умозаключению. Если руководство страны и различные благотворительные международные организации действительно хотят улучшить жизнь мозамбиканцев, надо серьёзно заняться образованием и просвещением народа. И не разминиваться на мелочи. Научиться правильно складывать пустые мешки, может быть, и полезный навык, но куда продуктивнее научиться мешки наполнять. Думаю, моя метафора ясна?

По ТВ и радио почти не услышишь, какие обычаи следует сохранять, а от каких настало время отказаться. Как и у нас, здесь отмечают рождение и смерть близкого человека. Полезными, на мой взгляд, являются и обряды инициации – вступления во взрослую жизнь. Например, начало менструации у девочек отмечается шествием *инисиасао*. Раньше специально подготовленная матрона обучала своих юных подопечных всем премудростям жизни де-

вушки и женщины. Мальчиками-подростками тоже занимались – вводили в лес, где уважаемый опытный наставник обучал их правилам мужского поведения.

Не знаю, действуют ли эти обычаи сейчас. Но вот когда бушует пандемия СПИДа и шаман-курандейра в лесу одним лезвием делает обрезание нескольким десяткам мальчиков, это уже беда. А как вам такой обычай: после смерти мужа, женщина не может вступить в новый брак, не переспав с *куньадо* (братом покойного мужа или мужем сестры умершего). А если муж умер от СПИДа или куньадо ВИЧ-инфицированный? Вот как быть с такими обычаями? Они должны уйти в небытие. С ними надо бороться!

И как же мы боремся? Его преосвященство архиепископ Мозамбика Ф. Чимоио, возглавляющий здесь католическую церковь, заявил, что некоторые европейские страны намеренно заражают презервативы ВИЧ, чтобы уничтожить африканское население! Когда слышишь такое заявление, сразу возникает вопрос: кого же надо в первую очередь просвещать и вразумлять? Подумайте, что предлагает мудрый архиепископ для борьбы со СПИДом: он настоятельно рекомендует своей пастве воздержание. Воздержание! И это в африканской стране! Он что, совершенно не знает свой народ? Какое воздержание? Какая супружеская верность? Их нет и в помине. Как нет и сформированной привычки пользоваться презервативом. В ходу довод, что заниматься сексом в презервативе это всё равно, что есть банан с кожурой. И падре этому потекает?!

Встречный вопрос: а как с воздержанием и верностью среди ваших, падре? Откуда столько падре-педофилов? От воздержания? А сколько внебрачных детей имеют ваши «воздержавшиеся»? А падре больной СПИДом, это что от воздержания и верности? Лукавите, святой отец! Что же вы раньше-то не воспитали в своей пастве воздержание и верность? А когда пришла беда, одних благих пожеланий мало. На сегодняшний день, единственный для африканского населения способ уберечься от страшной болезни, это, как раз, презерватив! Но бесплатно выдаваемые презервати-

вы облюбовали не взрослые, а дети – надувают их как воздушные шарики и играют ими на улицах. Опомнитесь, святой отец! Вот бы всем служителям Бога объединиться и вместо пропаганды воздержания и вреда презервативов заняться пропагандой здорового образа жизни и безопасного секса (нормального, а не животного, на каждом углу и с первым встречным) – какое было бы благое дело!

Скажите, падре, что делать современному грешному человеку, погрязшему в беспросветной нищете, не знающему, как выжить в этом сумасшедшем мире?! Есть ли у Вас, архиепископ Мозамбика, ответ на этот вопрос? Воздержание, может быть, и хороший способ борьбы со СПИДом, но не лучший для Африки по многим причинам. Высокая рождаемость тут необходима по причине столь же высокой смертности – от жары, тропических болезней, частых засух, голода, нищеты, тяжёлого физического труда на земле, требующего, чтобы выжить, большого количества рабочих рук; наконец, от давно сформированных и подчас далеко не безобидных привычек и обычаев, о которых я уже говорила. Я считаю, что врачеватели душ сегодня должны быть в одном ряду с медиками, врачевателями тел. И проводивать здоровый и праведный образ жизни мы должны вместе. Пусть меня обвинят в кощунстве, но я всё-таки скажу: не стесняйтесь, падре, с амвона проповедовать презервативы и одноразовые шприцы. Сегодня надо сделать выбор между жизнью и смертью. Многие надеются, что учёные всемогущи, что они придумают вакцины и лекарства от всех страшных болезней, в том числе и от СПИДа, «чумы нашего века». Только вот долго придётся ждать, можно и не дожидаться. Мораль, Нравственность, Разум, Вера – вот «лекарства», творящие чудеса.

Я сейчас работаю на строительстве моста в Шимуаре. Вокруг столько плодородной земли! Не надо никаких удобрений, чтобы вырастить обильный урожай (я это проверила на своем участке около дома). А вот на базаре нельзя ничего купить – ни папайю, ни бананы. Только если привезут из соседней провинции.

Спрашиваю у рабочих, почему так беден базар, а они говорят, что местные жители не любят работать на земле.

Позже, после двух наводнений, свидетельницей которых я была, мне стало понятно: многие просто ждут очередных природных катаклизмов, чтобы потом в качестве пострадавших бесплатно получить продукты, семена, цемент и оцинкованное железо для восстановления своих жилищ и хозяйств. Самое интересное начинается после оказания гуманитарной помощи.

Показывают по ТВ, как Красный Крест выдал местным жителям цемент и цинк на обустройство разрушенных наводнением палаток. Ну а пострадавшие, сидя перед своими палатками, тоже, кстати, полученными по программе борьбы с наводнением, тут же всё это продают.

Наводнения здесь происходят регулярно. За редким исключением из года в год. И каждый раз описанная картина повторяется. Непрочные палатки из глины и тростника (даже не из бамбука!) смываются и потом многократно восстанавливаются на том же месте в том же виде. За это время можно было бы построить прочные дома из кирпича, который здесь производится в большом количестве, чуть подальше, вне зоны затопления – в Мозамбике в каждой провинции земли для этого предостаточно.

Отсюда вывод: вместо того, чтобы почти ежегодно тратить впустую миллионы долларов, нужно переселить население в безопасные незатопляемые зоны. Это совсем рядом. Казалось бы, всё очевидно. Тем не менее, всякий раз ветхие лачужки строятся в низине. Нормально мыслящему человеку это трудно понять. В стране есть настоящие хозяева? Или они все слепые? На эти миллионы долларов можно бы было построить не только нормальные жилые дома, но и школы, госпитали, обеспечить лекарствами больных СПИДом, туберкулёзом, закупить продукты для тех, кто вынужден по медицинским показаниям принимать антивирусные препараты на голодный желудок. А сколько можно бы было подготовить на эти деньги медицинских работников, преподавателей!..

Но это деньги ООН и налогоплательщиков. И вот вопрос: им самим интересно, куда и как они тратятся? Хоть там кто-то мыслит здраво?! Знают о коррупции на всех уровнях? Когда я вижу на ТВ, как очередной посол очередной зарубежной страны вручает первой даме 100 тысяч долларов на помощь пострадавшим от наводнения, мне становится смешно. Какая наивность! Не поверю, что из 100.000 долларов, хоть один пойдёт на пользу дела.

Очень уж интересная статистика по ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Она взята из средств массовой информации, а те получают её от ВОЗ и ООН. Так вот, в Индии число инфицированных и заболевших завысили почти на 7 миллионов, в России в 5 раз. А как же в Мозамбике? Давайте разберёмся.

Похоже, тот, кто выбрасывает в информационное поле подобные статистические данные, страдает не только отсутствием логики, но и навыками простых математических действий. Читаю в Интернете: в Мозамбике в день заражается 500 человек. Тогда в месяц получается 15.000, а в год 180.000. Выходит, при населении 20.000.000 через 10 лет, как сказала одна мозамбиканская дама-социолог, мозамбиканца можно будет встретить только на фото в музее. Цифры сколь ужасающие, столь и невероятные!

По другим данным ООН и ВОЗ в Мозамбике 16% процентов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Это 3.200.000 человек. Эпидемия началась лет 10 назад. За последние 6-7 лет она переросла в пандемию.

А вот информация, полученная от шеф-медика провинции Нампула с населением 3.800.000. Инфицированных и больных здесь 8%. Если этот процент распространить на всю страну, получится, что инфицированных и больных 1.600.000, то есть в 2 раза меньше, чем дают ООН и ВОЗ.

После появления информации о явном завышении числа ВИЧ-инфицированных почти во всех странах, ООН и ВОЗ в День борьбы со СПИДом 1 декабря 2008 решили подкорректировать свою статистику, а то уж слишком много вранья. Теперь по их данным в Мозамбике в день заражается уже не 500, а только 400

человек. В действительности, в целом по стране заболевшие и инфицированные составляют 6%, а в провинции Нампула и Кабо-Делгаду – 8%. За последние 4 года количество получающих лечение от СПИДа в Нампуле выросло с 4.000 до 20.000. Среди ВИЧ-инфицированных 62% – женщины. Но это, по-видимому, связано с тем, что почти все беременные делают анализ на ВИЧ, число обследованных мужчин гораздо меньше.

Программ по профилактике и санпросветработе, адаптированных к местным условиям и обычаям, в стране нет. Практика «активистов» себя не оправдывает. Что убедительного и авторитетного может сказать 15-17-летний активист взрослому человеку много старше его? Да и откуда у юнца могут взяться профессиональные знания и основанные на опыте навыки общения с людьми, попавшими в беду?

Многие неправительственные организации только в отчётах проводят большую санитарно-просветительскую работу. На бумаге она особенно активно ведётся среди женщин и учащихся школ. Проверить содержащиеся в реляциях оптимистичные и вдохновляющие цифры невозможно, а бумага, как известно, всё стерпит. Однажды, прочитав такой отчёт, я спросила у учеников средней школы: сколько раз с ними проводили беседы сотрудники санпросветорганов? Оказалось, ни разу. Не вызывают доверия и цифры, говорящие о том, что этой работой охвачено более 50.000 женщин.

В странах южнее пустыни Сахары, а таких 46, проживает 689.310.136 человек. И если ВИЧ-инфицированных 25.300.000, то это где-то не многим более 3%. (36,7%) Официальная статистика даёт 6%, завышение почти в 2 раза. Зачем это делается? Законы бизнеса. Он может быть серьёзным только при больших объёмах. Денег на спасение заболевших и инфицированных тогда выделяется много, и кошельки «спасателей» оказываются туго набитыми.

Чего стоит призыв заменить тяжёлые инъекционные наркотики на таблетированный *метадон*. Фармакологические фирмы рьяно отстаивают свои интересы. Идут бизнес-разборки, пере-

распределение денежных потоков между наркодельцами и фармацевтическими картелями.

«Снизить процент ВИЧ-инфицированных, обеспечив наркоманов одноразовыми шприцами!» Хороший призыв. Поддерживаю. Но почему только наркоманов? В медицине пользоваться одноразовыми шприцами давно стало обязательным правилом. Есть ли в госпиталях Мозамбика возможность строго соблюдать его? Есть. Как есть и условия для стерилизации хирургических инструментов. Но что происходит на практике? Инъекции делаются одним шприцом многократно, хорошо, если иглу поменяют. Сплошь и рядом одни и те же инструменты используются при обслуживании до десятка больных! Шприцы экономят, чтобы потом перепродать. Это ещё один «замечательный» местный обычай. И никто не бьёт в набат. ТИШИНА!

Одним из распространённых путей заражения СПИДом для Африки, о котором почему-то почти не говорят, является переливание крови. Учитывая малярию и вызываемую ею анемию, здесь переливают кровь очень часто, особенно детям. Кровь берут у родителей и родственников, а ведь тест у них может оказаться положительным только через 2-6 месяцев после заражения, когда кровь ребёнка уже перелита.

Замалчивание этого обстоятельства происходит потому, что его устранение требует больших финансовых расходов. Нужно внедрить в медицинскую практику тест, который даёт ответ сразу. Он уже разработан в США. Эту информацию я получила от своей коллеги, она шеф отделения по переливанию крови в Мапуто. У них уже проводится быстрый тест на выявление ВИЧ и в крови доноров, и у новорожденных детей. Вот бы фонду Билла Гейтса и Билла Клинтона оплатить большую партию этих тестов для Африки! И тогда, полагаю, к необходимости сделать анализ и лечить болезнь местное население относилось бы более спокойно и рассудительно. Это привело бы к стабилизации ситуации со СПИДом в Африке. Но миллионы долларов тратятся совсем на другое. Например, на совершенно неприемлемые здесь женские

презервативы. Даже в развитых странах они оказались не востребоваанными. Но всё что не нужно в развитых странах, включая лекарственные препараты, средства защиты, продукты питания, всё в интересах бизнеса сбывается в Африке под видом гуманитарной помощи. Как хорошо! И правительствам африканских стран – есть на чём погреть руки; и транснациональным корпорациям – ведь контроля за их поставками никакого нет.

Ознакомилась с высказываниями учёных-«диссидентов» относительно СПИДа. Они утверждают, что СПИД существует, но он вызывается не ВИЧ и вообще не является инфекционным заболеванием. Доказательством, по их мнению, является тот факт, что у больных не могут высеять вирус, вырастить его и потом заразить им, например, подопытную обезьяну.

Среди скептиков есть и такие, которые считают, что вирус всё-таки был выделен, выращен и им удалось заразить подопытных животных. Но далее идёт существенная оговорка: исследование иммунной системы и выделение ВИЧ у больного дело настолько дорогостоящее, что для практического здравоохранения оно не применимо. При этом ссылаются на великих учёных, вирусологов и микробиологов, лауреатов Нобелевских премий. Но если это истинно великие, то за двадцать лет они могли бы, наверное, придумать что-нибудь практически приемлемое!

В американской прессе уже давно муссируется версия, что СПИД появился именно на Африканском континенте и его причина – вирус обезьян, которым якобы могли заразиться охотники на этих животных. По-моему, полный бред. Это сколько же надо охотников, чтобы вызвать такую пандемию. Мы здесь уже более 20 лет, а разгул СПИДа начался только лет 10 назад. Что-то долго добирался вирус из Конго и Камеруна, не иначе как передвигался на ослах. Кстати, а как там со статистикой ВИЧ-инфицированных? И что, обезьяны и охотники есть только в этих странах?

Следует помнить, что первые сообщения о пандемии пришли из Уганды, и связывали их с использованием вакцины от полиомиелита – для её приготовления действительно использовали кровь

обезьян. У обезьян этот вирус имеется, но не вызывает заболевания. А у человека происходит мутация. Противополиомиелитную вакцину изобрели голландские и американские учёные. Было привито 1.200.000 человек. И началось! Лично мне эта теория внушает больше доверия, чем другие.

Но, возможно, правы те, кто считает, что вирус выращен в искусственной среде на хромосомно-генном уровне как биологическое оружие. Не надо никакой атомной бомбы, вымрем все, а природные богатства останутся целыми и невредимыми.

Работаю на африканском континенте более 23 лет и часто слышу, что причина СПИДа это жара, нищета, голод. Но ведь болеют и умирают не только бедные, но и очень богатые, которые прекрасно питаются, живут в комфортных условиях и точно не страдают от голода и жары. В том, что в Африке заболевание начало распространяться с космической скоростью, во многом виноваты, как я считаю, отжившие традиции, дурные привычки, половой разврат, когда проституция, супружеские измены становятся делом совершенно обычным, само собой разумеющимся.

В газетах и интернете пишут, что Малавия и Свазиленд скоро останутся без правительства и парламента в виду высокой смертности госчиновников от СПИДа. Они что, плохо питаются? Я часто задаю подобные вопросы, когда провожу беседы о СПИДе, но создаётся впечатление, что у моих слушателей всё в одно ухо влетает, а в другое вылетает. Как об стенку горохом! Что прикажите делать, когда ВИЧ-инфицированный через месяц приходит на приём уже и с сифилисом. Сам заразился новой болячкой и скольких женщин «в обмен» успел заразить своей, страшно подумать?!

Ещё одна проблема для врача в Мозамбике – тропическая малярия, которая вызывает малярийную кому. Тут нужно проявлять большую настороженность и начинать лечение как можно раньше. В настоящее время для диагностики малярии мы делаем быстрый тест на *гематозуафу* (плазмодий). Надо сказать, что тест очень чувствительный и информативный. Он реально помогает установить точный диагноз.

Привожу пример из своей практики. Приходит больной с жалобами на высокую температуру (39–40 градусов). Миалгия, артралгия, головная боль – всё как при малярии. Но тест отрицательный. И микроскопия толстой капли не обнаруживает малярийного плазмодия. А вот тест на ВИЧ – положительный, и в гемограмме – нейтропения, моноцитоз, тромбопения и всегда очень высокое СОЭ (50–80 и выше). Температура во всех подобных случаях держится всего один-два дня. У меня из 25 ВИЧ-инфицированных таких оказалось 5.

Какой вывод из всего этого напрашивается? Несмотря на всеобщую лень медработников на всех уровнях (пост, центр, госпиталь), совершенно необходимо делать быстрый тест на малярию и микроскопию мазка, чтобы не лечить больного от болезни, которой у него нет. Местные врачи, пожалейте, не мучайте напрасно свой народ!

И ещё одно очень важное замечание. По инструкции принимать антиретровирусные токсичные препараты на голодный желудок нельзя категорически. Но происходит это сплошь и рядом. Даже на предприятиях, где есть возможность дать заболевшему сотруднику субсидию на питание, эта проблема не снимается. Ведь в большой семье больного не будет же только он один более или менее нормально питаться.

Сейчас имеются проекты по оказанию помощи больным СПИДом. Помощи, в основном, психологической, со стороны активистов и медсестёр. Но если в городах её худо-бедно и можно организовать, то в районных центрах, деревнях, где расстояния между поселениями несколько километров, вряд ли. Такая помощь будет существовать только на бумаге и сведётся лишь к бесполезной трате средств на активистов. Хорошо, что в деревнях СПИДа и ВИЧ-инфицированных гораздо меньше, чем в городах.

А сейчас о наших контрактах. «Модель В»: зарплата эквивалентна 1300 долларам; налог (типа нашего подоходного, где-то 14 %) платит Министерство здравоохранения; за электричество, воду, газ, продление документов, уборку городского мусора, ноч-

ного сторожа платит врач (значит минусуем из зарплаты 150-200 долларов, остаётся 1150-1100. Раньше за воду, газ, свет платил ДПС (Департамент провинциального здравоохранения, или, условно говоря, Облздравотдел), но в последние годы этот пункт из контракта исчез, так же, как и пункт, гарантирующий предоставление бесплатного благоустроенного жилья. Правда, по факту жильё всё же предоставляли и оплачивали.) Но идём дальше. По контракту нам положен оплачиваемый проезд в отпуск на родину – один раз в два года (но только в случае, если после двух лет работы ваш контракт продлён). Рабочий день должен длиться 9 часов 30 минут – начало в 7.30, конец в 15.30. Выходные дни – суббота и воскресенье.

Режим работы, на первый взгляд, довольно щадящий, но в действительности это не так. В провинциальном госпитале не хватает врачей. В роддоме при 10.000 родов работает (и то лишь в последние годы) всего четыре врача, от силы пять. (Сравните: в Мапуто на 15.000 родов 25 гинекологов. Есть разница?) Так что о месячной норме 180 часов даже думать забудьте. Придётся перерабатывать 95–100 и более часов. И после суточного дежурства в субботу или в воскресенье об отдыхе на другой день тоже не мечтайте.

Передо мной график ургентных дежурств гинеколога (у них больше всех ургентных операций – 36–40 на одного врач в месяц, да ещё к этому 9–10 плановых операций). Вот он, отчёт за сентябрь 2008 года: шесть суточных ургентных дежурств, из них одно воскресное; четыре дня плановых операций и 3 дня консультаций в поликлинике. Итого сверх нормы – 120 часов.

Вы думаете, что иностранным специалистам платят сверхурочные? Ошибаетесь. И консультировать в частной клинике не разрешается. Исключения делались только тогда, когда частная *консульта* существовала при госпитале. Так вот, когда в ней по каким-либо причинам не оказывалось мозамбиканских специалистов, призывали наших. Но платили им по дискриминационным расценкам: за консультацию не 60% от прейскуранта, а только 40;

а за операцию не 50, а лишь 30%. Аттракцион неслыханной щедрости!

Поступила информация о том, что правительство Мозамбика для заполнения вакансий в государственных больницах решило нанимать врачей из Кубы, Вьетнама, Китая, Индии... Местные врачи не хотят работать в этих больницах из-за мизерного жалования.

Давайте разберёмся, что такое «мизерное» жалованием местного специалиста. Зарплата от Министерства здравоохранения 24.000 метикалов (800 долларов); плюс $\frac{1}{3}$ зарплаты за сверхурочные 75 часов работы (это ещё почти 300 долларов); плюс 1500 долларов по контракту *кооперасо* Швейцария «Tap-ap» и ещё 500 долларов для оплаты жилья. Ко всему этому почти все местные медики подрабатывают в других организациях (железная дорога, например, платит почти 800 долларов в месяц; коммерческие банки и другие предприятия – не меньше); почти все местные ведут платные приёмы в частных клиниках (а ранее работали в спецконсультациях при госпитале, где не только консультировали, но и проводили платные операции); ещё одно место работы для многих – Дневные госпитали для больных ВИЧ\СПИД-ом. И всё это вполне легально. (Интересно, как при такой занятости можно ещё и перерабатывать по 75 часов в месяц на основном месте работы в государственном госпитале?) Доход врача частной практики зависит от его специальности и колеблется в пределах от одной до четырёх тысяч долларов. А теперь всё просуммируйте и, хотя бы приблизительно, посчитайте какова «мизерная» зарплата мозамбиканского специалиста. Она составляет примерно 4000–6000 тысяч долларов в месяц. У нас, иностранцев, в 3 раза меньше. В какой ещё стране мира врач за рабочий день успевает обслужить больных в стационаре, на приёме, в частной клинике и ещё в нескольких местах? Кажется, только в Америке. Не снимая пальто и выслушивая больного через одежду.

Конечно, всюду можно успеть, если у тебя всего один приём в неделю и не более 10-15 больных (все строго по записи). Тут при-

выкли ждать специалиста неделями, а плановой операции – месяцами. Чтобы не слишком устать самим, очень даже выгодно нанимать иностранных врачей за нищую зарплату 1300 долларов. Вот они пусть вкальвают. Пусть почувствуют себя рабами. Им полезно.

Вот только страны-доноры, помогающие Мозамбику, знают об этой дискриминации? Они что, тоже так думают о своих согражданах? Тоже согласны с таким проявлением неорасизма?

Ещё не так давно развивающиеся страны просили у международного сообщества: «Не присылайте к нам врачей по своему усмотрению, лучше выделите средства, а мы сами, на месте определимся, каких специалистов нужно пригласить». Развивающимся странам пошли навстречу. С 1996 года по 2006 год существовал проект «Pooling», финансируемый Paisis baixos (Бельгия, Голландия, Дания), для привлечения иностранных специалистов на работу в Центральных провинциальных госпиталях Мозамбика. По прописанным условиям зарплата врача должна была составлять 3000 долларов, на оплату квартиры выделялось 500 долларов, предусматривалась *субсидию биосегуранса* (500 долларов в год за риск для жизни), *судсидию изоламенту* – доплата за отдалённость (300 долларов в месяц), оплачиваемая поездка в отпуск один раз в год.

Что же мы имели в реальности? Зарплата 2500 долларов, квартплата 500 долларов, оплачиваемая поездка в отпуск (один раз в два года). *Субсидию изоламенту* и *субсидию биосегуранса* никогда не получали. Кто их получал за нас и на что тратил не известно. Так всё продолжалось пять лет. А через пять лет вдруг заявили, что деньги кончились. Пять миллионов долларов словно испарились! Международный проект приказал долго жить. В последующие пять лет, врачам платило уже мозамбиканское государство, и как только заканчивался двухлетний контракт, его уже не продлевали. По этой причине из Мозамбика уехало много хороших специалистов, знавших язык и патологию. Ну и не жалко. Руководящих чиновников за это не только не наказали, но даже похвалили, они пошли на повышение. А оставшимся врачам стали без конца напоминать, что им теперь платит бедная страна.

В стране новый министр здравоохранения Иво Гарриду. Нам это не предвещает ничего доброго. Его назначение на этот пост стало большой неожиданностью не только для нас, но и для мозамбиканских врачей. Он недолго работал врачом-хирургом в Бейре, потом Провинциальным директором здравоохранения в провинции Маника (где тоже не задержался), затем в Центральном госпитале Мапуто, затем в Университете... И везде конфликтовал. Но вот, наконец, наступил его звёздный час!

Первый же указ нового министра поверг нас в шок: «Врачи, работающие в Мозамбике более 10 лет, если желают продолжать работать, переходят на контракт «Модель Е»». А это значит, что зарплата наша теперь приравнивается к зарплате мозамбиканских врачей-неспециалистов (примерно 800 долларов), жильё предоставляться больше не будет и об оплачиваемом проезде в отпуск следует забыть. Гениально! Браво!

Конечно, все хорошие специалисты, кому позволял возраст и у кого была возможность устроиться на родине, тут же уехали. Новый министр милостиво разрешил остаться на контракте «Модель В» только тем, кто ранее никогда не имел с ним трений и находился на контракте «Pooling». До министра дошло, что без иностранных специалистов в Провинциальных госпиталях просто некому будет лечить больных, поскольку местные врачи вечно пропадают на каких-то бесполезных семинарах и конференциях, им не до пациентов.

Хочу отдельно рассказать о хирурге Викторе Грачёве. Он проработал в Мозамбике более 20 лет и во многом способствовал становлению здравоохранения в стране – учил местных врачей (некоторые из них до сих пор вспоминают его и называют «мой учитель»), давал уроки для студентов в Университете. Прекрасный, деятельный, опытный специалист. Кстати, ещё и неплохой поэт. (Сам он родом из Рязани и своим поэтическим творчеством, отмеченным простой и искренностью, продолжает, как мне кажется, традицию Есенина.) Так вот, опытный хирург, по сути несколько лет выполнявший функции главного хирурга страны, не заслужил

даже контракта «Модель В». И это притом, что у него жена имеет мозамбиканское гражданство и работает врачом-гинекологом на местном контракте, и две дочери замужем здесь же, и двое внуков. Виктор работает сейчас в России, приезжает навестить семью. А кто же учил Иво Гарриду быть хирургом? Кого он приглашал ассистировать при сложных операциях в частных клиниках, за которые получал тысячи долларов? Разве не Виктора? Короткая память однако. (Тут сделаю отступление и скажу: прошло немало времени, прежде чем Виктор Грачёв смог всё-таки вернуться в Мозамбик и вновь приступить к обязанностям хирурга в одном из военных госпиталей.)

Адетский хирург Николай Бойко, единственный на всю страну! Сколько ребятишек он спас! Уехал. Контракта, достойного его квалификации и опыта, местные чиновники от медицины ему не предложили.

Наши врачи начали здесь работать в самые тяжёлые годы, годы войны, когда повсеместно была нехватка врачей, медикаментов, продуктов питания, когда были проблемы с водой и светом... Это наши специалисты, не жалея времени и сил, учили местных врачей, передавали им свой опыт и знания. Это они в тяжелейших условиях трудились без сна и отдыха, обеспечивая urgentную помощь и лечение больным и раненым. В конце концов, это они сохранили и развили медицинскую службу в стране. И что же? Теперь их буквально выдавливают отсюда. Не буду называть всех, кто покинул Мозамбик с чувством горечи и досады, натолкнувшись на неблагодарность и чиновничью спесь нового руководства Министерства здравоохранения. Думаю, было бы честнее, если бы новый министр не придумывал разные предлоги, почему с нами нельзя подписать достойные контракты, а прямо и без обиняков заявил: «Все бывшие советские врачи – вон из страны! Вы нам больше не нужны! Война закончилась, вы нас учили, передали нам свой опыт, свои знания, теперь убирайтесь».

И наши уезжают. А кто же приходит вместо нас? Например, врачи из Индии. У них контракт «Модель А»: оклад 2500–3000 дол-

ларов; 500 долларов за квартиру; оплачиваемый проезд в отпуск каждый год. Практически все вновь прибывшие без знания языка и патологии. Многие из них работали у себя в стране в частных клиниках и к здешним нагрузкам не привыкли. Нескольких в силу их вопиющей некомпетентности почти сразу же отправили обратно домой с вежливой и удобной формулировкой «по семейным обстоятельствам». Один такой индийский коллега всем советовал для лечения гнойного отита у детей промывать ухо водой из-под крана, а вместо антибиотиков употреблять бананы. Интересно, это врач или знахарь? Но даже и не знахарь, поскольку не знает, что от переизбытка солнца в бананах нет витаминов. Да и сами бананы есть тут далеко не у всех!

Через три года в госпитале осталась только одна врач-терапевт, которая училась на Украине. Ну а сейчас будут набирать врачей из Китая, Вьетнама и Кубы. Все без знания языка, включая кубинцев, считающих, что каждый тут должен знать и понимать родственный испанский. Им и в голову не приходит спросить себя, а почему же сами они так плохо понимают родственный португальский? К тому же, не все кубинцы, приезжающие в страну, специалисты. Это здесь, на месте, они учатся и набираются опыта, благо никакого контроля за ними со стороны руководства госпиталей нет.

Работая почти 3 года шефом приёмного покоя, я многое повидала и могу привести немало примеров невнимательного, неквалифицированного отношения к больному со стороны вновь прибывших иностранных врачей. Так, впервые от кубинского врача-хирурга я услышала, что острый живот (перитонит) не является *эмерженсией* (критической ситуацией), что это *урженсия*, т.е. никакой срочности в операции нет, больной может подождать до утра. Это был вполне конкретный случай. Больного с перитонитом оставили без медицинской помощи до утра. Ну а утром он умер на операционном столе. Оказалось поздно.

Вы думаете хирург дождался утра потому, что был занят какой-то другой неотложной работой? Ничего подобного! Мой вызов, видите ли, прервал его культурный отдых в ресторане.

А как можно не диагностировать разрыв почки? Как можно без тени сомнения решить, что это «почечная колика» и рекомендовать переправить больного в госпиталь Марреро, что в 13 км от нас, где нет ни операционной, ни ургентного хирурга? Больного, 23-летнего парня, из-за отсутствия транспорта тогда никуда не повезли, оставили в приёмном покое, где он находился в течение полусуток. Только утром, придя на работу в 7.30 и зайдя в первую очередь в приёмный покой, я увидела (и услышала!) этого больного с клиникой острого живота и тяжёлой анемией. Он кричал от боли. Спрашиваю дежурный персонал: «Почему повторно не вызвали дежурного хирурга?» – «А его телефон не отвечает». Но врач живёт через дорогу от госпиталя, в 5 минутах ходьбы. И ночью в госпитале дежурит или врач или техник, и есть *фонда* (это шеф одного из отделений, они дежурят по графику; их присутствие ночью в госпитале мне не понятно; по-моему, они заявляются часов в 8 вечера, проходят по отделениям, берут сведения о количестве больных и укладываются спать; на следующий день – не работают, очень устали; никакой помощи от этой ронды нет, да к ним никто и не обращается; ещё попробуй их найди – пока найдёшь, уже и помощь будет не нужна). Так вот, звоню хирургу и объясняю суть дела, что больной очень тяжёлый и уже запросили кровь для операции, а он мне заявляет, что примет душ и потом придёт, а пока везите больного в предоперационную. Врач пришёл через час. И опять поздно. Больной умер...

Думаете, эти случаи обсудили на ежемесячной конференции? Конечно, нет. Интересные или трудные в плане диагностики и лечения случаи, случаи врачебных ошибок никогда не разбираются. А ведь это одна из форм обучения. Для чего тогда эти конференции? Для галочки и только. Для врачей и медработников среднего звена они в таком виде бесполезны.

После моего ухода из госпиталя в феврале 2006 года уже сменилось три ЛОР-врача. Уехал врач из Индии, ему не продлили контракт – много жалоб от больных. Через 6 месяцев работы уехала врач кубинка – оказалось, слишком много работы, и она та-

кой нагрузки не выдерживает. Что значит «много» мне объяснил, работавший с ней медик-техник: одну неделю ургентным был он, а другую она; приёмы врач вела всего 2 раза в неделю; в операционный день вообще на приём не выходила. И это непосильная нагрузка? Я 15 лет работала одна, приём – каждый день. И время приёма регламентировалось очень просто: сколько пришло пациентов, столько и будет принято, на часы не смотрела. Некоторые врачи удивлялись: «Ты единственный специалист и почти не имеешь платных консультаций». А какие могут быть платные консультации, если у тебя приём не раз в неделю, а каждый день и в очереди по 10–15 больных? Если человек болен, не может же он неделями ждать приёма. Казалось бы, легче всего сказать: «Я устала, вас много, а я одна и потому отправляйтесь, дорогие, на специальную частную консультацию (платный приём)». Но не могу. Почему? Да потому, что так обучили и воспитали в семье, школе, советском вузе. И ещё потому, что знаю: у большинства моих больных нет денег на дорогую частную консультацию и последующее лечение. Если раньше один только приём у врача в частной клинике стоил 500 метикалов (где-то 20 долларов; метикал в 2008 г. – 24,4 доллара), то сейчас 750. Все анализы и обследования платные. Операция после спецконсультации тоже, конечно, платная. Только общая анестезия стоит 2.000 метикалов; пребывание в отделении реанимации – 600 метикалов в день; КТ – 4.500 метикалов; маммография – 1.000 метикалов и т.д. Где неимущему больному взять такие деньги?! В бедной, развивающейся стране, которой помогает весь цивилизованный мир, 80% населения имеют минимальную зарплату 1850 метикалов (это в городах; у тех, кто занимается сельским хозяйством – вполовину меньше). Но и эти зарплаты из-за безработицы есть далеко не у всех.

Сейчас только в Нампуле 4 частных поликлиники. В стране всего 7 врачей отоларингологов, из них 5 – в Мапуто, один в Центральном госпитале Бейры и один в Центральном госпитале Нампулы – это снова врач кубинка и опять ей уж очень тяжело работается. Через 3 месяца она сбежит, и Центральный госпиталь

Нампилы окажется почти на полгода без врача-отоларинголога. Всё это подтверждает лишь одно: только наши врачи могут трудиться за троих и за пятерых.

В роддоме должно работать минимум 8 врачей, но по факту все годы здесь было только два врача. Естественно, это были наши. Валились с ног, но работали. А дирекции хватало наглости включать их ещё и в график дежурств в приёмном покое в качестве врачей общего профиля; назначать на неоплачиваемые ночные дежурства 1-2 раза в месяц. (Потом, когда эти дежурства стали оплачиваться, местные техники и врачи общего профиля стали с удовольствием забирать их себе.) В отпуск акшер-гинекологи уезжали по очереди. И тогда в роддоме вообще оставался только один специалист. И он справлялся!

Когда в 1998 году к нам приехала работать гинекологом врач кубинка Лукреция (а к тому времени в роддоме уже работало 4 врача) и ей рассказали, что русский доктор Владимир, почти 2 года работал один, она мне сказала: «Хочу видеть этого железного человека». («Стожильного», – подумала я по-русски). Сама Лукреция с трудом выдержала 2 года и, думаю, с содроганием вспоминает свой мозамбиканский контракт, а он был тогда 2500 долларов, а не 1300, как сейчас. (Кстати, зарплата здесь одинаковая, что у дерматолога, который каждую ночь спит спокойно, что у гинеколога или хирурга, которых в любой момент могут вызвать спасать больного и у которых во время операции из-за жары и сверхнапряжения пот меж лопаток течёт ручьём.)

Вспоминаю врача Володю Качанова, он был единственным травматологом и почти три года работал в воюющем округе без отпуска. Руководством это воспринималось как должное. Ну а пациенты, конечно, были благодарны. «Безотказный человек», – говорили о нём многие. Но вот, наступил момент, когда, если не помощь, то хотя бы понимание, понадобились самому Володе: его семейные обстоятельства сложились так, что нужно было срочно выехать на родину, хотя заменить его в госпитале было неким. И он уехал. И тогда в отместку Министерство здравоохранения

вообще закрыло его контракт, чтобы лишить возможности через какое-то время вернуться и вновь приступить к работе – вот такая благодарность за тяжёлый, самоотверженный труд.

И что ещё примечательно: когда грубые врачебные ошибки совершают врачи, работающие по межправительственным контрактам, всё тихо спускается на тормозах. Русским же на индивидуальных контрактах не прощается ничего! Защищать нашу профессиональную честь и достоинство, похоже, некому. Россия только и может, что входить в положение бедных развивающихся стран и прощать им многомиллиардные долги, ничего не требуя взамен. А требовать надо! Думаете, наше бескорыстие здесь ценят? Нет, нет и нет. Оно лишь порождает эгоизм и иждивенчество, стремление всё извратить, вывернуть наизнанку, поставить с ног на голову. Только и слышишь: «А это вы на вооружение деньги давали, вот если бы попить-поесть...» Спокойно говорить об этом не могу. Хочется кричать, обращаясь к нашим руководителям: «Так нельзя! Нельзя разрешать так обращаться с великой страной и её гражданами! Нужно заставить себя уважать!»

А вы забыли, сколько станков и машин мы вам поставили, сколько предприятий и сельхозобъектов возвели, сколько месторождений (и каких!) разведали для вас советские геологи?! Наша страна подготовила для Мозамбика более 100 тысяч классных специалистов! И это всё «не считается»?! От этого можно отмахнуться? Об этом можно забыть, вычеркнуть из памяти? Ну, нет! Собственно, одна из причин, по которой я взялась за эту книгу – чтобы помнили о нас, тех, кто здесь трудился, сражался, лечил, учил, защищал, строил, желая мира и процветания вашей стране, отдавая ей свои лучшие годы, а случалось – и свои единственные жизни. Вот так.

Не могу не рассказать об одном случае, произошедшем уже на моём новом месте работы – «стройке века», о которой речь впереди. Сейчас, скажу лишь, что совершенно случайно я стала врачом в поселении строителей, возводивших большой мост через реку Замбези, одну из самых полноводных в Африке. Так вот, мне

позвонил врач здравпункта. У него на приёме оказалась девочка семи лет – вдохнула волосяную спираль, которую женщины вплетают в свои курчавые волосы. Я говорю: «Привози, посмотрим». Привёз. У девочки затруднение дыхания. Пытаемся ей как-то помочь при наших весьма ограниченных возможностях. Благодаря противоотёчным и спазмолитикам состояние улучшилось. Без анестезии что-то делать дальше нельзя и, оценив состояние больной, решаем транспортировать её в Провинциальный госпиталь Келимани, где есть ЛОР-врач. По состоянию девочки с трахеотомией можно не спешить, не исключено, что достаточно будет прямой ларингоскопии.

Дорога занимает два часа. Доктор Изаиаш лично сопровождает больную. Привёз в госпиталь, направил в рентген-кабинет, попросил срочно вызвать ЛОР-врача. Это было где-то в 15 часов. Дольше он не мог оставаться, так как переправа закрывалась в 17 часов. Случилось это в субботу. А в понедельник позвонил отец девочки и, еле сдерживая рыдания, сообщил, что в воскресенье, в 13 часов она умерла. От него мы узнали, что врач к его дочке пришла только в 10 часов на следующий день. Осмотрела и ушла. А в 13 часов девочки не стало. Ещё больше я была обескуражена, когда спустя несколько дней, будучи со своим больным в этом госпитале, узнала от шефа реанимации, где по идее должна была находиться девочка, что она в отделение вообще не поступала! Это каким же надо быть бездушным, безграмотным медработником приёмного покоя, чтобы допустить такое! И виноватых нет. Врача перевели работать в Центральный госпиталь Нампулы.

Во время одного из визитов в этот госпиталь я попыталась поговорить с тем врачом, но не смогла, она уехала в отпуск. Случай этот не давал мне покоя, и я наметила себе в свой следующий приезд, во что бы то ни стало с врачом всё-таки встретиться. И встреча состоялась. Каково же было моё удивление, когда она мне сказала, что никто её не вызывал для оказания помощи той девочке. Так кого же вызывали?! Вот такой уровень ответствен-

ности медработников. И виноватых, повторяю, нет. Да их и не ищут. Ну, умер ребёнок и умер. А вот, если бы к больному не пришёл и не обслужил его работающий по индивидуальному контракту врач-специалист из России, сразу бы последовала бурная реакция. Как?! Почему?! Да что ж это такое?!

Госпиталю в Нампуле снова не повезло. Опять здесь уже три месяца нет ЛОР-врача. Очередная кубинка надорвалась на работе и уехала. И это притом, что за 3 месяца ею было проведено всего 14 операций. В основном – удаление инородных тел. Раньше я почти все это делала без всяких операций в приёмном покое или на приёме ЛОР. Меня приглашали вернуться в госпиталь, но я не вернусь. Для меня этот вопрос закрыт.

Всё пытаюсь понять, чем мы, русские врачи, вызвали такую немилость нового министра здравоохранения? Зачем он издал такой странный указ и, по сути, выгнал из страны прекрасных специалистов, делом доказавших свою компетентность и работоспособность? Ведь специалистов и так не хватает. Остро не хватает.

Сегодня имела разговор с врачом-хирургом, который работает здесь более 15 лет, и он мне сказал, что идея избавиться от опытных врачей принадлежит не министру, а постоянному секретарю Ж–у Т–а. Якобы именно он на всех собраниях поднимает вопрос о том, что доктора устали, и их надо чаще менять. Какая трогательная забота! Было бы лучше и справедливее, господин постоянный секретарь, если бы вы и ваши подчиненные просто выполняли требования Закона о труде, а не превращали врачей-специалистов в рабов. Просто строго соблюдайте закон! И тогда мы по достоинству оценим вашу готовность облегчить нашу жизнь. Облегчить нашу жизнь, а не наши карманы.

Сейчас набирают врачей без знания языка из Северной Кореи, Вьетнама, Китая и направляют в провинциальные госпитали нашей третий по величине и второй по численности населения провинции (более 4 миллионов). Зарплата – 2500 долларов; на квартиру – 500 долларов; ежегодный оплачиваемый отпуск. Их контракт тоже «Модель Б», только межправительственный.

Снова возвращаюсь к контракту «Модель Б». Он согласно вводной части должен соответствовать Закону от 1975 года, подписанному первым президентом страны. Как я уже упоминала, 7-я статья этого закона (а другого просто нет!) гласит, что работающим в тех же условиях иностранным специалистам, положены все те же льготы, что и национальным кадрам, т. е. субсидия *риску да вида* (доплата за работу в условиях опасных для жизни), субсидии на оплату воды и электроэнергии, тринадцатая зарплата (к ней я ещё вернусь), оплата сверхурочных (свыше нормы 180 часов в месяц), предоставление дня отдыха в будни за работу в субботу или воскресенье.

Несколько лет назад в контрактах было чётко прописано, что нам полагается бесплатная обустроенная квартира, субсидии на оплату воды и электроэнергии... В последние годы всё это исчезло, и получилось, что в некоторых провинциях иностранным специалистам оплачивают воду и энергию, начисляют 13-ю зарплату, компенсируют дежурства в приёмном покое, а в некоторых нет. Так что же, закон от 1975 года не для всех? Из-за того, что из контракта исчез прямо оговоренный пункт о праве на благоустроенное жильё, мы в 2007 году почти год задерживали арендную плату хозяину квартиры, объясняя, что вот-вот ДПС перечислит нам «квартирные», и тогда мы рассчитаемся сполна. Мытарили нас долго, и только после визита к губернатору провинции выплатили годовую задолженность.

Потом начались фокусы с IRPS (налог типа нашего подоходного, который до 2004 г. с иностранных специалистов не взимали; да и сейчас те, кто получают долларовую зарплату от фондов, переводят её на счета в свою страну и не платят никакого налога). В 2006 году в контракте указывалась зарплата, эквивалентная 1300 долларам, увеличенная на налог, который затем изымается источником, оплачивающим контракт. Кажется, всё предельно ясно: на руки ты должен получать 1300 чистыми. Но в 2007 слово «увеличенная» меняется на слово «уменьшенная». Вот такое сальто-мортале. По закону налог IRPS обязаны

платить все, но вот кто платит – *контратанти* (наниматель) или *контратаду* (наёмный специалист) в контракте не указано. И началась неразбериха.

В нашем госпитале восемь врачей с контрактом «Модель В». Так вот, у двоих местный бухгалтер, ссылаясь на информацию от Министерства финансов, начал высчитывать налог повторно. На вопрос, почему это не распространяется на остальных, он ответил, что бухгалтер шестерых счастливиц не имеет той информации, которой располагает он. Почти год я доказывала ему, что есть закон и что от налога не освобождается никто, а вот, кто платит, отражено в контракте, а контракты у всех слово в слово одинаковые, и слово *дедузиду*, означает, что зарплата уже уменьшена на налог. В Дирекции финансов, куда я неоднократно обращалась с жалобой, всякий раз заявляли: «А пусть ваш бухгалтер придёт к нам, и мы ему объясним, что он не должен высчитывать налог повторно». А как мне это сделать? Я что, должна вести его, упирающегося, на верёвочке?

В очередной раз, доказывая бухгалтеру его неправоту, я сказала, что обращусь в суд, и он будет выплачивать мне не только материальный, но и моральный ущерб. Говорю ему это, а внутренне смеюсь над собой: это в Африке-то? Но смех смехом, а действовало – всё выплатил за целый год. Самое интересное, что я пыталась решить этот вопрос через Министерство здравоохранения, но убедилась в их полной некомпетентности.

В этом 2008/09 году – опять новшества. Подписали прежний контракт. Квартиры должен оплачивать госпиталь (500 долларов) по соглашению с хозяином жилья. Но вдруг приходит циркуляр, по которому зарплату отныне следует платить в метикалах. Вместе с налогом это 37.315 мт. (брутто) – налог 6.008 мт. и 31.400 мт. получаем на руки. Но если курс доллара повысится, то эквивалента 1300 долларам чистыми, как сказано в контракте, уже не получится. А ведь мы из этой суммы ещё платим и за воду, энергию, газ, уборку мусора, охрану ночью...

Через пару дней новое указание: разрешить самим снимать квартиру за те же 500 долларов. В соответствии с этим зарплату подняли с 37.315 мт. до 49.000 мт. Кажется, все нормально. Но не тут-то было! Этот контракт 2009/10 г. пример вопиющей безграмотности Минздрава. Когда я его показала шефу отдела заработной платы, то он сказал, что такого быть не может. Должно быть написано, что зарплата 1800 долларов (1300 + 500 квартирные) конвертируется в метикалы в день зарплаты. С января 2009 года снизили налог IRPS до 10,6%, но курс доллара уже не 24,5, а 29,92. Следовательно, метикальная зарплата возросла, а вот если заплатить за квартиру, согласно контракту с хозяином, 500 долларов, то зарплата врача окажется всего 1025 долларов, а не 1300. Из них, если вычесть расходы на воду, газ, электричество, охрану, то остаётся всего 900 долларов. У врачей кубинцев тоже контракт «Модель В», зарплата 1300 долларов. Но им предоставляется квартира со всеми удобствами, оплачивается вода, свет, прислуга, ежегодный отпуск. Почему же у нас по-другому?

Сейчас перед выборами в стране много говорят о борьбе с коррупцией. Ну, что ж, подключусь к этой борьбе и я. То, что провернуло здешнее Министерство здравоохранения, иначе как коррупцией не назовёшь. Нам должны платить 49.000 мт., но на счёт поступает только 42.777 мт. В обсуждениях на ТВ часто слышу, что зарплату иностранным специалистам нужно платить в пересчете на доллары. И если будет меняться курс доллара, то должна меняться и зарплата брутто. Согласно этому нам в настоящее время должны начислять 54.000 мт., из которых положено вычесть налог, который платит Минздрав. Так куда же исчезает 375 долларов из зарплаты иностранного врача-специалиста? Знаком Минздрав с рекомендациями Глобального Альянса по кадровой политике? Там сказано, что необходимо создавать благоприятные условия для жизни и работы специалистов, беречь кадровый потенциал, не сокращать рабочие места. Или это не для министра здравоохранения Мозамбика? Разве он не понимает, что не корректировать зарплату иностранным специалистам, значит сохранять ещё одну лазейку для коррупции местных чиновников?

А сейчас расскажу, как я решила бороться за справедливость и что из этого вышло. Надо быть сумасшедшей или иметь гипертрофированное чувство справедливости, чтобы затеять такое в Африке. Похоже, мне свойственно и то, и другое. Часто слышу: «Ты что, не в себе? Угомонись! Здесь ничего никому не докажешь». Но столкнувшись с подлостью или обманом, я не могу пройти мимо, даже если твердо знаю, что потом мне за это достанется. И друзья, и недруги прозвали меня Лутадора, что значит Борец, Воительница. Для меня это не прозвище, а звание. Стараюсь ему соответствовать.

Июнь 2005 года, наш врач Нина Белая, возвращается из отпуска и встречает в Мапуто своих коллег по работе в Бейре и в Иньенбане. Разговорились и затронули тему 13-ой зарплаты. Врачи Нина и Володя Белые до Нампулы долгое время работали в Бейре, а потом в госпитале в Иньенбане, и везде получали 13-ю зарплату. Их сын, врач-офтальмолог, работающий в провинциальном госпитале Келимане, тоже, как они выяснили позже, получает ежегодно 13-ю. Получают её так же и ещё два врача с контрактом «Модель В», работающие вместе с ним.

Когда Нину и Володю перевели в наш госпиталь в 1996 году, они посчитали, что 13-ю зарплату отменили, и вот, спустя 9 лет узнают, что её никто не отменял. Так почему же её не платят в Центральном провинциальном госпитале в Нампуле, в одном из 3-х крупнейших Центральных госпиталей страны?

Вернувшись в Нампулу, Нина пошла в Департамент финансов и потребовала дать ей ознакомиться с ежегодным циркуляром, где указано, кто имеет право на 13-ю зарплату. С большим трудом она получила этот документ. В нём в пункте 3 написано, что иностранные специалисты, получающие зарплату из бюджета министерства и не переводящие её за рубеж, имеют право на 13-ю зарплату. У Нины сохранился документ из финотдела Бейры, когда их переводили на новое место работы в 1995 году, что они ещё не получили 13-ю зарплату и что им должны выплатить её в Иньенбане.

Нина Ивановна спрашивает у тогдашнего нашего главврача, доктора Авроры: «Вы знали, что нам положена 13-я зарплата?» Ответ без тени смущения: «Да, знала». – «И почему же не платили?» – «А мы платим только тем, кто хорошо работает». Тогда Нина Ивановна говорит ей: «Себе, конечно, платите! Это вы-то хорошо работаете?! Да вы, будучи заведующей, бываете в отделении от силы 2 часа в неделю, а я здесь 24 часа в сутки!» И это действительно так. У Нины хватило смелости сказать правду. Она с мужем собрались уезжать, и терять им было нечего. Обычно за такую смелость закрывают контракт. Об этом мы все хорошо осведомлены.

Мне тоже терять нечего, дальше России не отправят, и уже решено, что я дорабатываю свой контракт «Модель В» и в феврале 2006-го уйду из госпиталя. У меня статус постоянного жителя Мозамбика. Вместе с Ниной идём к главврачу Сарайве и излагаем свою жалобу. Надо было видеть его реакцию! Сесть нам он не предложил, взгляд поверх голов, и ответ: «Я сообщу об этом в Минздрав».

Ну а дальше начинается грандиозный спектакль. Опишу его подробно. В ответе МЗ от 20.09.2005 мне и Нине Ивановне сообщается, что наш контракт соответствует статье 6-ой Закона 1975 от 9 октября и согласно этой статье мы имеем право только на те права и льготы, которые прописаны в контракте. Выходит, в МЗ даже не знают, что наш контракт соответствует 7-ой, а не 6-ой статье, и мы, работая в тех же самых условиях, что и местные врачи, имеем право на те же льготы, что и мозамбиканские специалисты: субсидию за риск для жизни, оплату сверхурочных, 13-ю зарплату, оплату квартиры, электроэнергии и воды. Почему это не отражено в контракте, уже другой вопрос. Вопрос к тем, кто составлял контракт, не отвечающий закону.

Снова пишем в МЗ, информируем, что наш контракт соответствует 7-ой статье. Ответ – нет, ваш контракт не идентичен контракту работников-мозамбиканцев. А чему он идентичен, ведь другого закона на момент подписания наших контрактов не было!

А сейчас уже есть закон от 15.12.2004, статья 3, где ясно сказано, что мы имеем право на все вышеперечисленные льготы. А до этого циркуляр МФ с разрешением на выплату 13-ой зарплаты, точно повторяющий положения вышедшего позже закона, рассылался всем государственным учреждениям. Так почему же в трёх провинциях платили и платят 13-ю зарплату, а в семи нет? В провинции Иньенбане, например, платят. А ведь там был директором госпиталя, а затем и провинциальным директором нынешний директор отдела кадров МЗ. Неужели у него провалы в памяти? А может это что-то другое?

Ответ дирекции госпиталя, провинциальной дирекции и МЗ не оставлял надежды – непробиваемая стена. Решаем нанять адвоката. Излагаем нашу проблему письменно и направляем сразу в две инстанции – Министру здравоохранения и губернатору провинции. Ответ министра – нет. Почти три месяца (с сентября по декабрь 2005 г.) ждём ответа от губернатора. Ответ: направить наше ходатайство в ТА – *Трибунал Административу*. Уверена, что адвокат губернатора наши многочисленные бумаги и не смотрела. А зачем? Кто мы для неё? Пешки. Малозначимые фигуры в гроссмейстерской бюрократической игре. Снова платим (вернее, плачу я) адвокату и направляем наши обращения по всем каналам, начиная с госпиталя, ДПС, МЗ, присовокупив к ним пожелания губернатора и письмо адвоката, разъясняющее, что наши требования законны.

Через два месяца ТА сообщает, что письмо адвоката должно быть написано согласно требованиям соответствующего закона. Находим этот закон, снова адвокат пишет жалобу, отправляем. Получаем через месяц ответ: «А к кому мы имеем претензии?» А разве из наших жалоб в дирекцию госпиталя, ДПС и МЗ не ясно? К тому, кто платит нам зарплату. Снова платим адвокату и отправляем в очередной раз пакет бумаг в ТА. Наши знакомые из Мапуто смеются: «Наивные люди, опомнитесь! Где вы живёте? О какой справедливости может идти речь! Вы зайдите в этот трибунал, да там гора этих жалоб, их и за годы не разобрать. Даже после за-

ключения контракта надо по полгода ждать резолюции, чтобы получить зарплату». Но всё же, кто-то должен добиваться правды и справедливости? А добьёмся ли – увидим!

За это время наша директор отдела кадров побывала в госпитале Келимане и убедилась, что там врачам-иностранцам уже много лет платят 13-ю зарплату. Я тоже побеседовала с администратором госпиталя в Келимане, она оказалась очень внимательной и компетентной. На мой вопрос, почему вы платите 13-ю, она ответила кратко и исчерпывающе: «Мы выполняем закон». Вот бы такого администратора в госпиталь Нампулы! А то ведь что получается, предыдущий наш администратор более пяти лет учился в педагогическом университете (кажется, на факультете географии) и приходил на работу только к 14 часам, чтобы подписать документы и тут же уйти. (Кстати, он «успешно» поработал в Провинциальной дирекции и был уволен, затем столь же «успешно» в нашем госпитале и тоже был уволен, и сейчас всё в том же духе работает в медучилище – очевидно, из разряда непотопляемых.)

Другой наш администратор оказался не лучше первого. Приходишь к нему решить какой-нибудь вопрос – вид невыспавшегося человека, взгляд отсутствующий, витает где-то в облаках и явно тебя не слышит. Однажды я не выдержала и высказалась: «Если вы позволяете себе таким образом общаться с врачом, каков же ваш стиль общения с младшим медперсоналом?» Этим я его очень удивила, и в дальнейшем он, по крайней мере, пытался сосредоточиться, разговаривая со мной, хотя ни одного вопроса так и не решил и даже не пытался решить – сам не мог или не хотел, а беспокоить вышестоящее начальство здесь не принято. Куда лучше дремать в своих креслах или играть в компьютерные игры, раскладывая пасьянсы.

После визита в Келимане, провинциальный директор снова написал в МЗ, что мне положена 13-я зарплата и попросил дать совет, как её выплатить за прошедшие годы. Ответ пришёл всё тот же: «Нет, не положено». Пообщалась я и с адвокатом МЗ

доктором Далмазией, показала все наши документы и спросила: «Так положено или нет?» «Положено», – наконец услышала я. – «Но тогда почему не платите?» Она молча подняла вверх палец. Министр!

В ДПС стал работать адвокат Латифу, и он нам посоветовал проконсультироваться с адвокатом из ТА, который проводит в Нампуле семинар. Созвонилась, встретилась, представила всю нашу долгую переписку и опять задала сакраментальный вопрос: «Положено или нет?». И вторично утвердительный ответ: «Положено!» «Тогда почему же не платят? – в очередной раз вопрошаю я. – Это дискриминация или коррупция?» Ответ адвоката – дискриминация. Я же думаю по-другому: это коррупция на уровне МЗ. Ведь именно врачи, получающие зарплату из МЗ, 13-ю не получили. Тогда как её выплатили тем, кто получает её непосредственно в госпитале или в ДПС.

Официального ответа наш адвокат из ТА так до сих пор и не получил. Будучи в отпуске в Нампуле в январе 2008 года, узнаю, что всем выплатили 13-ю зарплату за 2007 год, а двум врачам (гинекологу из Руанды и педиатру из Сан-Томе и Принсипи) и за 2006 год. Спрашиваю у бухгалтера ДПС, почему за 2006-ой не заплатили ещё пятерым врачам. Отвечает, что врачу кубинцу должен заплатить госпиталь, а четырём врачам из Украины и одному из Грузии ДПС обязательно выплатит, но чуть позднее.

Прошло полгода. Госпиталь действительно заплатил кубинцу, а вот ДПС так и не выполнил своих обещаний. Бухгалтер даже не смог вспомнить, что когда-то что-то обещал. Только после очередного визита к нему врачей травматолога Юрия и гинеколога Владимира он снова пообещал решить вопрос положительно. Но обещанного, как говорят в России, три года ждут, а когда речь идёт об Африке, то, наверное, и больше.

Ждём-пождём. Уже ноябрь 2008 года. Через месяц после напоминаний снова звоню бухгалтеру. И что вы думаете, он с радостью, почти с ликованием сообщает мне, что врач-хирург Александр и его жена врач-дерматолог Оксана, проработавшие в

Мозамбике аж три года, не претендуют на 13-ю зарплату за 2006 год. Дескать, вот с кого вам, скупердяи, надо брать пример. А собственно говоря, почему? Обращавшиеся к вам травматолог и гинеколог проработали в госпитале, не три, а соответственно 12 и 22 года. Работали они, что называется, на износ. И общий стаж у них не восемь, а 20 и 25 лет. И пришли они не за милостыней, а претендуют на то, что им положено по закону. Какие проблемы? Извольте платить!

Возвращаюсь к ещё незаконченной для меня борьбе, а точнее к поиску справедливости. Так почему же, не прислав официального ответа на наш запрос, всем тихо-мирно выплатили 13-ю зарплату за 2007 год? Оказывается, ответ был, но не нам. Министр здравоохранения, ссылая на какие-то циркуляры, которых мы потом так и не смогли обнаружить, прислал ответ АТ – *Трибуналу Административу* всё с тем же «не положено». Какой-то бред! Адвокат из ТА (побольше бы таких!) с этим бредом не согласился. Из ТА приехали с проверкой и, как выразился один из сотрудников ДПС, «всё перевернули вверх дном». И победа наступила! Правда, не полная и не для меня.

Врачам Нине и Володе Белым, которые к этому времени уже уехали, так и не доплатили более 20 тысяч долларов; мне – более 5.000 долларов. А сколько таких, как мы, в других провинциях!

Так как же бороться с коррупцией? Боюсь, открытием кабинетов с соответствующей табличкой, тремя столами и тремя компьютерами, за которыми восседает несколько проверяющих, боящихся, когда доходит до дела, и рта раскрыть, всё и ограничится. Ни один из высокопоставленных чиновников не был уличён ими в коррупции. В коридорах власти все чисты, как стёклышко. И все, как один, честные-пречестные. Честнее не бывает.

Я не успокоилась. Продолжаю борьбу за мою 13-ю зарплату за 4 года. Началась она в августе 2005 года. В январе 2008-го, всё пошло по второму кругу: заявление на имя директора госпиталя, на имя провинциального директора, на имя губернатора – и везде обещают. Только вот, по-видимому, никак не решат, кто же кон-

кретно должен платить. И гуляют мои документы между госпиталем и провинциальной дирекцией, периодически странным образом теряясь. (Когда я обещаю предоставить копии, они тут же находятся.)

Сейчас идёт компания по выборам в муниципальные советы. Борьба развернулась между ФРЕЛИМО и РЕНАМО. Все заняты этой компанией, в том числе и Провинциальный директор. Этот занят настолько, что не находит и пяти минут, чтобы на бумаге с моей просьбой поставить резолюцию «Разрешаю». Что ж, ждали 3 года, подождём ещё.

Сейчас я работаю за 750 км от Нампулы (на той самой «стройке века», о которой вскользь уже упоминала) и единственный способ продолжать борьбу – периодически звонить и напоминать шефу отдела кадров, что отступать я не намерена. Уже наметила себе последующие шаги. Доктор Нина Ивановна Белая, вместе с которой мы начинали реальную, а не показную борьбу с дискриминацией и коррупцией, собирается обратиться в Международный суд в Страсбурге. Посмотрим, что из этого получится. А пока у нас всё по-прежнему. Одни получают зарплату в госпитале, другие в ДПС, третьи от МЗ. Возможно, всё это согласовано с финдирекцией. Чем запутанней контроль за денежными потоками, тем легче воровать и прятать концы в воду.

И последние новости о моей 13-ой зарплате. Видите ли, Провинциальный директор не подписал мою бумагу, мотивирую это тем, что один раз уже просил совета у МЗ и ответ получил «не положено». Но это было до того, как за 2007-й 13-ую выплатили всем врачам с контрактом «Модель В». Прошу, пишите снова в МЗ, ситуация изменилась, мне нужен свежий ответ. Но и свежий ответ – «не положено», так как выплата 13-й зарплаты не прописана в контракте. Но в контракте нельзя прописать всё. Есть законы, которыми должны руководствоваться чиновники. В частности, закон от 2004 года, утверждённый Ассамблеей Республики. Или закон не для всех? Неужели Мозамбик страна беззакония? Не хочу и не буду с этим мириться.

Итак, я 26.02.2006 ухожу из госпиталя. У меня разрешение на частную практику. Но частнопрактикующим врачом, по видимому, надо родиться. Тут обязательно нужна коммерческая жилка и особая психология. Оказалось, ни тем, ни другим я не обладаю. Начинаю работать, арендуя кабинет вместе с другим врачом. Он основной съёмщик, и я плачу ему половину арендной платы и ещё налог на все заработанное. На самом же деле я должна была платить налог только на сумму заработанного за вычетом арендной платы. За аренду платит хозяин. Я об этом не знала и мой коллега лихо меня надул.

Проработав 20 лет, я никогда не имела интереса к специальным платным консультациям. Я и раньше полагала и сейчас полагаю, что болезнь – это несчастье и наживаться на нём грешно. Нередко ко мне на приём приходили с детьми, в основном до года, и просили посмотреть ребёнку уши. Спрашиваю: «На что жалуетесь?» В ответ слышу: «Ребёнок кашляет, у него часто насморк. Врач-педиатр в ЮАР направил нас к ЛОР-врачу, и тот сказал, что нужно срочно сделать парацентез и поставить протез». Уточняю: «А что, у ребёнка болели уши?» Мать отрицательно качает головой: «Нет». Провожу обследование. Протез находится в слуховом проходе. По всей видимости, выпал давно. Барабанная перепонка нормальная. Никаких симптомов заболевания ушей не обнаруживаю. Что же получается? В частной клинике ради 100 долларов подвергли маленького ребёнка общему наркозу и непоказанной операции? И этот беспредел называется платной медициной?! В голове не укладывается. НЕ МОГУ ТАК! Клятва Гиппократа и прочие давно, похоже, устаревшие понятия сильно мешали мне на поприще частной практики. В ипостаси врач-бизнесмен я, увы, не преуспела.

Если в день приходило 10 больных, то минимум трое за приём не платили. Сколько раз я слышала: «Доктор, вы лечили меня и моего ребёнка. На обследование и лечение я хочу попасть только к вам, но денег на платную консультацию нет». Ну и что, я их выгоню, откажу? Говорю: «Проходите». Молодые девчонки в ре-

гистратуре надо мной смеются: «Доктор, вы так ничего не зарабатываете!» И муж шутит: «Похоже, ты ходишь туда, лишь бы не сидеть дома». Я пробовала измениться, пошла на эксперимент, сказала в регистратуре, чтобы ко мне в кабинет без оплаты не пропускали, но... ничего не вышло. На моё счастье долго этот эксперимент не продлился. Опять вмешался случай. Как вы уже поняли, этот господин частый гость в моей жизни.

Обычный день, обычный приём больных, которых как всегда немного. А я же привыкла, что в госпитале их у меня 20–25 в день – в отделении, реанимации, в приёмном покое. И все должны быть осмотрены в этот же день... От ничегонеделания беру вчерашнюю местную новостную газету и вижу, что португальская строительная компания, которая возводит мост на реке Замбези, желает срочно контрактовать врача со знанием тропических и профессиональных заболеваний. О возрасте не спрашивают, дают номер телефона и факс для передачи «Currículo Vite». Звоню моей подруге-португалке, объясняю ситуацию и прошу её позвонить в эту компанию, после того как я отправлю туда CV, и сообщить им, что я ещё вполне бодрая и энергичная, хожу без палочки и притом довольно быстро. Она так и поступила.

Сообщаю об очередной своей «авантюре» мужу, и он, как всегда, не верит в мою затею. Говорит, если не помнишь свой возраст, открой паспорт и посмотри. Я ему ответила поговоркой: «спрос не ударит в нос». Через день звонок и президент проекта «Строительство моста через реку Замбези между Шимуарой и Кайей», сообщает, что они готовы подписать со мной контракт. Ну и ну!

Контракт на 2,5 года, до 31 марта 2009 года. *Estaleiro* (поселение) находится между рекой и посёлком (3 км от реки и 3 км до посёлка). Состоит из типовых металлопластиковых домиков для специалистов (зала, спальня, кухня, санузел с душем, электроплита, электронагреватель, микроволновка, набор кастрюль и другой посуды). Имеется два кондиционера, телевизор с несколькими каналами, интернет.

Иностранные рабочие живут в таких же металлопластиковых домах, но барачного типа, где-то по 9 человек в каждом. У каждого отдельная комната с кондиционером, общая душевая и санузел, зал с телевизором. Горячая вода круглые сутки. Имеется общая столовая для иностранных рабочих и отдельно для мозамбиканцев. Питание оплачивает компания. Завтрак, обед и ужин по расписанию, как в пионерском лагере. Кухня португальская. В баре можно купить напитки, сэндвичи, печенье, соки, чай, кофе. Здесь же имеешь право получить 3 литра бутылированной воды в день. В баре есть телевизор (кабельное ТВ), настольный теннис и другие игры. На территории – бассейн, спортивная площадка с теннисными кортами и футбольным полем. Вокруг поселения земляной вал высотой где-то 4-5 метров, по периметру огороженный металлической сеткой. Словом, условия для труда и отдыха достаточно хорошие.

Живя в городе, я даже не подозревала, что на свете существует такое великое разнообразие птиц и бабочек. Они летают, порхают, кружатся, как экзотические цветы, разносимые ветром. Но эта красота компенсируется большим и страшным «но». В низинах после периода дождей и наводнений остаются заводи, являющиеся отличным местом для выплода малярийных комаров. Кроме них здесь много и других опасных насекомых. Чего стоит одна *мижона*! Поначалу, я никак не могла понять, откуда у рабочих повреждения кожи, похожие на ожоги 2-ой степени, и в основном на лбу, веках, ушных раковинах и предплечьях. Стала расспрашивать местных жителей и приезжих португальцев (многие из них ранее жили в других странах Африки). Топограф Виктор Нету поведал мне, что в Анголе есть насекомое, которое называется *ферру на браза* («огненное железо»). А один из местных жителей сказал, что это и есть *мижона*. И пояснил: она выпрыскивает свой ядовитый секрет струёй, как будто, извините, писает, а у мозамбиканцев писать – это мижар (ещё раз извините за такие подробности).

И ещё сразу же скажу об одной здешней особенности. В провинции Замбезия меньше употребляют мандиоки, а больше риса

и кукурузы, посему нет таких жутких запахов от пациентов и значительно меньше микозов. В мандиоке много крахмала, который способствует микозу.

Внешне мижона – это чёрный жук, длиной 2-3 см, шириной 1,5 см. Крылья жёсткие, ползает и летает, селится в основном под потолком, вдоль дверных косяков. Когда раздавишь – запах отвратительный.

Когда я зашла в столовую рабочих, то ужаснулась – весь потолок в мижонах. А ведь если струйка от них попадёт в глаза, слепота обеспечена. По моему требованию срочно провели пульверизацию. И хотя отдельные случаи ожогов кожи продолжались, встречаться они стали редко.

Кроме мижоны, есть здесь и другие мелкие чёрные жучки, которые тоже кусаются и вызывают инфильтраты – всевозможные высыпания в виде пятен, узелков, пузырьков, сопровождающихся зудом и часто нагноением. Особенно много этих злобных созданий в период дождей. Они устраиваются на стенах и потолках наших жилищ, а потом падают прямо тебе на голову. Через каждые 30 минут их приходится выметать. Опасны они ещё и тем, что вызывают аллергию.

Хоть как-то бороться с их нашествием можно только промазав в доме все стыки, отверстия, щели силиконом. Я у себя так и сделала. И не зря старалась. Спустя некоторое время я решила почистить чердак. И что же там увидела? Он весь был устлан десятисантиметровым слоем погибших насекомых. Залетев на чердак, они оказались в гигантской ловушке. Незваным пришельцам я не оставила шансов поползти в жилые помещения.

Ещё один интересный жук – грилу. Я его увидела здесь впервые. Светло-коричневого цвета, длиной 5–7 см, шириной 2–3 см, ползает, прыгает, летает и, когда недоволен, издаёт звуки «гри, гри, гри...». Отсюда его название. Крылья у него твёрдые. За ночь он может прорыть в земле ходы глубиной до 50 см. В период активности грилу сажать что-либо в почву бесполезно. Они подрывают корневую систему растений и те гибнут. Правда, частенько гиб-

нут и сами жуки, становясь желанной добычей для местных жителей. По утрам, направив в норки грилу шланг с водой, местные выгоняют их на поверхность и собирают в пластиковые бутылки. Зачем? Чтобы позднее приготовить *карфиль* – их излюбленную приправу к шиме.

Мы не такие гурманы и грилу не любим. Более того, мы страдаем от них. Особенно ночью. Поселение хорошо освещено, и этих насекомых налетает видимо-невидимо. На скорости они бьются об стены. Впечатление такое, будто начался обстрел зданий. И действительно в мире птиц и насекомых идёт что-то вроде боя. Большие, здоровые *корву* (коршуны), сидящие на деревьях недалеко от домиков, дождавшись, когда разбившихся насекомых наберётся побольше, с грохотом падают за добычей на наши крыши. «Пальба» и «бомбёжка» идут до рассвета.

А утром на нашей территории полно коршунов и белых цаплей (иногда прилетают и серые). У птиц сытный завтрак или даже пир. Одобрительно хлопая крыльями, издавая радостный клёкот, они ловко подбирают и жадно глотают погибших или зазевавшихся насекомых. И так повторяется изо дня в день до конца периода дождей.

Да, ещё на крыше домика напротив поселилась сова. Она высиживает птенцов. И когда её что-то беспокоит, ухает, кричит и даже вопит. Среди ночи кто угодно испугается. «Страшно, аж жуть», – пропел бы Высоцкий. Но я эти «звуковые кошмары» называю «эффектом Хичкока».

С комарами и мошкаррой пытаемся бороться с помощью пульверизации репеллентов. Боремся почти ежедневно, но помогает мало, хотя на окнах у всех сетки. Мы и спим под москитными сетками. Кондиционеры, конечно, включены. Жара! Даже ночью.

Случаев малярии среди иностранцев, живущих в поселении, немного. Где-то 3–4 за год. Среди местных – гораздо больше, примерно 15-20 в месяц. Но зато и переносят малярию они значительно легче, всё же имеется какой-никакой иммунитет. Да и возможность сразу обратиться за медпомощью имеет немаловажное значение.

Сейчас вообще нет проблем с диагностикой. Кроме клинической картины и жалоб пациента, установить правильный диагноз помогает серологический быстрый тест. По моим наблюдениям, а это более 250 зарегистрированных мной случаев, уже через 15 минут он даёт достоверный ответ. Это очень важно, так как вовремя начатое лечение предупреждает осложнения, от которых в основном и умирают. Вот только бы сам персонала приёмного покоя не ленился делать эти тесты. А то ведь, что получается, приходит больной в субботу или в воскресенье в здравпункт с жалобами: высокая температура, головная боль, миалгия, артралгия, озноб, и нет чтобы тут же протестировать его на малярию и срочно назначить лечение (для этого есть всё необходимое!), так вместо этого медработник даёт заболевшему парацетамол и советует прийти на приём в понедельник. Но ведь за эти день-два пациенту точно станет хуже, может развиться анемия и даже кома.

Беседую по этому поводу с врачом здравпункта. Он утверждает, что у них всё в порядке. Спорить не буду. Правда, могу посоветовать проверить, сколько заболевших малярией к ним обратилось, и сколько было сделано тестов (они не должны выбрасываться), и тогда сразу станет ясно, кто, кого и как лечил. Но, конечно, никто этого делать не будет. Здесь не принято беспокоить по «пустякам» даже санитаря. Как можно?! Ведь все родственники, друзья родственников, друзья друзей и т.д. Вот только не пойму, почему круговая порука называется «дружбой» и «родственными узами»?

За прошедшие два года на территории поселения убили 5 змей. Одна из них умудрилась раньше меня проползти в квартиру, и когда я открывала дверь, она меня уже поджидала в позе кобры, готовой к атаке. Не знаю, как я не лишилась чувств. Пока звала на помощь садовника, змея скрылась. Ищем её по всей квартире и обнаруживаем... в моей туфле! Да, если бы сказку о Золушке экранизировал всё тот же Хичкок, какая бы была сценарная находка!

Ещё две змеи посетили мой дом и расположились на веранде. Одну убили, другая уползла, спряталась в укрытии, сделанном грилу. Пришлось её оттуда выгонять водой. Стала искать причину

змеиною нашествия в мой дом и обнаружила, что на заднем дворе имеется корневище спиленного дерева, а под ним – змеиное гнездо. Побеспокоенная хозяйка гнезда большая кобра уползла, а пень выкорчевали. И больше нашествия змей не было.

Я раньше удивлялась, почему здесь рядом с жилищами нет ни деревьев, ни кустарников, ни цветов. Чтобы сделать приятное себе и подать пример другим, я посадила рядом с верандой *маракужу* (маракую). Она быстро разрослась и закрыла собой всю веранду. Благодатная тень в жаркую пору, как здорово! И вот я решила отблагодарить растение, снять с него сухие, старые листья. Уже было протянула руку, но что-то меня остановило, не знаю что – возможно, уж очень необычный зелёный древесный ствол. Стволом оказалась изумрудная метровая змея. Испугавшись, я опять позвала садовника. Он отогнал её железным прутом и заверил меня, что змея очень умная и больше сюда не вернётся. Надеюсь! Мне жить здесь ещё целый год.

За всё время моей работы был только один случай, когда работнику столовой попал в глаза яд плюющей кобры. Глаза сразу же промыли, и всё окончилось благополучно. А вообще с укусами кобр в здравпункт обращаются довольно часто. Эти укусы опасны, вызывают местный некроз. Но если меры предприняты сразу, то исход практически всегда благоприятный. Ну а если поздно, то могут быть большие неприятности, вплоть до ампутации из-за гангрены.

Так вот, в этом 2009 году мою роскошную маракужу пришлось всё-таки срубить – туда снова повадилась зелёная змея. Лучше не рисковать! Теперь я понимаю, почему рядом с домами не высаживают растений – из-за змей и очень назойливых и опасных насекомых.

На территории эсталеiry поймали две саламандры, длиной более метра. Местные были очень рады. Они их едят, говорят, что вкусные. Я же, когда увидела одну из них за домом, подумала, что это крокодил. Большая саламандра похожа и на крокодила и на лагарту.

В реке Замбези много крокодилов, и часто их добычей становятся люди. Как-то в местной прессе прочитала, что от крокодилов за годы войны погибло больше людей, чем от военных действий. Вполне возможно, так как в декабре прошлого года только за две недели жертвами этих прожорливых созданий стало 6 человек. Я крокодила видела только один раз – грелся на берегу, широко разинув пасть. Я, смеясь, говорю своему попутчику: «Не иначе как горло болит. Наверное, ждет ЛОР-врача».

В провинции Маника есть ферма по разведению крокодилов. Там же в баре можно заказать биф из их мяса. Говорят, желающих отведать его немало.

Кроме крокодилов в реке много и гиппопотамов. У меня есть несколько фотографий гиппопотамов, вернее их голов, которые только и торчат из воды. Чаще всего это неразлучные пары – он и она. Вот бы людям иметь такую верность. Я бы особенно культивировала её в Африке. Для местного населения с их неконтролируемой сексуальностью это сейчас особенно важно – от СПИДа погибло уж точно больше людей, чем от военных действий.

Кстати, здесь какая-то нездоровая страсть ещё и к огню. Готовя землю под посевы, местные обязательно поджигают сухую траву, хотя всякий раз вместе с травой сгорают дома-пальоты, школы, здравпункты... От неконтролируемых поджогов гибнет не только имущество, но и люди. И тем не менее всё повторяется из года в год.

Рыба в реке Замбези водится в изобилии, но рыбачить в главном русле в период дождей почти невозможно – уж очень быстрое и сильное течение. По реке с большой скоростью несётся кустарник, огромные пучки травы вместе с землёй... Переправа через реку платная. Паром работает с 7 до 17 часов. И на все типы перевозки свой тариф – легковой, грузовой, пассажирский.

Для приготовления карриль чаще всего используется сушёная и свежая рыба. Местные охотники сушат на солнце и мясо (в основном газели и чёрнопятая антилопы нимпалы). В ходу блюда из свежей козлятины. Куры идут чаще всего на продажу. Да и коз-

лятиной тут себя не слишком балуют, всё больше продают. Часто можно видеть – жаль, не смогла заснять – как едет велосипедист, а перед ним восседает коза; конечно, истошно вопит всю дорогу до реки, куда хозяин везёт её, чтобы продать на переправе, где всегда много покупателей-дальнобойщиков. Дальше козы уже путешествуют в кузовах гружёных машин.

За последние 10 лет заметно возросло количество велосипедистов. Велосипед – транспорт очень нужный и полезный. На нём перевозят уголь, сахарный тростник, урожай с мошамбы, коз, жену с грузом на голове и ребёнком за спиной... Беда только, что велосипедисты не знают правил дорожного движения, из-за этого участилось количество травм и смертей на дорогах. В первые годы появления велосипедов было очень много случаев воровства. Дело доходило до анекдотов. Одного медбрата в нашем госпитале за хорошую работу премировали велосипедом. Особенно счастлив этому был его сын. Мальчишка тут же оседлал двухколёсное чудо и принялся гонять по городу. Гонял, гонял, потом решил передохнуть. К нему подходит взрослый мужчина, протягивает деньги и просит купить для него напиток в ларьке через дорогу. Говорит, сдачу возьми себе, а я посторожу твой велосипед... Сторожит до сих пор, только где – не известно. Велосипед из жизни мальчика и его отца исчез так же неожиданно, как и появился. Но это не конец истории. Раздосадованный медбрат обратился за помощью в поимке злоумышленника к шаману. Тот пообещал найти вора, но, конечно, не нашёл, хотя услуга была оплачена сполна. Наш герой, естественно, возмутился, и тогда шаман говорит ему: «Я нашлю на него смертельную порчу». Конечно, медбрат не одобрил такого жестокого наказания: ну зачем же лишать человека жизни за велосипед. И больше ничего не стал предпринимать. А мы, выслушав его рассказ, со смехом объяснили ему: в первый раз надули твоего доверчивого сынишку, а во второй раз тебя, простака. Хитрый шаман прекрасно знает, что каждый день в городе умирают люди, и ты никогда не сможешь определить, есть ли среди них тот, кто украл твой велосипед.

Река Замбези разделяет две провинции, Замбезию и Софалу, и строительство моста идёт с двух сторон. Этот мост начинали строить ещё в 1976 году, но помешала гражданская война. От начала строительства с двух сторон реки остались насыпи для дороги и первые встречные *энконтруссы* (опорные сооружения). Хотя на них было затрачено немало средств, на нынешнем этапе строительства они оказались бесполезными, так как по новому проекту изменилось направление моста. В 2007 году стоимость грандиозного сооружения составляла 80.000.000 евро. Из них 25.000.000 выделил Евросоюз, 18.000.000 Швеция, 20.000.000 Италия и 13.000.000 правительство Мозамбика. Это основные инвесторы. Строительство моста ведут португальские строительные компании Mota-Engil, Soares da Costa и ещё несколько субподрядных компаний и организаций. Одна из них, итальянская «Треви». Она забивала все сваи для будущего моста. Китайцы монтировали вигу в течении 3-х месяцев. Итальянцы закончили работы в декабре 2007 года.

На строительстве моста сегодня работает 436 рабочих мозамбиканцев и 68 иностранцев, в основном португальцев. В самом начале работали итальянцы, филиппинцы, тайландцы, аргентинцы. Предприятие из ЮАР, в лице почти 40 человек, обеспечивает нас камнем и *бритой* (щебнем).

Длина моста 2400 метров, из них почти 500 – над водой; имеется 29 опор только на суше; они уходят вглубь на 50 метров; две полосы движения для транспорта и две для пешеходов. Длительность строительства 36 месяцев, то есть завершение намечалось на конец марта 2009 года, но из-за двух наводнений срок сдачи официально продлён до июня месяца, но я думаю, дотянут до августа.

Мы, так или иначе причастные к стройке, изолированы от всех и в шутку называем нашу эсталею Гуантанамо. Португальцы почти каждую субботу уезжают отдохнуть и развеяться либо в Келимани, либо в Бейру. Я же обязана постоянно пребывать на месте и считаюсь в «Гуантенамо» *презионейро перпетуа* (заключён-

ной пожизненно). Португальцы каждые 4 месяца имеют право отдохнуть на родине 15 дней, дорога и отпуск оплачиваются эмпрезой. У меня таких прав нет.

Так вот, о наводнениях. Первое началось в конце декабря 2007 года и достигло угрожающего уровня в конце января. В одну из ночей прорвало земляной вал вокруг поселения и пришлось всю ночь мощными насосами откачивать воду. Тогда всё обошлось без жертв и больших разрушений.

В этом году наводнения не ждали, но оно наступило и по силе превзошло прошлогоднее. В конце января-начале февраля уровень воды оказался всего на 0,5 м ниже дамбы. Объявили, что нужно готовиться к эвакуации. Все, что могло пострадать от воды, в считанные часы подняли на высоту более одного метра, все собрали личные вещи и три дня жили в ожидании затопления. Когда не видишь, что творится вокруг, за поселением, более или менее чувствуешь себя спокойно, но вот, когда оказываешься вне поселения, становится страшно. Вокруг море разливанное, не видно никаких берегов. И конечно, если эта масса воды хлынет на наши домики, убежать будет некуда. Начинаю фантазировать, как же мне спастись? Рядом с домиком два дерева, но на них, как и на домик, без лестницы не забраться. Может, заранее попросить лестницу у электриков? А то ведь у всех машины, а мой дом почти последний и рядом с дамбой – я вполне могу остаться без помощи. Нахожу ещё один вариант спасения: с запасом воды и сухим пайком, могу отсидеться на столе, лишь бы не было змей и крокодилов...

Через три дня вода перестала прибывать и угроза затопления миновала. Но мы ещё неделю жили в полной готовности к эвакуации и лишь на восьмой день начали раскладывать собранные на экстренный случай вещи. У меня есть фотографии этих наводнений, где из под воды видны только крыши кимб (пальот) местных жителей, наших соседей.

Каждый раз во время наводнения к нам прилетали вертолёты от ООН с украинскими экипажами. У нас были встречи, и я

им рассказывала об опасности малярии и других тропических заболеваний. Во время первого наводнения заболел один из членов экипажа. С жалобами он обратился только на третий день. Уже было 4+ малярийного плазмодия, легкая степень анемии и тромбоза. В таких случаях показано лечение хинином внутривенно капельно. Больного, согласно требованиям ООН, надлежало отправить в частную клинику. Снизил температуру, выпил фанзидар и артезулат и его вертолётом перевезли в Бейру. Там прокапали 5 доз хинина и через 5 дней выписали. Вот и всё лечение. Его вполне можно было пройти на месте. А обошлось оно, не считая перелётов, почти в 1000 долларов. Грабёж средь бела дня. Но такова современная медицина. Бизнес есть бизнес.

Во время второго прилёта заболел один техник. За помощью обратился сразу же. Я сделала тест, который подтвердил малярию, назначила лечение, проконтролировала анализы крови, прокапала хинин с 5-процентной декстрозой для уменьшения интоксикации и через 5 дней он уже работал. Повторила анализы на 7–14–21 день после лечения, чтоб исключить резистентную форму. Техник полностью выздоровел. Затраты на лечение в первом и втором случае несопоставимые.

Экипажу, в котором был этот техник, мне пришлось оказать помощь и в... «лечении» винта от вертолёта, который треснул после посадки на плохо подготовленную площадку. Поначалу лётчики сделали запрос о возможности ремонта двум специалистам родом из Казани. Но те, конечно, не могли привезти с собой сварочный аппарат, соответствующей мощности для этого металла. И тогда я обратилась к президенту нашего проекта. Он разрешил произвести ремонт вне рабочего дня. Было много проблем с мощностью сварочного аппарата, и опять же электрик, португалец, нашёл выход. Инженеры работали почти всю ночь с субботы на воскресенье. В перерыве на ужин я всем напекла блинов, подала молоко, заварила бодрящий аргентинский напиток «Мате», чтоб не хотелось спать. Напиток помог восстановить силы. Сделали всё, что нужно, винт сварили. До рассвета лётчики успели отдох-

нуть пару часов в медпункте и в понедельник вертолёт уже летал.

Обо всём этом каким-то образом прознали СМИ. Приехала группа тележурналистов и операторов, чтобы взять у меня интервью. Его показали на телевидении *РТТ интернационал*, но я его не видела. И вдруг пошли звонки со всего света, от тех, кто меня знает, но с кем по разным причинам давно не общалась – из России, Украины, Испании, Португалии, Англии и т.д. И все говорят – мы тебя видели по ТВ, какая ты молодчина. Кто бы мог подумать, что вот так неожиданно я стану «телезвездой» мирового масштаба.

А совсем недавно в Интернете встретила статью «Украинцы в Африке», где упомянута и я, и где, в частности, описаны проблемы, с которыми сталкиваются врачи, работающие на Африканском континенте. Оказывается, по всей Африке они у нас общие: задерживают зарплату, не оплачивают сверхурочные (а они превышают месячную норму почти на 100 часов), не предусмотрена субсидия *риску да вида* (за риск заразиться и заболеть), отсутствуют полагающиеся по закону дни отдыха и т.д. При этом, я нигде не встречала и не знаю, существует ли в мире какая-то организация, защищающая права врачей. Особенно тех, кто работает в провинциальных госпиталях (в столичных таких острых проблем, как правило, нет, или их гораздо меньше). Работа иностранного специалиста на периферии это самое настоящее рабство. Разницы в зарплате никакой, а режим и условия работы несравнимы: в столице врачи работают 180 часов в месяц и имеют два дня отдыха в неделю, а мы вкалываем по 280 часов в месяц и не имеем возможности отдохнуть даже после 24-часового дежурства в субботу или в воскресенье.

Такая нагрузка обусловлена ещё и тем, что врачей в провинции остро не хватает. По штатному расписанию их должно быть в два раза больше. Так имейте совесть, господа работодатели, хотя бы платить, как положено. Но куда там! Единственное, что нам положено – молчать в тряпочку, а то будет ещё хуже. Вот такая справедливость, вот такая демократия. И так было всегда. Контракты наши руководители, что в советские времена, что сей-

час, подписывают не глядя. Права и условия работы их сограждан за границей стоят на последнем месте. На первом – собственное благополучие. А с нами разговор короткий: не нравится быть в кабале – уезжай, скатертью дорога. Простой и действенный способ заставить всех недовольных заткнуться. Ведь многим сегодня деваться некуда. Их нигде никто не ждёт.

На моём новом месте работы, благодаря друзьям из Аргентины, Жонассу и Грасиэле Баралли, я смогла лучше узнать Мозамбик, оказаться в местах, мне прежде мало- или совсем незнакомых. Мы побывали в Бейре, в загородном туркомплексе «Савана». Он расположен на полуострове и омывается океаном и рекой Савана. Океан там открытый, волны приличные, зайти в воду нет больших проблем, но выйти... Волны тебя просто выбрасывают, и можно получить травму. Поэтому я не люблю купаться в открытом океане, то ли дело залив на Шокаш-Маре с его прозрачной и спокойной бирюзовой водой.

Одна из бывших достопримечательностей Бейры – прекрасный, построенный ещё во времена колониализма, европейского типа отель. С огорчением пишу «бывших» потому, что в настоящее время это мрачное, полуразрушенное, грязное здание, облюбованное наркоманами, проститутками и прочим сбродом. Вокруг – горы не убираемого годами мусора. В своё время чистый и красивый, город за годы войны пришёл в запустение и только сейчас начинает приобретать пристойный вид – как-никак после Мапуто он второй по величине в стране. Но всё-таки моя Нампула сегодня намного чище и красивее Бейры. Только за последние 3-4 года у нас построено три прекрасных отеля – «Экзекутиву», «Миллениум» и «Жирасол», несколько новых банков, новые магазины, супермаркет Шопрайт. Почти все пришедшие в упадок роскошные виллы приватизированы и реставрированы. Достаиваются здания, которые после приобретения независимости долгое время стояли недостроенными. Отремонтировали городской рынок, открыли новый базар, появилось много всевозможных бутиков...

Дважды мы ездили в гости к итальянским католикам в Чарри (Charre). Это почти на границе с Малави. Католическая община много помогает местному населению – провели воду, построили здравпункт с родильным отделением, среднюю школу, церковь – на её открытие мы как раз и были приглашены. Это район Мутарара. Чтоб проехать туда, надо переправиться через реку, раньше для этого использовался мост Анна длиной около 5000 метров. Он предназначался для поездов, но так как большая часть железных дорог была разрушена, его, несмотря на одностороннее движение, стали использовать для автотранспорта, проложили и полосу для пешеходов. Мост очень красивый. Но сейчас он на реконструкция, и движение по нему ограничено – он вновь только для поездов, которые проходят по нему всего два раза в неделю. Как же быть нам, приехавшим на машине? Мои знакомые доезжают до реки, потом пешком или на велосипедах по мосту добираются до Сенны и, если надо ехать дальше, пользуются уже транспортом своих знакомых из церкви. Вот такие «удобства». Пытались наладить переправу в другом месте с помощью парома, но не учли, что когда вода в сухой сезон уходит, река мелеет настолько, что паром вынужден «отдыхать». Из-за ошибки в расчётах он стоит без движения на берегу, «потому что без воды – и ни туды, и ни сюды». Подходящая к случаю песенка.

Дважды побывала в районе Муррумбалы, где имеются термальные источники. Место очень интересное. В прошлом два дома и источники термальных вод принадлежали агрокомплексу. Потом всё пришло в упадок. Дома сейчас приватизированы и восстанавливаются, но вот танки с термальными водами выглядят плачевно. Там, где горячая вода бьёт из недр земли, её температура доходит до 100 градусов и можно варить яйца. В следующем отводном танке вода становится прохладнее, там купаются местные дети. Далее 3-й танк, ещё более прохладный, куда окунаются и взрослые. Там сейчас и купаются, и стирают. Термальная вода отдаёт сероводородом. С гор проложен желоб, и по нему чистая вода поступает в один танк, затем в другой и далее в бассейн.

Длина желоба почти 2 км. У нового хозяина на пастбищах пасётся крупный рогатый скот, козы и овцы. Как сказал его работник, всё здесь растёт очень быстро.

Полный химический анализ воды из здешних природных источников никто толком так и не сделал. А жаль. Скорее всего, вода целебная. При желании тут можно организовать лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата и кожи. Но пока это из области снов и фантазий. Хотя сны ведь иногда сбываются. Пробуждайся, Муррумбала!

В провинции Замбези имеется ещё одно место с термальными водами. Кажется, это Жиле. А к Моррумбале я ещё вернусь, чтобы рассказать историю, которая случайно (опять *случайно!*) приключилась здесь со мной.

Побывала я ещё в двух районах Моррумейя и Мопейя. В Моррумейе имеется большая фабрика по производству сахара из сахарного тростника. Там же построены красивые виллы для администрации фабрики и довольно приличные домики для рабочих. Имеется фабричный здравпункт, где по контракту с фабрикой трудится врач-нигериец. Зарплата у него более 3.000 долларов; оплачиваемый ежегодный отпуск с бесплатным проездом для всей семьи; ему предоставлена машина и квартира со всеми удобствами. Есть и другие бонусы и льготы. Единственное «но» – дорога в Моррумейю не асфальтированная, и чтобы преодолеть 150 км, нужно потратить более 2-х часов. До районного центра Мопейя дорога лучше, и 45 км пути занимает всего 35–40 минут.

Сегодня 01.12.2008 года. В новостях сообщили, что в районе Мукуба, где протекает две реки, от крокодилов за неделю погибло 4 человека. Одного из зубастых чудищ длиной более 3-х метров удалось убить, но другого, ещё более крупного поймать пока не удалось. Призывают к осторожности. У опасных мест есть предупредительные вывески «Осторожно крокодилы», но местное население, как ни в чём не бывало, купается и стирает бельё.

В провинции Софала есть заповедник Горонгоза, где можно увидеть почти весь животный мир Мозамбика. Нам повезло сфо-

тографировать льва и львицу, пришедших на водопой, слонов, нимпалу, лесную свинью, крупную антилопу пала, зебру, разных обезьян, газелей, крокодилов, гиппопотама, множество птиц, лесных котов, лесных куриц. Здесь очень красивые водопады.

О лесных котах у меня есть своя грустная история. Я тогда не знала, что вообще они существуют. Возвращаясь из отпуска, в моей квартире ползает маленький, невзрачный котёнок. Моя внучка просит его оставить – котёнка принесли ей местные ребята. У меня с самого начала не было чувства симпатии к котёнку. Но раз внучка просит, оставляем. Я ухаживаю за ним, кормлю. Он предпочитает сырую пищу – рыбу, мясо. Растёт очень быстро. Замечаю, что кот какой-то странный: не любит играть с детьми, периодически становится очень агрессивным и старается куснуть каждого, кто делает попытку его приласкать. Из квартиры, когда там есть люди, выходить не желает. Гуляет только на веранде. Стоит его выдворить за дверь, как бросается на сетку, чтобы вернуться в дом. И вот однажды, покормив кота, я решила выпроводить его на веранду, где он вроде бы любил бывать. Кот зафыркал, шерсть взъерошилась, и он набросился на меня, стараясь вцепиться в горло. Я его отбросила, но он атаковал меня повторно и очень сильно прокусил ступню. Кровь полилась ручьем, и сразу же он утихомирился.

Когда ему было три месяца, я привила его от бешенства. Вёл он себя во время этой процедуры очень агрессивно, и мы с трудом его удержали, чтоб уколоть. Ветеринарный врач ничего мне тогда не сказал, хотя, наверное, должен был насторожиться и предупредить нас. Так вот, после укуса часа через два у меня появляется сильнейшая боль в ноге, температура подскакивает до 40 градусов, нога распухает, увеличиваются и становятся болезненными паховые лимфоузлы. Открываю медицинский справочник. О, ужас, у меня типичная картина «болезни кошачьих царапин». Мне только этого не хватало! Лечилась почти 2 недели, обошлось, слава Богу, без осложнений.

А кот, после произошедшего, наш знакомый забрал на работу, посадил в ящик, ящик перевязал верёвкой и поставил в кузов машины, чтобы вывезти куда подальше. И далее такая картина: машина быстро трогается, кот вырывается из ящика, выпрыгивает из машины, по инерции ещё несколько метров бежит за ней, затем сворачивает в сторону домов и исчезает. Мы его больше никогда не видели. Наверное, сбежал в родную стихию, в лес. Хочется так думать. Хотя его могли поймать и съесть, дело было перед Новым годом, а кот был очень жирный.

Но на этом мои приключения с домашними и не домашними животными не закончились. В феврале 2002 года меня укусили собаки. 11 укусов. Через две недели – осложнение на месте, казалось бы, не самого серьёзного укуса: тяжелейшее рожистое воспаление, буллезно-геморрагическая форма. Два месяца с костылями, пять уколов против бешенства и в дальнейшем ещё два рецидива рожистого воспаления, не менее тяжёлого, изуродованная шрамами левая нога, на правой ноге – гиперпигментация после рожистого воспаления.

Самое эффективное средство для лечения рожи это пенициллин, но у меня после последнего лечения была реакция на него, аллергический дерматит, и пришлось для спасения срочно вводить гидрокортизон. Живу с чувством страха, а если опять рецидив, как мне лечиться? Хочу сказать, что начало рожи очень похоже на малярию – высокая температура, головная боль, озноб... Через пару дней начинает болеть и отекает нога, увеличиваются подвздошные лимфоузлы, на месте рецидива возникают буллезно-геморрагические высыпания и красное пламя. И тогда становится ясно – снова рожа.

Другие обитатели Африки меня ещё не кусали, но всё, наверное, впереди. Да нет же, мижона однажды оросила меня своим ядом и ещё какая-то букашка укусила, что вызвало приличный инфильтрат. Но и это ещё не всё. На моём любимом Шокаш-Маре, после захода солнца, я влезла в траву и за это поплатилась. На обеих ногах (на голени и нижней части бедра) появились инфильтраты,

похожие на фурункулы – безболезненные, без температуры, словом, без признаков классического воспаления. Один из фурункулов, я решила вскрыть. Оказалось, что гноя нет, но есть какая-то непонятная масса, окружённая капсулой. Такое впечатление, что это мешочек с непонятным содержимым. Пришлось всё это вытащить вместе с капсулой. Никакой боли я не почувствовала. Знакомый сосед сказал мне, что это *матакенья*, которая вызывается травяной блохой. В период колониализма в португальских войсках было много таких случаев, поэтому солдат заставляли носить закрытую обувь. В учебнике написано, что *матакенья* поражает в основном пальцы ног. У меня же был пациент с поражением в области бедра – *матакенью* удалили тогда вместе с мешочком.

Период дождей в этом году запаздывает. С ужасом думаю о нашествии всевозможных насекомых, но особенно боюсь змей. Дай Бог, пронесёт в этом году. Да и наводнение не может быть три года подряд. Так я себя успокаиваю. А вообще-то, всё может случиться, пути Господни неисповедимы.

И вот, 13.12.08 получаем информацию, что вода в реке поднялась на метр, хотя настоящих дождей у нас ещё и не было, так маленькие дождички. Уже приехали представители от департамента, которые занимаются ликвидацией последствий природных катастроф. Похоже, для них это радость: опять наводнение, и значит, опять им выделяют большие деньги.

Сегодня сфотографировала первую в этом году мижону, появились и грилу. Уже имею трёх пострадавших от мижоны. У одного ожог на груди, где-то 15x7 см, у другого – на плече и у третьего – на верхнем и нижнем веке, конечно, с большим отёком. Бедняга не может открыть глаз. Всем говорю, что надо спать под mosquito net, но мои советы помогают мало, здесь упорно считают, что mosquito net только от mosquitos и комаров.

Река в этом году спокойная, как будто отдыхает после бурных предыдущих двух лет. Больше стало рыбаков. На базаре много речной рыбы. Она гораздо дешевле морской, где-то 20 метикалов за 1 кг (морская – 80–130 мт.). Местные жители предпочитают

рыбу речную – и дешевле, и меньше требует масла для приготовления. Здесь в каждом прибрежном районе рыба своя и у каждой своё региональное название. В Шимуре это *телина*, в Мопейе – *пенди*. Она очень вкусная, особенно в жаренном виде.

Жара нынче стоит небывалая, за 20 лет, что мы тут, впервые так жарко. Дожди тоже запоздали. Прошёл всего один дождь, сразу посеяли кукурузу, но из-за наступившей затяжной засухи пропали и высеянные семена, и будущий урожай.

В нескольких районах бедственное положение с продуктами питания, поступает гуманитарная помощь (кукуруза). Из порта Накала её грузовиками везут за 1000 км в Кайю, это провинция Софала. Можете себе представить, во что это обходится. Цены на самые необходимые продукты, прежде всего кукурузу, выросли в несколько раз. Вот сегодня сообщили, что коммерсанты покупают ведро кукурузы в соседнем районе за 200 метикалов и, отъехав 100 км, продают его уже за 300. Топливо дорогое, транспорт дорогой и отсюда такая дороговизна на всё. Килограмм картофеля в Келимане стоит 40 метикалов (почти 2 доллара), маленький качан капусты 75 метикалов (3 доллара).

Заканчивается второй год моей работы на «стройке века», как я её называю. Действительно, после окончания войны и установления мира это самая большая стройка в Мозамбике. За послевоенные годы сделано так много, что думаешь, вот, если бы не было этой подлой войнушки, как далеко вперёд ушла бы страна. Почти каждый день стараюсь слушать новости по ТВ. Слушаю и радуюсь. С каждым годом жизнь тут меняется к лучшему. По мнению многих Мозамбик – самая быстроразвивающаяся страна на Африканском континенте, хотя некоторые считают такой Анголу.

За эти два года у нас на стройке произошло два несчастных случая. Первый, когда 8 сентября 2007 года, за 10 минут до обеденного перерыва внезапно рухнула башня со 150 тоннами цемента. Точная причина неизвестна. Говорили, якобы специалисты из ЮАР неправильно её смонтировали. Погибло двое рабо-

чих, один из них сын санитарки, с которой я работала в госпитале в Нампуле. Я этого парня знала с детства, лечила ему уши, и когда приехала сюда, он очень обрадовался нашей встрече, часто приходил в медпункт. Мечтал после стройки поступать учиться в университет на строительный факультет. Я очень тяжело перенесла его смерть, да и сейчас без слёз не могу вспоминать всё случившееся.

Из троих, не успевших уйти на обед, повезло одному. Ему «всего лишь» придавило ногу и скальпировало череп. Рабочие, стараясь силой вытащить пострадавшего из-под завала, добавили к тяжёлой травме ноги ещё и разможжённую рану. Он был в травматическом шоке. Рана на голове, разможжённая пяточная кость, перелом открытый, со смещением малоберцовой кости, кровотечение. Оказали первую помощь, поставила капельницу и отвезла в Провинциальный госпиталь. У нас тогда ещё не было машины скорой помощи, по дороге пришлось несколько раз накладывать жгут, делать инъекции, и когда приехали в госпиталь, моё состояние было ещё хуже, чем у травмированного. От неудобного положения в течении 3-х часов езды у меня страшно затекли ноги, из машины я не вылезла, а вывалилась, одна нога вообще не двигалась. Потом почти два дня хромала, в ноге не было силы.

Травмированного Луиса Маркоа оперировал наш травматолог из Винницы Тарас. Все необходимые лекарства купила эмпреза. Последствия операции, я бы сказала, были неожиданными: пятка, несмотря на то, что удалили почти половину пяточной кости, хорошо восстановилась и больной смог ходить без костылей. Но вот огромная рана на голове долго не эпителизировалась. В Центральном госпитале Мапуто (ЦГМ), где по моему направлению Луис пробыл почти 4 месяца, ему сделали две пересадки кожи (эпителия), рана уменьшилась до 7х5 см, но не перестала гноиться. Ежедневные перевязки не помогают. Подозреваю, что это связано с несросшимся переломом кости, но давать советы специалисту не имею права и снова отправляю больного в ЦГМ на приём к пластическому хирургу и травматологу. Делаю это ещё

и потому, что стройка скоро закончится и тогда, боюсь, некому будет оплачивать его лечение.

И вот, через месяц получаю хорошее известие: очередная, третья по счёту, пластика закончилась успешно, рана закрылась. Это произошло в конце марта 2009 года, через полтора года после случившегося.

Второй несчастный случай – нелепый и ужасный. Его причина – алкоголь, вождение машины в пьяном виде.

30 марта два приятеля, оба шофёра, у одного из которых уже завершился контракт, получили зарплату и, прихватив с собой 4-х местных пуган, решили погулять. Веселились до 4-х часов утра (это было воскресенье) и, когда на машине возвращались обратно, на первом же повороте на всей скорости влетели в реку, где достаточно глубоко и очень быстрое течение. Машина вместе с людьми утонула. Чтобы поднять её вызвали специалистов из Бейры, но те расписались в собственном бессилии: у них нет ни опыта работы в мутной воде, ни соответствующего оборудования. Тогда решили воспользоваться услугами местного ныряльщика, о котором говорили, что он знает, как зацепить утонувшую машину тросом и уже не раз помогал в подобных случаях. За помощь ему согласились заплатить 145.000 метикалов (почти 6000 долларов). Помимо этого он запросил обед с пивом, кока-колой и сигаретами с *канабис* (местным наркотиком). Пошли и на это.

И начался самый настоящий спектакль. Зрителей собралось видимо-невидимо. Аншлаг. Ныряльщик пришёл в сопровождении *регулу*, представителя местной традиционной власти, и *раиньи*, здешней королевы, уже пожилой женщины, которая совершила приличествующую случаю церемонию (здесь очень любят всевозможные церемонии). Затем «исполнитель главной роли» пообедал, выпил, выкурил папиросу с наркотиком, продемонстрировал публике свою рваную футболку с изображением лидера РЕНАМО и начал нырять.

Если честно, я, как и многие другие, не верила, что он сможет справиться с поставленной задачей. Машина находилась на

глубине не более двух метров, но лежала дном вверх. К тому же в реке, повторяюсь, очень быстрое течение. Через 3 часа нашему премьеру удалось-таки зацепить машину. Её подняли. Там три трупа: шофёр и две женщины. Не хватает одного мужчины и одной женщины. Начались поиски. Труп мужчины вскоре обнаружили где-то поблизости, а вот всплывший труп женщины нашли только на следующий день довольно далеко от места аварии.

Эмпреза помогла семьям всех погибших: сделали гробы, дали транспорт... Трое были из Бейры, и в тот же день, почти ночью, их отвезли. У нашего моториста Марио осталась жена и двое маленьких дочерей. У Габриела была невеста, у которой через 7 месяцев родился сын. Она его назвала именем погибшего. Эта молодая женщина продолжила работать секретарём у фининспекторов на эмпрезе, и маленький Габриел до конца контракта рос здесь. У одной из погибших, как оказалось, в Бейре был муж и двое детей. С мужем она поругалась и с двухмесячным ребёнком приехала к родственнице в Кайю. Ребёнка оставила на родственницу, а сама уехала веселиться до утра. Утро для неё не наступит никогда. Веселье закончилось трагедией.

И ещё о церемониях, которые здесь так любят. Проводят линию электропередач. За каждый поставленный столб регулирует просит организовать церемонию. И вот, когда эмпреза стала брать землю из насыпи, сделанной ещё в 1976 году при первой попытке строительства моста, обнаружилось свежее, примерно месячной давности, захоронение. Никто не знает, кто кого хоронил, никакого разрешения на это захоронение нет и не было. Но местная традиционная власть потребовала организовать церемонию перезахоронения и попросила для этого 40 литров крепких напитков, 80 литров вина, несколько ящиков пива, сигареты, рис и т.д. При этом они уверяют, что сами не курят и не пьют. Куда же всё это девается? Ну, конечно же, закапывается в землю.

В отпуск поеду в Нампулу. Надо решить кое-какие дела. В частности, продолжить борьбу за 13-ю зарплату. Сейчас мне точно из

вестно, кто виноват в том, что много лет нам её не выплачивали – администрация госпиталя. Там знали, что надо платить, но не платили. И, конечно, делали это под прикрытием Минздрава – хорошо разработанная тактика «борьбы» с коррупцией.

Опять нанимаю адвоката. Письмо на имя министра с помощью друзей передала его секретарю. Возможно, дойдёт. Только не известно прочтёт ли он его и соизволит ли ответить. А врачам, которым зарплату перечисляют из МЗ, снова не выплатили 13-ю. Она пришла (причём в долларах!) только врачу, получающему зарплату непосредственно в госпитале. Ну что это такое? Кто-нибудь может разобраться?

В Нампуле за 20 с лишним лет мы приобрели много верных друзей. Это Рент и Силвина, Милу и Балтазар, семья Мануэла и Вероники Ферейров и многие другие. У каждого из них своя история жизни. Так, моя подруга Милу (Мария д'Лурдес Перейра) – единственная женщина в Африке, которая руководит продвижением на континентальный рынок продукции японского автопрома. Другими словами, самые известные автомобильные концерны Страны восходящего солнца доверили ей организовать у нас торговую сеть по продаже японских автомобилей. Милу это человек Порядка. Образцовый порядок у неё во всём – в делах, отношениях, мыслях и чувствах. Удивительно, как она достигает такой гармонии.

Мы с мужем были посажёнными на свадьбе её сына. Замечательное свадебное торжество превратилось ещё и в торжество религиозной терпимости, или, как сейчас модно говорить, конфессиональной толерантности. Жених – католик, невеста – мусульманка, мы, посажённые, – православные. На свадьбе нас попросили представлять сторону невесты, поскольку на нашей родине накоплен уникальный многовековой опыт мирного сосуществования ислама и христианства. Тогда нам показалось, что лучший свадебный подарок, который только можно придумать – это посыл всем религиям жить мирно и дружно. Ведь Бог есть любовь.

Другая семья, с которой мы дружим почти 20 лет, это Мануэл и Вероника Ферейры. Они родом с острова Мадейра (Португалия), живут в Мозамбике почти 47 лет. Мануэл Ферейра из большой бедной семьи, образование – 4 класса. Приехал в Мозамбик «в поисках лучшей доли», как иногда пишут в романах. 18-летним парнем освоил профессию шофёра. Работал и в Мозамбике, и в ЮАР. Встав на ноги, женился на своей двоюродной сестре. Молодые обосновались в Нампуле. Сейчас у них три взрослых сына и двое внуков (внук и внучка). Мануэл стал успешным и богатым человеком. У него фабрика по производству водки, туристический комплекс с рестораном, магазины по продаже фруктов и мясная торговая сеть. Фрукты из собственных садов и плантаций. Мясное производство тоже собственное: большое поголовье крупного рогатого скота, козы, овцы, куры, перепёлки. До недавнего времени занимался и свиноводством, но оставил это занятие из-за частых вспышек свиной чумы.

Мануэл, добившийся всего самостоятельно, – человек вполне определённых взглядов и правил. «Уроки жизни» он их усвоил накрепко. Помнит, например, как мать, с трудом собравшая ему деньги на паспорт, когда молодой Мануэл оказался в ЮАР, переслала их на имя местного падре. Святой отец деньги получил, но парню, который их так ждал, и которому они были так необходимы, не отдал. С тех пор Мануэл Ферейра потерял доверие к слугам господним. С Богом предпочитает общаться без посредников.

А свой бизнес он начинал с нуля. В 1976 году, вскоре после получения Мозамбиком независимости, вспыхнула гражданская война. Жизнь очень осложнилась. Невозможно было купить самые необходимые продукты и вещи. Многие не могли получить и элементарной медицинской помощи. И тогда сюда приехали первые кубинские врачи. Вместе с ними Мануэл и Вероника решили отметить Новый год. На праздничный стол собрали у кого, что было. Кубинцы принесли фруктовое вино. Необычное, с оригинальным вкусом, оно очень понравилось Мануэлу. У него зародилась мысль: а не наладить ли производство такого вина здесь,

благо фруктов в Мозамбике хватает. Идея показалась заманчивой ещё нескольким его знакомым. Они даже выразили готовность подключиться к проекту. Правда, скоро энтузиазм их поутих, а потом и вовсе иссяк – они отошли в сторону. И зря! Теперь об этом очень жалеют. Мануэл энергично взялся за дело, и дело пошло. В конечном итоге он выиграл. В Нампуле появился производитель сначала фруктового вина, а потом и водки с названием «Эника» (из бананов) и «Мамао» (из папайи). Они быстро стали популярными.

Сейчас на плантациях Мануэла растут и дают обильные урожаи манго, мандарины, апельсины, виноград, питанга, лича, грейпфрут, папайя, бычье сердце, маракужа. Когда-то небольшое водохранилище на мошамбе он расширил и углубил, и сейчас даже в самые засушливые годы проблем с водой у него нет. В городе у Мануэла прекрасный двухэтажный дом, но застать его здесь почти невозможно. Он всегда в работе, по-прежнему полон энтузиазма, идей, планов...

Однажды, во время визита президента страны в соседний район, к Ферейрам на машамбу, где есть ресторан и бар, приехали гости – послы из Франции и Голландии. Они были поражены красотой здешних мест и попросили познакомить их с хозяином, создавшим в этих горах цветущий сад. Дипломаты, объездившие весь мир, много чего повидавшие, посчитали своим долгом выразить ему своё восхищение. «Браво, сеньор Мануэл!» – воскликнули они. А я к их похвалам и восторгам добавлю своё пожелание: «Побольше бы таких людей, как Мануэл Матиаш Ферейра, как расцвёл бы Мозамбик!»

Три сына Мануэла работают вместе с отцом. Ничего не могу сказать о них плохого, но только это уже совсем другое поколение, не Ферейра-отец. Нет того запала, той бьющей через край энергии. Не зря говорят, что природа на детях отдыхает. Ну, что ж, теперь вся надежда на внуков!

И ещё об одной семье, тоже наших друзей, хочу рассказать. Миссионерка Гумерсан приехала в Мозамбик из Колумбии.

Познакомилась с мозамбиканцем Жоао. Он по профессии плотник-краснодеревщик, владелец столярной мастерской, хороший мастер, услугами которого пользовались, в частности, различные гуманитарные неправительственные организации. Она от него забеременела. Беременность протекала очень тяжело. Наблюдал её мой муж, опытный акушер-гениколог. Уже в положении Гумерсан несколько раз переболела малярией, и вдобавок у неё оказалось предлежание плаценты, при котором естественные роды невозможны. На девятом месяце пришлось сделать кесарево. Родилась здоровая девочка.

У молодой матери не было родных в Мозамбике, и мы стали крёстными маленькой Эсперансы. А через 3 года родилась Жоана, и снова, теперь уже только я, стала крёстной второй малышки. Сейчас Эсперансе 12 лет и Жоане 9. Они живут в портовом городе Накала. Казалось бы, хорошая история хорошей семьи. Но не всё так просто. Вступая в брак, Жоао обманул Гумерсан. У него уже была жена и восемь детей. И более того, жена была беременна девятым ребёнком и родила его почти одновременно с Гумерсан.

С первой женой Жоао развёлся, но воспитание детей взял на себя. Здесь очень часто браки официально не регистрируются и тогда «развод» сводится к разделу имущества и определению с кем останутся дети. Дети, как правило, остаются на попечении отца, поскольку у матери чаще всего нет средств. Так случилось и в этот раз.

Далее этой семье пришлось пережить многое. Гумерсан дважды пыталась вернуться в Колумбию, даже купила там дом, продав квартиру в Накале. Дом в Колумбии сейчас сдаётся в аренду, чтобы как-то выправить непростое материальное положение. Все эти годы Гумерсан живёт в страхе, боится *feticiao* (колдовства), которое здесь очень распространено. Много помогает мужу в его работе. А вот первая жена, которой Жоао купил ларёк для торговли, похоже, умеет только тратить. За месяц на телефонные разговоры с подругами у неё ушло почти 500 долларов! Жоао пришлось отключить ей стационарный телефон, и сейчас она сама должна

покупать кредит для разговоров по мобильнику или навещать подруг лично, что для её, при весе более 100 кг, даже полезно.

Старшие дети Жоао уже закончили институты, а двое и университет, так что на его содержании сейчас от первого брака только трое детей. Мои крестницы хорошо учатся. Эсперанса мечтает продолжить образование в ЮАР. Желаю ей успеха.

Эту историю я рассказала неспроста. Она – «информация к размышлению», как сказано в известном фильме. В Нампуле проживает 7 женщин из бывшего СССР, вышедших замужем за мозамбиканцев. И ни одна из них не может назвать себя счастливой. Почему так? На мой взгляд, потому, что женщины-иностранки, как правило, ничего не знают ни об обычаях и традициях страны, где будет проходить их семейная жизнь, ни о существующих здесь законах, ни о своих правах, которые точнее было бы назвать бесправьем. Фактически вы вступаете в брак с закрытыми глазами, или, если хотите другое сравнение, прыгаете головой в омут. И даже если не утонете, выплывете, берег вряд ли окажется для вас спасительным. Вполне возможно, у вашего мужа уже растут тут дети, их двое, трое и даже больше. Законный брак здесь нередко заключается только после нескольких десятилетий совместной супружеской жизни, когда появляется хоть какой-то материальный достаток. А так, имея 8–10 детей, мужчина официально считается холостым.

Развестись в Мозамбике большая проблема. Моя подопечная разводилась в течение почти 10 лет. И это притом, что у неё две взрослые дочери, и одна из них с университетским образованием и знанием законов страны. Что же говорить о других? Языком в совершенстве наши соотечественницы не владеют, юридической помощи, особенно в провинции, получить не могут, а детей уже нарожали. Мужья гуляют, изменяют, а деваться некуда. Это ещё хорошо, если муж занимает приличный пост и в состоянии обеспечить семью, тогда, считай, тебе повезло. Но верности не требуй, никогда этот вопрос даже не поднимай, забудь! Здесь это смешное и нелепое понятие.

Те наши женщины, у кого есть какая-то профессия, пытаются найти работу, но не всем это удаётся. Нужны связи, знакомства и, конечно, благоволение случая. Моя приятельница, имея профессию преподавателя дошкольного воспитания, смогла выучить своих дочерей и, пройдя через многие трудности, открыть частный детский сад. Ей повезло – дочери выросли очень хорошие, да и удачный случай подвернулся. А у других – куча проблем, не позавидуешь. Вот и выбирай, что лучше: муж-пьяница в родной стране или гуляка и прохиндей в чужой? Выбор не из лёгких.

В провинции решили внедрить новый вид скорой помощи, называется *буру-амбулансия* (осёл-скорая помощь). Раздали 10 ослов, пообещали ветеринарное обслуживание, но вот как, где и на что их содержать, не объяснили. Загадка на загадке. Как, например, на осле без повозки везти тяжелобольного или беременную женщину? Осёл животное упрямое и капризное. Но не глупое, как многие считают. На иных умников сказать «ослы», значит сделать им незаслуженный комплимент. И я не буду этого делать.

Почти неделю ничего не пишу. Произошло событие, лишившее меня покоя и сна. Всё думаю: может я не права в своём извечном стремлении к справедливости, желании достичь того, что, наверное, недостижимо? Невольно приходят на ум пушкинские строки: «Все говорят: нет правды на земле. Но правды нет – и выше».

Что же меня выбило из колеи? В начале декабря позвонил из Лишинги врач-анестезиолог Костя и поведал вот такую историю. Вместо уехавшего хирурга из Индии сюда в командировку прислали хирурга Павела М. (на всю провинцию хирург здесь один). Как это всегда принято, он получил информацию, что гинекологи вызывают хирурга, если во время операции есть хирургическая патология. За время командировки (43 дня) Павел провёл 38 операций, из них только ургентных 22 (это столько спасённых жизней). А в Центральном госпитале Мапуто, за период с апреля по 2 октября 2008 года им выполнено 62 операции, не считая ассистенций и малой хирургии. Перечень операций, сделанных в Лишинге, и информация о квалификации врача прилагаются в отчёте.

На трёх документально зафиксированных случаях остановлюсь подробно. **Первый:** 8.10.08 оперировал беременную с диагнозом «боковой разрыв матки». Мёртвый плод. Полное разрушение мочевого пузыря. Отрыв мочеточников. Внутрибрюшное кровотечение. Шок. Операция: лапоротомия, ампутация матки, двусторонняя уретрокутанеостомия, ушивание мочевого пузыря, перевязка внутренней подвздошной артерии справа, тампонирование переднего Дугласового пространства, дренирование брюшной полости.

А теперь вопрос, который я адресую доктору Америку и Министру здравоохранения Пауло Иво Гарриту. Как вы считаете, такую операцию мог бы сделать плохо подготовленный, некомпетентный хирург, каким вы посчитали Павла? Эта больная жива и, кстати, уже месяц по вашей милости ждёт отправки в Центральный госпиталь для пластической операции у врача-уролога. Ждёт потому, что нет денег на билет.

Случай второй: 15.10.08 поступает больной Хассани Имеде (Hassa Imede), 25 лет, крестьянин из района Санга, деревня Малем-Ия. Диагноз: проникающее колото-резаное ранение грудной клетки слева со сквозным ранением сердца. Геморрагический шок. Операция: торакотомия слева, ушивание ран передней и задней поверхности сердца. Гемостаз. Дренирование плевральной полости слева. (Операция выполнялась без ассистента, без ранорасширителя, разведение рёбер осуществлялось руками. Длительность операции – 4 часа, дважды выполнялись реанимационные мероприятия, открытый массаж сердца). Больной жив, выписан.

И, по-вашему, господа из Минздрава, эта сложнейшая операция, к тому же проведённая в условиях провинциального госпиталя, выполнена профессионально несостоятельным хирургом? А, по-моему, этот случай достоин того, чтобы о нём сообщили по всем каналам ТВ. Как это было тогда, когда в условиях Центрального провинциального госпиталя Нампулы хирург и нейрохирург в течении 2-х часов отсекали несформированный

зародыш, «плод-паразит» на ягодице новорожденного. Тогда на всю страну объявляли о разделении сиамских близнецов, хотя, сказать по правде, никаких близнецов не было. Зато сколько было шуму! Какой прогресс! Какой успех! А в действительности – банальное стремление выдать желаемое за действительное. Во всём мире сиамских близнецов разделяют в специализированных клиниках, и операция длится 10–20 часов, в зависимости от сложности патологии.

Конечно, по-вашему, жизнь простого крестьянина, да к тому же спасённая иностранным специалистом, не заслуживает такого внимания. Ну, тогда хотя бы из чувства элементарной благодарности не называйте того, кто много раз спасал жизни ваших сограждан, врачом-губителем и шарлатаном. Подумайте, много ли найдётся в Мозамбике врачей-хирургов, способных сделать подобную операцию, да ещё, повторяю, в условиях провинциального госпиталя? На этот вопрос вряд ли найдётся утвердительный ответ.

Третий случай: 06.11.08 хирургом, уже обвинённом в профнепригодности доктором Америку и министром здравоохранения Пауло Иво Гарриту, было сделано 5 операций, и одна из них с диагнозом «двусторонний пиосальпинкс; пельвиоперитонит». Операция: лапоротомия, резекция маточных труб, дренирование брюшной полости.

Так вот, эта больная была направлена из родильного дома, где гинекологическая патология была отвергнута. О тех случаях, когда больные поступают на 5–7–10 день с перитонитами, я уже не говорю. Их множество. Анализировать эти случаи и принимать соответствующие решения должен шеф-медик провинции, а ему, по-видимому, не до этого. Как говорит моя знакомая, врач-мозамбиканка, которую я уважаю, у нас главное поставить задачу, а будет ли она выполняться, это уже никого не волнует. Она права.

Так что же произошло 16.12.08? Врача-хирурга Павла вызывают в роддом по телефону в 3.43 утра. В 4.05 он уже на месте. Его вводят в курс дела: мы хотим знать, есть ли у беременной разрыв

матки и надо ли её оперировать? Ответ вполне резонный: есть ли разрыв можно решить, сделал операцию. Вызывайте ургентного гинеколога. Позвонили гинекологу. Пришёл в 5 часов. Прооперировал. Больная умерла в реанимации через несколько дней. Когда точно, сказать трудно, поскольку история болезни засекречена.

Как мне удалось выяснить, в день операции в роддоме работали техник-хирург, сделавший 3 кесарева сечения, и врач-гинеколог доктор Андре, у которого, правда, был тендовагинит левой руки, но больничный он не брал. Разве эти двое не могли обследовать больную и потом посоветовать вызвать врача *шеф-медику провинциал*, который ургентно в роддоме и стоит в шкале для ургентных? А кто разрешил врачу общего профиля без специализации оперировать одному? Он может только ассистировать или, в крайнем случае, делать операцию со специалистом. Интересно, сколько больных умерло после его самостоятельных «тренировочных» операций? Никто, конечно, не считал. Почему неспециалист не предложил врачу-хирургу быть ассистентом, ведь операция довольно сложная? Не позволили амбиции? Или уверенность, что за исход операции, каким бы он ни был, отвечать не придётся, раз она сделана врачом-мосамбиканцем? Тренируйся, сколько душе угодно. Даже при летальном исходе найдём на кого свалить вину. И нашли – на хирурга-иностранца. И как всё складно сошлось: всех бывших советских врачей министр здравоохранения, мягко говоря, недолюбливает, вот и пусть за всё отвечает этот русский. И полетела клевета прямо по адресу – на стол министру. Это был тонкий расчёт. Интрига закрутилась. Министр срочно направляет в Лишингу доктора Америку с поручением выяснить, кто виноват в том, что больная с часу ночи до 5 часов утра не была осмотрена? Получив «правильные» наставления и хорошие командировочные (они в 3,5 раза больше, чем у врачей-иностранцев) инспектор устремился выполнять важное задание. И после быстрого «расследования» выносится вердикт: виноват врач-хирург Павел.

Но к поставленному министром вопросу Павел не имеет прямого отношения. Ответ лежит совсем в другой плоскости. Не надо быть большим специалистом, чтобы увидеть: организация работы в роддоме неудовлетворительная. И в этом виноваты руководители роддома, госпиталя и провинциальной дирекции. Неспроста на вопрос из-за чего прооперированная больная умерла через несколько дней после операции, врач Америку, потупив взор, ответил, что сие не подлежит обсуждению. Это почему же? Потому что шеф-медику надо усиленно «тренироваться»? Причём без лишних свидетелей и последствий?

Хочу сказать, что коллеги-медики, знакомые с доктором Америку, очень удивлены его стремление представить Павла этически и профессионально несостоятельным специалистом. А куда делась, доктор Америку, ваша собственная этическая состоятельность? Куда подевались совесть и честь? Далеко вы их спрятали? Тоже «тренируетесь» не видеть очевидного и всячески угождать начальству?

Ну, что ж, заказ на клевету вы выполнили на «отлично». Но на неудобный вопрос, от чего всё-таки умерла больная через несколько дней после операции, так и не ответили. А в данной ситуации это вопрос вопросов. И чтобы разобраться в нём, мне пришлось провести собственное расследование, независимое и непредвзятое.

Прежде всего, приведу важные статистические данные, касающиеся смертности при разрывах матки. Так в США это 5%, в странах Европы 7–10%, в странах Африки 30–50%. Такой высокий процент объясняется не только большим количеством родов африканских женщин, что приводит к истончению мышцы матки, но и тем, что в местных медучреждениях плохо организовано наблюдение за беременными; поздно диагностируются угрозы разрывов; оперируя, хирурги не перевязывают питающие матку сосуды, так как даже врачи-специалисты не владеют методом перевязки подвздошной артерии, позволяющим уменьшить кровопотерю во время последующей ампутации матки. При этом

восстановить кровопотерю часто невозможно из-за отсутствия в госпиталях крови. Порой нет даже одной дозы, не говоря уже об одном или более литров. Хорошо, если пациентка получит 2 дозы эритроцитарной массы. И даже тогда исход зависит от того, резкая была кровопотеря или постепенная.

Я встретила и переговорила с врачами из Лишинги: доктором Мендесом, врачом-анестезиологом Константином; побеседовала с врачами акушер-гинекологами и хирургами из других госпиталей, со многими моими честными и порядочными коллегами-мосамбиканцами и пришла к выводу: больная, в смерти которой обвиняют Павла, умерла от невосполнимой потери крови. Ведь в госпиталях, подчеркну это ещё раз, всегда проблема с кровью. (О её катастрофически малых запасах знают все, но меры, способные радикально изменить ситуацию к лучшему, не предпринимаются. Конечно, легче всего заставить студентов сдавать кровь. А сами функционеры от медицины являются примерами добровольного донорства? Ответьте!) Кроме того, что пациентка, о которой идёт речь, не получила достаточно крови, сам собой напрашивается ещё один вопрос: а была ли остановлена кровопотеря при операции? Моё мнение, что нет. Оперировавший врач-неспециалист не сумел сделать перевязку подвздошной артерии и кровопотеря продолжалась. Спасти больную можно было, сделав ей релапоротомию, но он и этого не сделал. И не русский врач-хирург тут виноват, а неумелый шеф-медик, с его непомерным самомнением и уверенностью в собственной безнаказанности, и вы, господин министр, с вашей предвзятостью и протекционизмом. Вы не хотите это признать, потому что боитесь взглянуть правде в лицо. Но всё равно посмотреться в зеркало придётся. Надеюсь, кто-то посмеет поднести его к вашим честным лицам с нимбами над головой.

В поисках правды я обратилась к президенту Ордена врачей Мозамбика. Он принял нас и выслушал. Мне бы очень хотелось узнать реальные возможности этой организации. Есть ли у них смелость и желание помочь торжеству справедливости или они, как

все, пойдут на поводу у министра? Как бы хотелось, чтоб со своим солидарным мнением выступили работающие в Мозамбике иностранные коллеги-хирурги. Ведь такая история может произойти с каждым. Вопрос лишь в том, кто следующий?

В мире, как мне удалось выяснить, есть всего одна наднациональная организация, защищающая права врачей. Находится она во Франции. Это Международная медицинская ассоциация. По её уставу ответ на вопрос о профессиональной некомпетентности того или иного медика может дать только независимая экспертиза из 5 врачей. Из них 2 врача должны быть со стороны обвиняемого. В России тоже создана организация по оказанию помощи согражданам, живущим за границей. Создать-то её создали, а вот работает ли она?

История Павла всколыхнула всю нашу диаспору. За его честь и достоинство решило вступить Российское посольство. Консул Г.П. попросил аудиенции у Министра здравоохранения Мозамбика. К просьбе отнеслись очень странно. Секретарь заявила, что с нашим вопросом надо обращаться... в отдел кадров. Но почему туда? Ведь решение закрыть контракт Павлу без предъявления веских на то оснований, не выслушав его объяснений и доводов, принято непосредственно министром.

Как и ожидалось, директор отдела кадров заявил, что этот вопрос не в его компетенции, а министр ему написал, что менять свое решение не будет. Ну не возмутительно ли? От нас просто отмахнулись! Так легко, так нагло, так по-хамски! И мы всё это стерпим? Не возмутимся, не скажем, что нельзя так обращаться с великой страной и её гражданами?

Я вот всё думаю, как же так получилось, что, сполна выполнив свой «интернациональный долг» в далёких и опасных странах, мы оказались всем должны? Это что за метаморфоза? Почему за свою честную и трудную работу мы должны быть униженными и оскорблёнными? Что, и дальше будем с этим мириться? Вам, работники диппредставительств, за державу не обидно?!

Коллеги советуют Павлу не уезжать из Мозамбика, не восстановив своё доброе имя. Но Павел измучен, он морально устал, спрашивает, можно ли сокрушить государственную машину, идущую на таран, прямо на тебя? Тем более, когда за рулём министр?

По-моему, ситуация ещё сложнее, поскольку машина, о которой говорит Павел, идёт как раз не прямо, а кругами, зигзагами, она может съехать на обочину и даже спрятаться в кустах. По условиям контракта, о его закрытии положено сообщать за 3 месяца. В данном случае всё произошло тихо и тайно. Если бы Павел не пришёл получать зарплату, то и не знал бы, что контракт его закрыт уже 2 недели назад.

Знакомый врач из Лишинги рассказал мне с какой радостью и воодушевлением восприняли клеветники это решение министра. Не могу не назвать их имена: шеф-врач провинции Денис Виэга, директор госпиталя врач Алжайми, провинциальный директор врач Виоланта. Сплочённая команда. Похоже, вместе учились. У всех стаж работы после окончания университета 3-4 года, фактически это ещё не врачи, а только лишь «молодые специалисты». Молодые, да ранние. Как быстро они усвоили, что упорный труд и глубокие знания легко подменить интригами и ложью. Как быстро они забыли, что нарушивший клятву Гиппократа, есть клятвoprеступник. И нет ему прощения.

Хирург Павел М. всё-таки уехал из страны. Не думаю, что на сегодняшний день в Мозамбике есть много хирургов такого уровня, как он. Но в игре с подтасовками, в игре без правил он проиграл. Что ж, и вы, министр, и вы, доктор Америку, и вы, потерявшие совесть лжецы из Лишинги, празднуйте победу, ваша взяла. Но победителями вы будете лишь до поры. «Закон бумеранга» никто не отменял. Зло, которое вы выпустили в мир, вас же и сокрушит. Ждите ответа.

И вот – первая весточка-ответка. Получила информацию из Лишинги, что шеф-медик Денис Виэга, уже не ургентирует в родильном доме. Одного убрали, очередь за другими...

История с 13-й зарплатой тоже не разрешилась, зависла в воздухе. Наняла адвоката, написал заявление на имя директора госпиталя со сроком ответа 15 дней, ответ получила. Если вначале они говорили, что зарплату мне платило МЗ, и оно же должно выплатить и 13-ю, то после предоставления информации из Банка Мозамбика, что платили всё же они, выдвинули новое требование: им нужно прямое указание на выплату Провинциальной Дирекции или МЗ.

Услуга адвоката мне стоила почти 500 долларов, результата пока никакого. Сегодня узнаю от шефа отдела кадров, что они согласны выплатить, но в настоящее время нет необходимой суммы. Я уже была в Финотделе, и его шеф сказал: пусть запросят необходимую сумму и мы её выделим. Похоже, что деньги в своё время были получены госпиталем и уплыли в карманы дирекции. В этом году в связи с предстоящими выборами объявлена решительная борьба с коррупцией. Посмотрим, к чему она приведёт.

Обещали дать ответ о 13-й зарплате в пятницу, но не дали, перенесли на понедельник. Здесь принято не отказывать напрямую, а, напротив, обнадёживать, обещать всё сделать, но не сейчас, а *аманья ди манья* (завтра утром). И так без конца. Ставка на то, что просителю надоест оббивать их пороги и он, наконец, поймёт, что попусту тратит силы и время. Здесь любимое словцо «проблема», на неё ссылаются, ею всё объясняют, на неё всё сваливают. Сегодня уже четверг, а «проблема» всё не решена. Почему? Проходит очередной семинар, все – там, работать некому.

Да, вот ещё сегодня сообщили в теленовостях, что в госпитале из-за короткого замыкания сторела машина для сушки белья, стоимостью 500.000 мт. Это означает, что плановые операции делаться не будут, только urgentные и специальные (платные).

Вернулась из отпуска. В нашей «Гуантанаме» полно всякой мошкеры – букашки всех мастей, мижоны, грилу и т.д. Дожди почти каждый день, земля отказывается впитывать воду. Уже 4 случая малярии. Каждый день 4-5 больных с диареей. Хорошо, что не холера, как в Нампуле, где уже зарегистрировано более 500 случаев.

Там 5 умерших. У наших соседей ситуация не лучше. Жара в этом году небывалая. И дожди, дожди... Люди пьют много воды, в том числе и не хлорированной. Кипятить здесь не принято. Лень.

У моей санитарки дома прислуга, хотя живут они вдвоём с мужем, детей нет. Спрашиваю: «Зачем вам прислуга, ведь на работе вы не слишком устаёте?» А она мне в ответ: «Прислуга нужна, чтобы приносить воду из колонки». У местных иметь домработника это верх престижа. И тогда они сами уже не готовят, не стирают, не убирают, не гладят... Если семья среднего достатка, то у неё в обязательном порядке не одна служанка, а несколько, ведь надо нянчить детей, готовить, сторожить. То, что у нас нет прислуги, и мы всё делаем сами, вызывает у местных удивление, смешенное с недоумением. Но мы выдержали прислугу только 3 дня и, заплатив вперёд, выпроводили её восвояси. И больше нанимать никого не собираемся. Почти все домработники мелкие ворюшки. Своим местом несколько не дорожат. Ну, подумаешь, поймали на краже! Выгнали из одного дома, пойду проситься в другой.

Проводили 2008 год на Шокаш-Маре, в кругу немногочисленных в этом году друзей. Не приехали дети и внуки моей подруги Милу. Стоимость авиабилетов слишком высока. А новый год для нас начался с ДТП. Возвращаемся в Нампулу 3 января нового 2009 года, до дома остаётся 10 км, и тут нас подрезает маршрутное такси. И в городе, и в пригороде маршруток становится всё больше, конкуренция увеличивается, и в стремлении заполучить пассажира они устраивают на дорогах подобие корриды. Это чудо, что мы остались живы – уберёг Бог и, конечно, хорошая реакция моего мужа. Пострадала только наша машина.

Виновным в ДТП признан 66-летний водитель маршрутки. У него катаракта обоих глаз и одна нога много короче другой. И этому человеку доверено перевозить пассажиров! Водитель большого грузовика, который спровоцировал опасный манёвр маршрутки, в дальнейшем перевернулся, по всей видимости, был пьян.

Здесь самое опасное время на дорогах – после обеда и по субботам и воскресеньям. После обеда водители часто засыпают за рулём, а в другое время – после выпитого пива.

Но на этом череда печальных событий не закончилось. 09.01.09 позвонила моя подруга и сообщила, что 2 января скоропостижно скончался Виктор Зайцев, врач-хирург. Он 5 лет трудился с нами в Нампуле, потом был отъезд на родину и через 2 года вновь возвращение к нам. Работал и в Иньенбане. Затем очередной отъезд и очередное возвращение в 2002 году. До 2005 года оперировал в госпитале в Келимане. По окончании контракта уехал к себе. Жена Людмила говорит, что снова хотел вернуться – Африка, точно, не отпускает! – и уже начал готовить документы...

Думаю, что все, кто знал Виктора, сохранят о нём светлую память. Список работавших с нами в Мозамбике и уже ушедших из жизни пополняется. Это хирург Валентин Заикин, педиатр Галина Чанчикова, офтальмолог Виктор Шевцов, хирург Игорь (фамилии уже не помню), врач-гинеколог Лиля Сухопольская. Погиб в автокатастрофе близ Бейры хирург Иван Селиванов.

А то, что Африка обладает каким-то магнетизмом, притягивающим сердца и души, в этом нет сомнения. Получил тяжёлую травму (кессонная болезнь) травматолог Сергей Горак, долго лечился дома, снова вернулся в Мозамбик, но не выдержал и уехал. А потом опять вернулся. И так со многими. В 2019 году покончил с собой.

Вот и мы на перепутье. Возраст есть возраст. Пора уезжать. Но куда? В Украину, где у нас квартира? В Англию, где живёт дочь с детьми, нашими внуками, и мужем-англичанином? Или всё-таки остаться здесь? Привыкшие всю жизнь трудиться, не можем себе представить, что же будем делать без работы? Часто вспоминаю стихи Н. Доризо «вкладывайте деньги в воспоминания, вкладывайте деньги в чудеса». Мы так и делали. Наши «воспоминания» и «чудеса» это Африка. Сколько в неё вложено тревог и надежд, печалей и радостей!

Сегодня, 09.02.2009, по ТВ сообщили, что в 2008 году в Мозамбике было зарегистрировано 65.000 случаев холеры, умерло 3400 человек. Холера – болезнь грязных рук, инфицированных продуктов и воды. Воды, чтобы помыть руки, овощи, фрукты,

здесь достаточно. И условия для её кипячения имеются. Не хватает гигиенической культуры, налаженной санпросветработы.

По статистике, в мире смертность от холеры составляет где-то 1%, а вот в Мозамбике это более 5%. Часто заражаются дети в возрасте от 2 до 5 лет. Очень важно обратиться к врачу на ранних стадиях этого заболевания. Но, как правило, на приём больные попадают с большим запозданием. В госпиталь их привозят, когда они уже не в состоянии передвигаться самостоятельно. Холера сопровождается жесточайшей диареей и, как следствие, крайней степенью обезвоживания. И это основная причина смертельных исходов. Для пользы дела было бы неплохо проанализировать, хотя бы частично и выборочно, летальные случаи – поздняя обращаемость или неадекватное тяжести заболевания лечение?

Разговаривала с врачом-педиатром Олегом Лукьяновым, он работает в районном госпитале Намапэ. К нему приезжала комиссия из МЗ, и когда он им сказал, что больным холерой кроме гипертонических солевых растворов он обязательно назначает взрослым доксицилин по 1 таблетке 3 раза в день, а детям котримоксазол, то проверяющие заявили, что по их данным холерный вибрион не чувствителен к этим антибиотикам. Тогда Олег разъяснил, что эти данные от «in vitro» (эксперименты проводились в пробирке), а данные от «in vivo» (в живом организме) совсем другие, и практические врачи это знают. И в доказательство привёл свою личную статистику: он пролечил 400 больных, и ни один не умер, хотя многие пациенты были с тяжёлой степенью дегидратации.

Я поинтересовалась, как он справлялся с ацидозом, зная, что в госпитале, даже в реанимации, не всегда есть раствор Bicarbonato de sodio 4%, да и с 8,4% ампульным тоже проблема. Олег сказал, что в основном использовал ампульный. Требовал и получал. И имел отличный результат.

Вот и обобщите, проверяющие из МЗ, опыт Олега, распространите его рекомендации по всем госпиталям. Тем более, у вас один за другим проходят бесконечные семинары и конференции. Для меня загадка, почему это не делается?

И ещё несколько полезных сведений вам, господа, на заметку. В Бейре мой коллега проверил чувствительность холерного вибриона к антибиотикам, и оказалось, что он чувствителен к ампициллину, котримоксазолу, тетрациклину, доксициклину. Стоимость котримоксазола в частной аптеке – 1 таблетка 1 метикал, а в государственной при госпитале – в 5 раз дешевле (данные 2004 года); за 1 таблетку доксицилина в частной аптеке приходится выкладывать 1 мт., в госпитальной аптеке – 0,180 мт.; 1 таблетка тетрацилина в госпитальной аптеке стоит 0,230 мт., в частной – 2 мт. Все эти лекарства в госпиталях имеются. Посчитали бы, сколько их каждый год выбрасывается по истечению срока годности. Так что 10 таблеток доксицилина и 20 котримоксазола стоимостью 2-3 метикала, значительно бы снизили вибрионосительство и смертность от холеры. Согласитесь, не слишком большая цена за спасённые жизни.

Сегодня снова убили около наших домиков, более чем полтораметровую змею, тёмно-коричневого цвета. Идут дожди, и змеи почему-то ползут к жилищам.

Участились случаи укусов насекомыми. На коже возникают волдыри, узелки, инфильтраты с последующим нагноением. От секрета мижоны уже пострадало 4 человека.

Скоро заканчивается стройка, всё чаще приходят рабочие с жалобами на усталость, отсутствие аппетита, похудание, головную боль по утрам. По гемограмме похоже, что они могут быть инфицированы ВИЧ, но тест на СПИД делать отказываются. Что же, каждый волен поступать, как считает нужным. Могу только предупредить: если время будет упущено, ретровирусное лечение, наиболее эффективное на сегодняшний день, уже не поможет.

Снова, как и год назад, столкнулась со случаем, по клинике похожим на полиморфную буллёзную эритему: напряжённый волдырь с мутным содержимым, очень болезненный; кожа быстро некротизируется; после вскрытия и удаления нагнаивается по типу карбункула; после удаления гнойного стержня остаётся чистая, глубокая полость, которая довольно быстро заживает.

При этом у больного нет ни температуры, ни головной боли, хотя эти симптомы характерны для полиморфной буллёзной эритемы, описанной в справочнике. Тогда что же это?

Лечение, назначаемое при буллёзной эритеме (нестероидные гормоны, антигистаминные препараты, гормоны, местное прижигание), эффекта не даёт. Необходимо сразу же назначать антибиотики широкого спектра действия. Главное, что нет никакой причины для эритемы – ни изменения температуры, ни стрессов, ни какой-то предшествующей инфекции. Но есть вероятность укуса насекомыми. И появляются эти узелки главным образом на пальцах рук около суставов, на предплечьях и плече.

В литературе отсутствует описание многих заболеваний кожи, вызванных укусами насекомых Африканского континента, хотя время для этих исследований давно пришло. У очередного больного на месте пузыря на большом пальце кисти развился абсцесс. Пришлось вскрывать и назначать цефалоспорины внутривенно по 1 гр. 2 раза в день. Эффект мгновенный. Рана сразу же очистилась. Дефект ткани, глубиной 1 см и шириной 2 см, стал уменьшаться, болезненность прошла.

И снова рецидив полиморфной буллёзной эритемы. Но сейчас мне стало понятна её причина – она развивается на местах укусов насекомых. Видимо, какое-то токсическое воздействие и аллергия.

Другая проблема, это малярия у больного со СПИДом. Есть все симптомы малярии, а быстрый тест на малярию отрицательный. И что делать? Лечить от малярии или не лечить? Моё мнение – лечить. Препаратом 2-ой линии коартемом.

Сегодня на ТВ сообщили, что в Мозамбике создана Академия наук. Возможно, там будут заниматься многими вопросами диагностики и лечения тропических заболеваний, анализировать, описывать новые заболевания, давать рекомендации практическому здравоохранению. На работу в Академии собираются пригласить почти 200 научных работников. Но где они столько возьмут?

А в Бейре начинает функционировать Исследовательский центр по проблеме диагностики и лечения СПИДа. Центр создан на инвестиции Дании и Исландии. Предполагается, что будет обследовано более 300 тысяч горожан. Если это так, то, наконец, появятся достоверные статистические данные по заболеваемости и носительству СПИДа.

И ещё одна новость из области образования. Выпускникам медицинского факультета после 3-х лет обучения будет присваиваться степень бакалавра, или *башарелу* (врач общего профиля), ещё через год обучения – степень *местраду* (врач-специалист) и ещё через 3 года – степень *доутораменту* (вроде нашего кандидата наук). Вот в такие сроки, быстро и качественно, будут готовить врачей и учёных.

А по-моему, это полный бред и профанация. Уже состоялся выпуск врачей медицинского факультета Католического университета в Бейре. Процесс обучения там такой: рассматривается конкретная болезнь, например, астма. Строение лёгких (как и вся анатомия и физиология) изучается по рисункам. Далее студентам рассказывают о типичных жалобах при астме, схеме обследования больного, правилах постановки диагноза и возможном лечении. И так, блоками по всем заболеваниям. Где позаимствован этот метод обучения, не знаю. Когда не хватает настоящих врачей, видимо, сойдут и врачи с такой подготовкой. (Для сравнения: в университете Э. Мондлана в Мапуту анатомию и физиологию учат почти 2 года.) Но чем выпускать таких «скороспелых» врачей, не лучше ли иметь побольше хороших техников для здравпунктов, полноценный медперсонал среднего звена?

Идея министра здравоохранения ускоренными темпами готовить врачей из техников, может, и прекрасна, но прекрасна она только на бумаге и годится только для отчётов. Техники, ставшие после 6-тимесячных курсов докторами, начинают работать гораздо хуже, чем полгода назад, когда они были простыми фельдшерами. Теперь, исполненные гордости и величия, они появляются на работе куда реже, чем прежде – все больше пропадают на важных совещаниях и конференциях. А больные ждут. Все ли дождутся?

Очередная новость по местному телевидению. В университете Луриа, что в Нампуле, на медицинском факультете, будут готовить оптометристов со степенью бакалавра. Срок обучения 4 года. Раньше эту работу выполняла медсестра, помогавшая врачу-офтальмологу. В настоящее время это новая специальность, отличная от работы врача-офтальмолога, но смежная с ней, дополняющая её. Студентов наберут из всех португалоговорящих стран Африки – Анголы, Гвинеи-Бисау, Сан-Томе и Принсипи, Кабо-Верде, Восточного Тимора (Тимор-Лешти). И это очень хорошо. На Африканском континенте много людей с проблемами глаз и зрения – сказывается влияние солнечной инсоляции и другие факторы.

В новостях по ТВ сообщили об убийствах альбиносов в Танзании. За прошедший год только официально зарегистрировано 26 таких случаев. Органы альбиносов для привлечения счастья и богатства используют в своих ритуалах колдуны, шаманы, чёрные маги. Считается, что частица плоти альбиноса на месте залежей золота, заставляет самородок самостоятельно подниматься из недр на поверхность, а насаженная на рыболовный крючок – привлекает рыбу, в брюхе которой будет полно драгоценностей. Из кожи альбиносов колдуны делают амулеты, готовят магические напитки. Ради этого даже вскрывают могилы и потрошат трупы. Чтобы избежать надругательства, родственники вынуждены могилы альбиносов заливать цементом.

Недавними жертвами охотников за альбиносами стали 10-летняя девочка и 7-месячный ребёнок. Всё это вынудило правительство Танзании принять специальную программу по охране жизни и прав альбиносов, но в 38-миллионной стране быстро справиться с устоявшимися обычаями и представлениями очень трудно. Поэтому альбиносы боятся выходить из дома, они создают свои организации и даже особые места проживания с повышенными мерами защиты. В парламенте страны уже есть один альбинос, который представляет и защищает их интересы.

Пока что нет научного объяснения, почему именно в Танзании так много случаев альбинизма. Здесь проживает почти 200 тысяч альбиносов.

Говорю о дикости, творящейся в Танзании, а в двух районах провинции Нампула тоже происходят события из ряда вон выходящие. Местное население после того, как умерло 4 человека от холеры и среди них два активиста Красного Креста, устроило бунт против медработников. Усмиряя его, погиб один полицейский, двое оказались в реанимации, несколько человек – в районном госпитале.

В этом году стоит сильная жара. Дожди на нашей стройке не очень частые, идут лишь через 2-3 дня, и, тем не менее, вокруг много лагун со стоячей водой. Для выплода комаров там идеальные условия. И малярия не заставила себя ждать. Почти каждый день 4-5 случаев. Много больных с катаром верхних дыхательных путей вирусной этиологии и для диагностики от респираторной формы малярии приходится всем им делать тест на малярию. Но тут возникает другая проблема: если малярией болен ВИЧ-инфицированный, тест может оказаться отрицательным. И тогда надо делать общий анализ крови, контролировать гемоглобин, тромбоциты и скорость оседания эритроцитов.

И снова о диких обычаях, искоренить которые никак не удаётся. Сегодня, 09.03.2009, сообщили, что три племянницы, наняли убийц и убили, а затем сожгли в пальотах двух колдунов (мужчину и женщину) из-за того, что те якобы наколдовали смерть нескольких их родственников. В колдунов и колдовство здесь верят безоговорочно. Тут произрастают всевозможные травы, зелья из которых приводят к нарушению психики, от них теряют память, возникают галлюцинации и другие проблемы со здоровьем. Я сама лично видела таких одурманенных колдунами людей. Думаю, что «колдовство» проходит не на уровне *эспириту* (духа), а через добавление в пищу или питьё какого-то снадобья. Такие «лекарства» имеют очень сильное токсическое действие, и если к нам поступает тяжёлый больной (особенно – если дети) с клиникой,

не соответствующей тяжести состояния, подумай, уж не давали ли ему какого колдовского зелья? Если родители это скрывают, то спасти такого ребёнка почти невозможно.

Вспоминаю случай, рассказанный врачом-педиатром Людмилой Зайцевой. Её вызвали в приёмный покой госпиталя, как ургентного педиатра. У грудного ребёнка пульс был более 200 ударов в минуту, периодически малыш взмахивал руками и кричал криком взрослого мужчины. Это повергло её в ужас. Медсестра София выяснила у родителей, что колдун давал ребёнку какое-то лекарство, поскольку к ребёнку каждую ночь приходил умерший человек. Они спрашивают, а как 8-месячный ребёнок мог сказать, что к нему кто-то приходит? В таких случаях приходится «лечить» и родителей. Объяснять им, что ради денег курандейру может придумать что угодно, тем более, что за последствия он не отвечает. И всё равно колдунам и знахарям население верит. А правительству только того и надо. Ведь получается, что даже при нехватке врачей никто без медпомощи не остаётся. Но разве шарлатанство это медпомощь?

Вот один из случаев чёрной магии. Рабочий болен СПИДом. Анемия – гемоглобин 5 гр/дл. От лечения и госпитализации отказывается. После обеда, организованного эмпрезой, где он выпил бутылку кока-колы, ему стало плохо. На следующий день он уже не смог выйти на работу. Жена пригласила шамана, за лечение тот потребовал 100 метикалов. Денег у них в тот момент не было, и рабочий пришёл попросить в долг. При этом он рассказал такую историю: «Шаман вытащил у меня из головы бутылку кока-колы, а на следующий день ещё две бутылки». Я ему говорю: «Приведи этого шамана, и если он при мне вытащит из твоей головы бутылку, я ему заплачу не 100, а 200 метикалов». Шаман-фокусник так и не появился, а больной, увы, умер через 5 дней.

Вот и смертность от холеры высокая, в том числе и от того, что сначала лечатся у курандейру, а когда больной уже почти агонизирует, его несут в госпиталь. Но в госпитале не боги. Время упущено. При этом на курандейру (шамана) обычно не жалуются. Жалуются на медработников.

В этом году, похоже, повторилась эпидемия холеры в провинции Нампула. Переболело более 2000 человек. Умерло 13. Удивительно, что было много случаев холеры в городе, где подача воды централизована и есть возможность её дезинфицировать и контролировать. Но по факту выходит, что её должным образом и не контролировали, и не дезинфицировали. А ведь существуют хорошо финансируемые центры по борьбе с холерой. И уж кто-кто, а они прекрасно знают, что холера из года в год повторяется в одно и то же время. Разве нельзя принять действенные профилактические меры против неё, не дожидаясь эпидемии? Или у этих центров есть дела поважнее?

Стройка века приближается к завершению. Осталось соединить 2 опоры двумя табулейрами по 58 метров каждая. Инаугурация планируется на 24 июля. Но мост будет готов уже в конце июня. Правда, по проекту ещё много работы, кроме строительства моста.

Уже много дней ничего не пишу. У меня большие проблемы со здоровьем у племянницы. Она живёт и работает в Санкт-Петербурге. В 2004 году обнаружила уплотнение в молочной железе, тут же обратилась к врачу, была сделана пункционная биопсия, диагноз – рак, операция лишь через две недели, и то, только потому, что платная, иначе пришлось бы ждать и больше. А что, уже показание делать цитологию во время операции и решать вопрос об объёме операции (тотальная или секвестральная мастэктомия) отменено?

Была сделана секвестральная рецекция, удалены все подмышечные лимфоузлы, так как они были поражены, по старой классификации это уже 3-я стадия и раньше это было показанием для тотальной мастэктомии. Но времена меняются, всех убеждают, что рак излечим, если диагностируется на ранних стадиях. Но где эта ранняя диагностика? Даже если больная обнаружит у себя опухоль, сколько надо потратить времени и денег, чтобы как можно быстрее сделать все анализы. После операции – лучевая терапия, и всем – томаксикам. Наблюдают, если это

можно назвать наблюдением, с помощью сдачи анализа крови и прохождения УЗИ. Всё нормально.

Через два года появились боли в правом подреберье, стала худеть. Обратилась к оперировавшему врачу, которая, кстати, её и наблюдала. Сколько презентов получила эта врач! А вот когда поняла, что у больной метастазы в печень, то коробку конфет швырнула со стола – показалось мало. У моей племянницы огромная сила воли. Я, как врач, понимаю всю безысходность её ситуации. Она же участвует во всех клинических испытаниях, всевозможных конкурсах, продолжает работать. Но прогрессирование процесса не удаётся остановить. Метастазы увеличиваются в печени и появились подозрения о метастазах в 4-е и 7-е рёбра. Масляную химиоэмболизацию с гемзаром заменили на химиоэмболизацию микросферы с доксирубицином, кселода и зомета. После химиоэмболизации гепатомикросферы с доксирубицином развился постэмболизационный синдром – сильная боль в правом подреберье, высокое артериальное давление, перевели в реанимацию, боль купировали наркотиками, через сутки состояние нормализовалось.

За эти месяцы пыталась выяснить всё, что касается и лечения и прогноза при метастатическом раке печени. Надежды никакой, но моя мужественная племянница уже опровергла все научные прогнозы по выживаемости. Да, я лично и не верю всем этим прогнозам, выводам из диссертаций, «научным данным», многократно переписанным диссертантами друг у друга. Рак неизлечим – это факт. Всё, что существует по лечению рака – хирургические методы, лучевые, дорогостоящие химиопрепараты и другие только продлевают жизнь и несколько улучшают её качество. А результат везде один. Мы не знаем истинной причины рака, нет и соответствующего лечения.

Не все коллеги меня поймут и поддержат, но я присмотрелась бы к методам народной медицины в лечении рака. Официальной медициной они не отвергаются, но и не признаются, не изучаются. А зря. У моей подруги, она врач акушер-гинеколог, у мужа обнаружили лимфосаркому в брюшной полости, где-то 7х5 см, инопе-

рабельная. Провели 2 курса химиотерапии, от третьего он отказался. Решил лечиться по методу Шевченко (нерафинированное масло с водкой), пил 2 года, опухоль уменьшилась до 2,5 см, самочувствие улучшилось. Он даже вернулся на работу. По данным УЗИ опухоль не растёт, оставаясь в прежних пределах. Жив после этого лечения уже больше 10 лет. Кто ответит – метод Шевченко шарлатанство или нет? Никто не ответит. Потому что его никто не изучал в научных лабораториях, статистики никто не вёл, и значит, достоверных результатов не существует. Информация от врачей, знающих о случаях излечения народными методами, не собирается и не обрабатывается. Вместо неё ходят по свету передаваемые из уст в уста истории.

У меня есть знакомый Пётр Иванович, из г. Кривой Рог. Он жив после диагноза рак почки уже более 25-ти лет. Все его друзья по несчастию давно умерли. Узнав о своём диагнозе, Пётр Иванович занялся лечением травами. В его сборе их более 15. Он же помог моему знакомому Володе Добровольскому, когда тому после операции (лапоротомии) поставили диагноз рак предстательной железы с метастазами в забрюшинное пространство. Для Володи был составлен сбор из 14 различных трав. Пролечился и прожил ещё более 10 лет. Да, это была борьба за жизнь. Не каждый способен на такую борьбу. Но жил он полноценной жизнью, работал, успел вырастить детей.

Ну а эта история уже из моей собственной жизни. В 1984 году, будучи в Анголе, получаю от сестры известие, что мама неизлечимо больна и безнадежна. Приезжаем в Ленинград, дела хуже некуда, онколог обследовал, рак печени с метастазами в легкие. Два месяца симптоматического лечения и мамы не стало. Брат рассказывает, что его друг, посоветовал ему настойку из речных раков. Вот её рецепт: 20 средних речных раков поместить в 3-литровую банку, залить хорошей водкой, закопать в землю на 2 недели, процедить и принимать. Но вот по сколько принимать, он не уточнил. К сожалению, мама не дождалась этого лекарства. Но она пригодились. Ещё как!

Правильно говорят, беда не приходит одна. 72-летнего отца мужа срочно прооперировали. Диагноз – рак (думаю, что фатерова соска), неоперабельный. Возвращаемся в Украину, привозим с собой настойку из раков. Отец о диагнозе не знает. Решаем через брата предложить ему её пить, якобы как настой из трав. Рекомендуем по 1 столовой ложке три раза в день перед едой. Отец выпил три 3-литровых бутылки. Когда его спрашивали, как дела, он жаловался, что стал толстеть. Прожил после этого почти 20 лет, умер в возрасте 92 года от старости. Что это? Врачебная ошибка в диагнозе? Но ведь ему была сделана лапоротомия.

В Интернете нашла много способов лечения рака народными методами. Это и настойка болиголова, сулемы, чистотела, гриба весёлка, мухомора... В Мозамбике для очистки печени применяют очень горький настой листьев *какань*; для повышения иммунитета и против малярии – корень *калюмбы*, тоже очень горький. Местные индусы считают, что калюмба есть не что иное, как корень куркумы. Но по описанию корень куркумы ярко-жёлтый, а этот бледно-жёлтый. Информации о калюмбе в Интернете почти никакой, только раз встретила упоминание, что настой этого корня пьют для поднятия сил. Мой коллега пьёт его и против малярии.

Я вырастила *артемизию ануа* (полынь однолетняя). Чай из неё тоже горький и используется для лечения малярии. Все лекарства против малярии горькие. Появилась информация об использовании хлорокина для лечения рака, а так же, что артемизия повышает уровень CD4-T лимфоцитов и может применяться для лечения СПИДА.

Недалеко от Бейры создан кооператив, который начал выращивать лекарственные травы для лечения СПИДА, туберкулёза, малярии и других заболеваний. Собираюсь его посетить. Неужели культура траволечения, казалось бы, навсегда уступившая своё место таблетированным формам лекарств, применять которые быстро и удобно – не надо ничего заваривать, настаивать и процеживать – опять вызывает интерес и завоёвывает популярность?

В аптеке лекарственных трав в Мапуто продаётся чай, сироп и таблетки из корня брутуту, который из Анголы привозят в Португалию, Мозамбик и другие страны. Как рассказывают португальцы, жившие в Анголе, этот корень очень помогает при заболеваниях печени и желтухе. Здесь очень много растёт нашего барвинка розового, местное название – *Veijo da mulata* (Поцелуй мулатки). В своё время его закупала Германия. Листья барвинка используют при лечении опухолей, а корень употребляют как мочегонное, против диареи, при диабете (вместе с листьями шелковицы).

Пыталась разыскать Наташу Розанову, она врач-анестезиолог, мы работали вместе в Анголе. Из клиники на Каширке она ушла, домашний телефон не отвечает. Удалось найти телефон Тани Доброштан (Савельевой) в Киеве. Нашла телефон, но не Таню. Она 1,5 года назад умерла от рака. Три года ходила к врачам, делали УЗИ, заверяли, что это возрастные изменения, а когда появилась желтуха и сильнейшие боли, то было уже поздно. Она умерла через 26 дней после установления врачами диагноза. Сразу же сказали, что лечить поздно, но Сергей, муж, пытался её спасти, потратив все имевшиеся сбережения (почти 100 тысяч гривен) на дорогостоящие ампульные препараты. Тане было 56 лет. Её дочь Ольга учится в университете. Вот такая судьба.

На стройке начались первые увольнения в связи с сокращением объёма работы. В апреле месяце станут безработными 51 человек, в мае – 111, в июне – все остальные. Всего на стройке только мозамбиканцев 429 человек. Всем придётся искать новую работу.

Похоже, и некоторые португальцы не собираются домой, ищут контракты и другие способы, чтобы остаться в стране. У них тут появились «подруги», родились дети.

В провинции Тете намечается огромная стройка, будут добывать уголь, инвестиции Бразилии и ЮАР. Уже сейчас несколько рабочих получили там контракты, и неплохие по сравнению со здешними, почти в три раза больше. На нашей стройке многочис-

ленные льготы и хорошие зарплаты (где-то от 5 до 8 тысяч евро) только у португальцев – руководителей проекта, среднетехнического персонала, администраторов, в основном сидящих в офисе с кондиционерами. У рабочих, находящихся под палящими лучами солнца, в зависимости от профессии – от 4 до 9 тысяч метикалов (120–300 долларов), обед на 50 метикалов (два доллара). Что ж, такой контракт для своих граждан подписало правительство Мозамбика. Зато не обижены высокопоставленные чиновники. Некоторые из них, живя в Мапуто и получая огромную зарплату, появляются на стройке один раз в месяц, и то лишь на 2-3 дня. Такова реальность жизни.

В новостях от 31.03.09 сообщили, что в Мозамбике тоже создана Ассоциация альбиносов. Правда, в президиуме и зале в основном чёрные. Чтобы не отставать от Танзании, на учредительской конференции объявили, что в Мозамбике их насчитывается более 200 тысяч. Кто их считал-пересчитывал?

Сегодня в новостях сообщили, что 17 детей отравились *жатофой* (плод для изготовления биологического топлива). Из 17, госпитализированных с рвотой, диареей и сонливостью, 16 уже покинули госпиталь и только один ребёнок остаётся в больнице – у него состояние средней тяжести.

Журналист спрашивает у одного из пострадавших, 13-летнего мальчика: «Зачем вы ели жатофу?» И ответ: «А мы думали, что это арахис». Не понимаю, как можно спутать арахис и жатофу, не имеющих ничего общего ни по вкусу, ни по виду – жатофа растёт, как кустарник, а арахис это земляной орех?! Но с детей, какой спрос! А неужели никто из взрослых не видел, что в людном месте ватага ребят ест ядовитые плоды? Конечно, видел. Но здесь не принято на кого-либо обращать внимание, а уж тем более делать замечание. Даже, если вор залез к тебе в карман, рядом стоящий, который всё видит, тебе об этом не скажет. Таков *костуми* (обычай).

В субботу, 4.04.09, в Бейре прошёл День здоровья (Feira de Saude) с участием Министра здравоохранения Иву Гаррету, губер-

натора провинции доктора Вакино, других членов местного правительства, студентов и населения. Праздник немного испортил дождь, но мне это мероприятие понравилось.

Участники были одеты в футболки с надписью, что грязные руки – причина болезней. Кстати, футболка стоит около 10 долларов. Министр здравоохранения очень эмоционально и доходчиво объяснял, что если выгребная яма в уборной без крышки, то это не уборная, показывал как правильно закрывать продукты от мух, убеждал не курить, не пить, минимум 3 раза в неделю бегать. Другие рассказывали о начальных симптомах рака молочной железы и шейки матки, о важности раннего обращения к врачу и своевременного обследования. Когда речь зашла о заболеваниях глаз, тут же стали проверять остроту зрения и раздавать буклеты с наиболее часто встречающимися заболеваниями глаз. Измеряли артериальное давление. Желающие могли сделать тест на СПИД, получить совет у специалиста по предупреждению болезней зубов и ротовой полости.

Понравилась мне информация, как предупредить у детей болезнь несбалансированного питания, используя традиционные продукты и листья растений, плоды, овощи. Показали и как готовить эти блюда.

Жаль, что погода подвела, а то бы участников было гораздо больше. Неплохо было бы провести такие Дни здоровья и в других городах и районных центрах. И не обязательно в присутствии Министра здравоохранения и других чиновников, разъезжающих по городам и весям, выписывая себе щедрые командировочные. Но в Мозамбике деньги не принято считать. Считает только тот, кто своим нелегким трудом их зарабатывает.

Снова появился случай полиморфной буллёзной эритемы после укусов насекомыми, но я уже знаю, как предупредить абсцедирование. Во вторник и среду 7-8 апреля будут бетонировать последнюю табулейру, а ещё через 2 недели долгожданный мост свяжет берега реки Замбези. Но уже 09.04.09 можно будет пройти по мосту на противоположный берег.

Завтра, 07.04.09 праздник – День мозамбиканской женщины. Выходной, но наша эмпреза будет работать – поджимают сроки сдачи моста, да и на завтра намечено бетонирование последней табулейру. Дожди идут через день, но желаемого наводнения по всей видимости в этом году не будет.

Сегодня, 9.04.09, наблюдала очень непонятный визит Министра здравоохранения Иву Гаррету на здравпункт Кайи, где идёт строительство госпиталя, который намечалось сдать ещё в декабре прошлого года. Хорошо, если сдадут в декабре нынешнего. Новое отделение должно иметь две операционные и рентген-отделение. Это будет большая помощь соседним районам, так как в настоящее время больного на обследование надо вести за 250 км.

Вот как выглядел визит: министр зашёл на территорию здравпункта, развернулся, вышел, издали посмотрел на стройку, сел в машину и уехал. Директор здравпункта даже не успел выйти из своего кабинета. Правда, странный визит? Интересно, что покажут и что скажут в программе новостей? Некоторые решили, что министр заехал посмотреть на заросли капи, которую ещё не успели убрать на задворках. Но, на самом деле, всё оказалось куда проще: министра собираются заслушать на Ассамблее Республики (парламенте) и надо показать, что все важнейшие объекты здравоохранения находятся под его личным контролем.

Предвижу, что в отчете будут приводиться впечатляющие цифры: за 5 лет его руководства количество национальных врачей увеличилось с 200 до 600, а количество иностранных врачей уменьшилось с 400 до 200. Нашёл чем хвалиться! Уехали из страны прекрасные специалисты, знающие язык и патологию, и помогавшие, как правило, бедному населению, не имеющему возможности получить платную помощь в столице или вне страны. Все эти специалисты работали в основном в провинциальных госпиталях. А вот из 600 местных врачей половина находится в Мапуто, на всевозможных контрактах, часто это просто чиновники-координаторы. А те немногие, которые работают в провинци-

альных и районных госпиталях, по полгода находятся на различных семинарах, конференциях и совещаниях, больных не лечат, практического опыта не набираются. У специалистов-мозамбиканцев часто всего 1 приём в неделю, количество больных на этот приём 10-15. А остальные – или ждите месяцами или готовьте 750 метикалов (почти 30 долларов) и идите на платную консультацию к этому же специалисту. При минимальной зарплате 65 долларов это заоблачная цена.

Есть ещё важное достижение министра здравоохранения, с июля 2008 года он решил платить иностранным специалистам зарплату не в долларах, как положено, а в метикалах. Из-за постоянно плавающего и произвольно устанавливаемого администрацией курса обмена сразу возникли новые возможности для неразберихи и мошенничества. В результате с июля месяца 2008 года каждому иностранному врачу-специалисту не доплатили более 7000 долларов. Мозамбик на 9-ом месте в Африке по коррупции, а вот МЗ, похоже, на первом. Тоже отличное достижение!

Вспышка вирусной инфекции пошла на убыль. Болеть рабочим здесь не выгодно. Больничный первые 3 дня не оплачивается (как и в Португалии), а потом начисление идёт только с базовой части зарплаты. Поэтому рабочие, заболев, предпочитают не лечиться, а работать.

«Стройка века» близится к завершению. Сегодня, 11.04.09, прошлась по мосту. Осталось забетонировать стыки двух перекрытий, каждый по 1,5 метра, это работа на 1 неделю. 21 апреля 2009 года приезжает президент компаний Мото-Энжил и Соареш де Косшта. Это основные строители моста. Берега реки Замбези, наконец, соединятся. Намечается праздничный обед для всех строителей.

Я давно слышала об удивительных свойствах дерева *моринга масленичная*, и вот, наконец, занялась его поиском. Сначала залезла в Интернет. Привожу краткое описание: *моринга масленичная, пузатое дерево, дерево-фляга, хренное дерево, самое быстрорастущее дерево в мире, за 2-3 года вырастает на 6-10 метров в высоту, вечнозелёное, в*

сухой период, используя собственные запасы влаги, не требует полива, растёт на песчаных бедных почвах, не обязательно на солнечной стороне. Содержит до 90 полезных компонентов. Листья моринги используются как свежие в салатах, так и сухие, добавляя в супы и каши. Семена поджаривают и едят, как арахис; измельчая, кладут в воду и она очищается от вредных веществ. Семена, и кожура корней используются в медицине, так как содержат антибиотик, эффективный при заболеваниях кожи. Корень по вкусу и запаху похож на хрен, может употребляться в пищу. Масло из семян (бехоновое) используется как косметическое и лечебное. Листья и цветы – кладовая витаминов (особенно А и С), макро- и микроэлементов (калия, кальция, железа), аминокислот (их почти столько же, сколько и в мясе). Впечатляюще! В Африке, где не хватает витаминов, где повсеместно несбалансированное питание, где у многих болезнь квашиоркер (вид тяжёлой дистрофии на фоне недостатка белков в пищевом рационе), проблемы со зрением, масса кожных заболеваний, не использовать целебные свойства моринги просто преступно. Её действие противовоспалительное, антиоксидантное, иммуностимулирующее, успокаивающее нервную систему, понижающее сахар и холестерин, заживляющее язву желудка. Моринга лечит заболевания печени, простудные заболевания и др. Не дерево, а доктор Айболит!

На его поиски едем вместе с моими друзьями Астрид (шведка, инспектор на стройке) и Шимику (мозамбиканец, говорящий на английском и на местном диалекте). Нам сказали, что на в районном центре Кайя моринга встречается почти у каждой палоты. Иногда местное население использует листья моринги как добавку в кариль (это блюдо, которое я не раз упоминала, готовится из лука и томатов с добавлением рыбы или, если есть, что очень редко, – мяса козы; подаётся к каше из муки кукурузы, риса, мандиоки).

Встречаем первое дерево, а чуть далее, где в основном кимбы-палоты, их уже очень много. Одни только в цвету, а на других уже зрелые и незрелые плоды. Даю моё собственное описание моринги: *высота дерева 6–10 и более метров; ствол неровный, с какими-*

то, действительно, «пузиками»; листья зелёные, овальные, мелкие, нежные, на вкус с легкой горчинкой; ветки хрупкие; у плода внутри мякоть светло-зелёная и белая по центру; плоды веретенообразные, зелёные, неровные из-за семян, с продольными бороздками длиной 26–50 см (я помарила). Созревшие старые плоды – коричневого цвета, внутри коричневые крупные семена, окружённые белесоватым венчиком; цветы мелкие бело-жёлтые, собранные в гроздь.

Решили попробовать семена на вкус. Сначала я, потом мои попутчики. Конечно, ничего общего с арахисом. Вкус сначала горьковатый, а затем сладкий – такое впечатление, что тебе положили сахар на язык; легкая горечь сохраняется дольше, чем сладость. Но откуда этот сладкий вкус внутри семени (бехенового ореха) выяснить пока не удалось. Листья я собрала, чтобы потом засушить.

На посёлке мы объясняли собравшимся из местных, что даёт это дерево. С его помощью можно обеспечить себя витаминами, лекарством, питанием, чистой водой. «Моринга для Африки – это дерево жизни: Не использовать его можно только от большой лени», – таков был пафос нашей мини-лекции. Прослушали её с интересом.

Возвратились мы очень довольные. В доме стоит запах хрена. Попробовала салат из свежих листьев. Жива. Эксперимент продолжу.

День спустя с осторожностью решила попробовать и плод – информации о том, как его употреблять не имею. Разрезала поперёк, получился крест, 4 дольки, масса белая, вместе с зелёными семенами горько-сладкая, больше горькая. Есть плоды свежими можно, но только, наверное, взрослым. Вряд ли их любят дети из-за явной горчинки. Возможно, существует способ переработки свежих плодов, но рецептов пока не нашла. Дома я одна, во рту горчит, авось не помру.

Местные индусы сказали, что в пищу надо употреблять не-перезрелые плоды.

В Кайе на базаре продают *мадумбе*, овощ чем-то похожий по внешнему виду на турнепс, но только по форме, а по цвету и вкусу нет. Он быстро разваривается до консистенции густого пюре и часто используется вместо хлеба. Мне он понравился. Размножается клубнями. Содержит много протеинов. Привозят его из соседнего района. Почему не выращивают здесь, ведь земли предостаточно? Сами мозамбиканцы говорят, что жители Кайи очень ленивые. Этим всё и объясняется.

Около дома посадила *бейжу да мулата* (*катафантус розеос, винка розеа*). По-русски это барвинок розовый, но он у меня с белыми цветами. За счёт мочегонного эффекта используется при повышенном артериальном давлении. У меня есть знакомый художник с гипертонической болезнью, который лечится только корнем этого невероятно горького барвинка. Широко распространён и барвинок с сиреневыми цветами. Достаточно прожевать и проглотить его корешок, и проходит любая диарея. Листья барвинка имеют спазмолитический, противовоспалительный эффект. Они применяются при лечении опухолей и сахарном диабете.

А вот листья *каканы* очищают печень, используются в реабилитации после малярии. По-португальски это растение называется *момордика*, от слова *мордер*, что значит «кусать». Дело в том, что до созревания плодов, листья этого растения обжигают как крапива.

Как и намечалось, приехал, а вернее, прилетел на самолёте компании президент Мото-Энжил. В его присутствии забетонировали последний стык в последнем перекрытии. Это было символическое действие – берега реки Замбези соединились. Но есть ещё много других работ на самом мосту. Их обещают закончить к концу мая. А в июне, я надеюсь, и моя работа здесь завершится.

По случаю соединения берегов администрация устроила праздничный обед для всех участников стройки. Вспоминать, что за столом творили рабочие, не хочется. Каждый стремился наесться и напиться на неделю вперёд. Впечатление было такое, что от еды и питья они вот-вот лопнут. Ужасное зрелище! Понятно,

что опасность голода, закрепленная памятью поколений, сидит у этих людей в подсознании. И это, больше, не вина, а беда их. Но всё равно закоренелые привычки и первобытные обычаи надо менять, культуру прививать, мост из далёкого прошлого в XXI век строить!

Да и зарплату им платить Минздраву не надо.

Сегодня, 23.04.09, налёт на наше поселение *гафаньотов* (саранчи). Всё ею облеплено. Дома из серых стали зелёными. Все дорожки усеяны мертвыми гафаньотами. Местные их едят. Собирают в пластиковые мешки и радуются, что сегодня будет хороший кариль. Говорят, что по вкусу гафаньоты похожи на куриное мясо. На местном базаре их уже продают по цене 3 метикала (1 доллар – 27,53 мт.) за 250-граммовую банку.

Конечно, завтра от большого количества потреблённых протеинов многие придут на приём с диареей.

На этом фоне вызывает недоумение новость, сообщенная только что по ТВ: ассоциация *Африкультиориси* из-за отсутствия спроса уничтожает по 60 тысяч цыплят партия за партией. Если кризис продолжится, 90 тысяч мозамбиканцев могут остаться без работы. Но как можно преодолеть кризис, если в это же самое время страна импортирует *франгу* (кур) из Бразилии, где они якобы значительно дешевле. А не потому ли они так дешёвы, что не прошли санконтроль и проверку на содержание гормонов и антибиотиков? И не лучше ли вместо умерщвления здоровых цыплят, организовать их продажу по цене ниже бразильской или даже просто раздать бесплатно в виде гуманитарной помощи беднейшим слоям населения? Зачем всякий раз просить эту помощь на стороне?

Кажется, я делаю для себя открытие. Все мои попытки добиться справедливости в отношении зарплаты иностранных врачей-специалистов, работающих в провинции Нампула на контракту «Модель В» остаются безуспешными. Провожу очередное расследование и получаю очень интересную информацию. В МЗ позвонили наши коллеги врачи из Москвы и спросили, какая

здесь зарплата у иностранных врачей-специалистов. И получили ответ: 1800 долларов. Это, по-видимому, 1300 долларов зарплата и 500 долларов квартирных. Так почему же нам недоплачивают по 300 долларов ежемесячно? Вразумительного ответа нет. Когда вернусь в Нампулу, запишусь на приём к губернатору, а затем отдам всю информацию в их комитет по борьбе с коррупцией. На 28.10.09 назначены выборы президента, может, в связи с этим чиновники МЗ, хотя бы на время, захотят выглядеть честными? Очень сомневаюсь, но всё-таки...

Сегодня 28.04.09. Накануне местный рыбак сообщил, что его друга вечером во время рыбалки утащил крокодил. На следующий день пропавшего рыбака обнаружили бездыханным в... объятиях крокодила. Это произошло на нашей территории, где протекает маленькая речушка. Повреждения у жертвы незначительные, лишь укусы на руках и ногах. Видимо крокодил был не голоден. Крокодила поймали и увезли на виллу, длина его более 3-х метров. Ходят слухи, что курандейру будут использовать его для *фетисса* (колдовства).

Правительство Мозамбика объявило, что продаст более 100 тысяч крокодилов. По-видимому, отменят и запрет на их охоту. Этих опасных тварей развелось слишком много. Дошло до того, что из-за нападения крокодилов, люди боятся покидают свои шамбы.

Жаль, что в стране нет производств по переработке ценной крокодиловой кожи. Это могла бы быть хорошая статья экспорта. Да и мясо крокодила считается чуть ли не деликатесом. Биф из него в баре в Манике, как я уже писала, стоит весьма дорого.

Не думала, что самым опасным животным, от которого погибает больше всего людей в мире, является гиппопотам. С виду довольно мирные, они на самом деле могут быть очень агрессивными. Чаще всего от них страдают рыбаки и те, кто работает на машамбах (в полях). В реке Замбези их много, из воды торчат только носы. В прошлом году пришлось убить одного, повадивше-

гося вытапывать сельхозугодья. Его трёхтонную тушу разделявали на куски прямо у берега в воде. Местное население, правда, не все, употребляют мясо бегемота в пищу.

Снова какие-то укусы насекомых, вызывающие образование буллёзной красной сыпи, узелков с сильнейшим зудом. Пострадала и я, у меня на коже в области грудины красное, вспухшее пятно, где-то 10x7 см. Чешется неимоверно. Уже сделала себе укол преднизолона внутримышечно, так как внутривенно сделать некому. Уже 8-й день мажу гидрокортизон, пью цетиризин по 10 мг., но эффект небольшой.

У других пострадавших состояние лучше, они начали лечение сразу же, а не ждали, как я, авось само пройдёт. И вот результат, на авось рассчитывать нельзя, уж кому-кому, а мне это хорошо известно.

На 1 Мая еду в Нампулу. Выезжаем в 3 часа ночи. Мы первые проезжаем по новому мосту, хотя официально он ещё не открыт. Как здорово, что не надо ждать 7 часов утра, чтобы перебраться на другой берег паромом, который то и дело ломается. Дорога занимает почти 7 часов. Возвращаемся назад 3 мая в полночь. У меня грипп, конечно не свиной, да ещё покусал комар – того и гляди заболею малярией. Это может случиться где-то через 8–14 дней. Лечусь мёдом, соком лимона, принимаю парацетамол и от возможной малярии пью чай с *артемизией ануа* (полынью однолетней). Она, кстати, помогает и при простудных заболеваниях, а по последним данным – и при лечении рака.

Хочу отметить, что насморк, который обычно не проходит ранее 7 дней, уже на 3-й день прекратился, не пройдя все стадии воспаления. Продолжаю пить чай с артемизией.

Остается максимум 2 месяца до окончания контракта. Ещё одно воспоминание об Африке. Общаюсь через e-mail и Скайп с семьёй путешественников Снатенковых. Они сейчас в Марокко. Готовят к выпуску свою книгу о путешествии по африканскому континенту, периодически появляются их дневники в Интернете. Интересные люди. Приглашают в гости.

Замечаю, что в последнее время резко снизился ажиотаж вокруг проблемы СПИДА (наверное, получили миллионы долларов на борьбу). Да и антихолерная кампания приутихла. Но вот количество ВИЧ-инфицированных у меня на приёме растёт. За неделю 5 случаев.

Впервые видела, как рыдал мужчина, у которого выявила ВИЧ-инфекцию. Обычно мозамбиканцы реагируют на это более спокойно. Он португалец, через месяц возвращается в страну. Не знает, как объяснить случившееся жене и детям (их у него двое – 20-ти и 13-ти лет), спрашиваю его, почему же это произошло? Почему не пользовался презервативом? Ответ всегда примерно один и тот же: дважды порвался презерватив. Но я имею информацию, что почему-то именно португальские рабочие чаще других не пользуются презервативами. Вот и в данном случае, виноват не презерватив, а то что слепо доверял партнёрше, она якобы делала тест в Моррумеу, где её отец работает медбратом. А так ли это, кто знает? Для большинства из них, если партнёрша медсестра, преподаватель, студентка, то уже этого достаточно, чтобы им доверять и не пользоваться презервативом. Вот такой уровень сознания у белого человека, европейца. Так что же говорить об африканцах. Информация о том, что здесь среди путан ВИЧ-инфицированных почти 30%, никого не пугает и не останавливает.

Медбрат, работающий в центре, где делают тест на ВИЧ, сказал мне, что из 250 проверяющихся в месяц 50 имеют положительный тест. А иногда из 100 положительных 40.

У нас есть организация «Купона», которой выделили почти 90 тысяч евро на профилактику СПИДа среди рабочих стройки. И вот результат: более 30 инфицированных. Это выявленных, а на самом деле их гораздо больше. Вывод: призывы, лозунги, театральные представления, лекции и беседы активистов помогают мало, ситуация коренным образом не меняется, профилактика себя не оправдывает. Так стоит ли тратить на неё столько долларов? Может лучше пустить их на раннюю диагностику и более

раннее лечение, производство более дешёвых и эффективных препаратов, не дожидаясь снижения CD4-T лимфоцитов до 350?

Сейчас в США призывают делать тест 1 раз в год, и если он положительный, то сразу же начинать приём антиретровирусных препаратов. Там создаются менее токсичные и более эффективные препараты. Видимо и для Африки надо делать то же самое. Но когда это будет? Дождёмся ли?

Вирус свиного гриппа известен ещё с 1976 года, когда из 14 заболевших солдат американской армии один умер, и у него был обнаружен этот тип вируса. Удивительно, как быстро отреагировали на это фармакартели. В аптеках многих стран появилось большое количество противовирусных препаратов: тамофлю, реленза, триазапирин. Заговорили о пандемии свиного гриппа. ВОЗ подтвердил её наличие. Афёра века начала набирать обороты.

В страны, где зарегистрированы случаи свиного гриппа, ВОЗ направляет противовирусные препараты на астрономические суммы. И свиной грипп после их реализации сразу же идёт на убыль. Всё как по нотам. Не странно ли? Кто же стоит за этой «пандемией», фармакартели или ВОЗ? Вряд ли мы об этом узнаем. Тайна за семью печатями.

Кажется, мытарства с 13-й зарплатой приближаются к логическому завершению. Приняли решение платить зарплату в ДПС, выплатить разницу, выплатить 13-ю зарплату за 2006 и 2008 год. Решение принято, но когда оно осуществится не ясно. Завершение четырёхлетней борьбы за справедливость переносится на знаменитое африканское *amanha de manha* (*завтра утром*).

А мы с мужем чуть не уехали работать в район, а потом, взвесив все за и против, решили, что не стоит. Будем готовиться к отпуску. Мне осталось проработать на «стройке века» менее двух месяцев. Уже уволена почти половина местных рабочих, уезжают и португальцы.

На эсталеиро снова появилась большая кобра. Живёт под контейнером. Выползает только ночью и очень пугает обитателей ближайших домиков.

Торжественное открытие моста планируется на июль, конкретная дата всё время меняется. Сломалась машина, которая делает щебёнку, так что сроки снова будут переноситься. Уже 21 мая, но продолжают дожди. Может потому, что начались поздно. Природа возвращает долги. Река ведёт себя спокойно, появилось больше рыбацких лодок. Мост смотрится великолепно – лёгкий, стройный, изящный. Он словно бы соединяет берег прошлого с берегом будущего. «Стройка века» обретает для меня символический смысл – переправа времён.

В это воскресенье, 24.05.09, побывала в историческом месте, называется Шупанга (SHUPANGA). Там на старинном кладбище, на территории католической миссии находится могила Марии Моффат-Ливингстон. Она жена Давида Ливингстона – шотландского путешественника и миссионера, врача, учёного, писателя и дочь его друга миссионера Роберта Моффата. Ливингстон – первый белый, который в тяжелейших условиях исследовал Южную и Центральную Африку. Он открыл самый большой водопад в мире и назвал его именем правящей тогда английской королевы Виктории. Открыл в 1851 году и исследовал реку Замбези, ту самую, на которой сейчас возводится наш мост, открыл озеро Танганьика, исследовал озеро Ньяса и много других озёр и рек, первым прошёл от Индийского океана до Атлантического (от Келимане до Луанды). Побывал и описал пороги Кахора Баса (что значит «прерви работу»), города Тете и Келимане, исследовал пустыню Калахари.

Очень интересны его описания обычаев и привычек различных племён, населяющих те места, где он проходил со своей экспедицией. Похоже, что многое из подмеченного им сохранилось до сих пор: многожёнство, лень, отношение к воровству, как к чему-то само собой разумеющемуся, ожидание и требование мзды за любую оказанную услугу. Издавна местные племена выращивали маниоку (мандиоку), рис, кукурузу, просо, хлопок, сахарный тростник. Торговля – натуральный обмен. Кроме продуктов питания, менялась слоновая кость. Ливингстон прошёл более 50 тысяч

км по Африканскому континенту, провёл в Африке 30 лет, умер в 1873 году от малярии в возрасте 60 лет в посёлке Читамбо (что в нынешней Замбии), недалеко от открытого им озера Бангвеулу. Темнокожие друзья путешественника подвергли его тело бальзамированию солью и высушили на солнце, а затем несли почти 9 месяцев, преодолев более 1500 км, до океанического побережья, откуда его отправили в Англию, и он был похоронен на кладбище, где хоронят королей и выдающихся людей.

Его сердце верные слуги похоронили вблизи открытого им озера. Ливингстон официально считался миссионером, хотя в христианскую веру он обратил всего одного человека. Население мало интересовало его проповеди.

Давид Ливингстон был первым английским консулом в Келимане.

Но вернусь к посещению Шупанги. Там, на берегу реки Замбези, стоит хорошо сохранившийся дом, где в 1862 году, в возрасте 41 года умерла от лихорадки Мария Моффат-Ливингстон. А ранее, в 1826 году, в этом же доме от этой же болезни умер Киркпатрик, участник топографической экспедиции капитана Оуэна. По описанию похоронены они в 100 ярдах к востоку от дома под большим баобабом. Этого баобаба мы почему-то не нашли. Но зато около дома есть манговое дерево, а по описанию перед домом был манговый сад. Мы сфотографировали могилу, кладбище, церковь, дорогу через великолепный лес с множеством птиц и обезьян.

В лесу растёт чёрное дерево, железное, каучуковое, мокунду-кунду, из которого раньше делали корабельные мачты, его же местные жители используют как действенное средство от малярии. Встречается много калюмбы, о которой я уже писала, ценное дерево гунда, достигающее огромных размеров (из него делают большие каноэ, которые могут перевозить до 3-4 тонн груза). Для лечения малярии во времена Ливингстона использовали хинин, ялапу (рвотный корень), каломель (обладает слабительным, дезинфицирующим и желчегонным свойством), ревень (тоже сла-

бительное). Для лечения ран применялся смоченный порошок малахита.

В те времена было много мух це-це, вызывающих сонную болезнь – гибли и люди и домашние животные. В настоящее время эта болезнь здесь не встречается, хотя мухи есть, промежуточный хозяин (животные) тоже есть, но нет больных.

Очень долго искала информацию о корне *калюмбы*, водный настой которой употребляют в Нампуле. Считается, что он тонизирует и предохраняет от малярии. По моим наблюдениям, тонизирует – это точно, а вот от малярии не спасает. Пример тому мой коллега, доктор Ю-й, который её пьёт, но болеет малярией каждый год, и он же отмечает её тонизирующее свойство. А вот что пишут о каломбе в Интернете: научное название *Jatropha palmata*, медицинские показания – заболевания ЖКТ, дизентерия, диарея, анемия, общая слабость, анорексия, отсутствие аппетита, кишечный паразитоз, температура, бронхит, гипертония, импотенция, тошнота и рвота у беременных, атония кишечника, цинга и др. Противопоказаний нет.

Способ употребления, учитывая, что здесь есть только корень, следующий: 15 гр. корня залить 300 мл воды, настаивать 30 минут, принимать по половине кофейной чашечки до еды, 3-5 раз в день. Настой бледно-жёлтого цвета, довольно горький. Сам корень тоже светло-жёлтый, толщиной около 5-6 см. В Нампулу его привозят из соседней провинции Кабу-Делгад, но я думаю, что он есть и в Нампуле. А принимают они его по 1 чашке утром до еды.

Совершенно случайно обнаружила, что около Шимуара, это на левом берегу реки, есть дерево *марула*, из которого готовят знаменитый ликёр «Амарула». Дерево высотой почти 20 метров, с большой кроной, вокруг всё усыпано опавшими плодами, вернее тем, что от них осталось – это твёрдые, как камень, похожие на грецкий орех, но поменьше, семена с тремя глазками. Внутри есть ядра. По описанию зрелые плоды имеют тонкую, жёлтую кожуру и белую мякоть, богатую витамином С, которого в маруле в 8 раз больше, чем в апельсине. Мякоть терпкая, сочная, но имеет

сильный запах скипидара. Её можно есть в свежем виде или использовать для приготовления желе, соков и алкогольных напитков. Ядра семян богаты белками и жирами, могут употребляться в пищу и используются как сырьё для получения масла. Это дерево ещё называют «свадебным», «пьяным» и «слоновым» из-за того, что его очень любят слоны. А пьяным из-за того, что плод содержит много сахара и, упав на землю, очень быстро начинает ферментировать, и животные, поедая его, пьянеют и становятся очень возбуждёнными и весёлыми. Так что марула повышает настроение животного мира Африки, а не только людей, любителей знаменитого ликёра.

Сегодня в ТВ-новостях показали, что транспорт в Келимане вынужден двигаться по тротуарам вместе с пешеходами, ибо дороги разбиты вконец. Как можно довести улицы крупного провинциального города до такого состояния? Правда, несколько дней назад сообщили, что выделено 20 миллионов долларов для восстановления 20 км дорог. Сомневаюсь, что восстановят 20 км. Хорошо, если половину. Остальное уплывёт в никуда через разрушенные и нефункционирующие водостоки. Уже через 4 дня в новостях сообщили, что реально имеется только 16 миллионов долларов. А где ещё 4 миллиона, если работы даже не начинались? Уже «уплыли»?

Проходят поездки по стране президента, связанные с предстоящими выборами 28 октября 2009 года. Мне очень понравилось его выступление в одном районном центре. Президент сказал, что страна, имеющая такие природные богатства, не должна, не имеет права быть бедной. Но почему же таковой она является по факту? Главная причина, на мой взгляд, – отсутствие стойкой привычки трудиться. Почему-то у значительной части населения сложилось мнение, что всё, что нужно для жизни, им должно предоставить правительство. А где всё это возьмёт правительство, если вы не хотите работать? Сколько можно без конца просить и просить?! Пора менять психологию потребителя *донативы* (дотаций, гуманитарной помощи). Сегодня улицы городов забиты слоняющимися

ся молодыми людьми, считающими себя *негосиантами* (торговца-ми), хотя добрая половина из них – откровенные воришки.

Периодически появляются сообщения о торговле органами (чаще гениталиями), якобы для колдунов. Прошёл судебный процесс о продаже девушек в ЮАР для сферы сексуальных услуг. Сообщили о том, что более 20 детей вывезли из провинции Тете якобы для изучения ислама. Что с ними стало дальше, никто не знает.

Несколько лет назад в Нампуле убили монахиню из Бразилии. Связали это убийство с ограблением. Но вот грабить-то у неё было нечего. Другая, неофициальная, версия гласит, что убийство связано с тем, что недалеко от того места, где располагалась миссия, обнаружили кладбище, где захоронены в основном дети, у которых изъяты внутренности. Рядом обнаружили площадку для вертолётa. За этим случаем последовало заявление ещё одной монахини из Бразилии, Ирмы (сестры религиозной общины, возглавляемой Марией) о том, что идёт торговля органами для пересадки. Марию выгнали из страны. Всё затихло.

Так торгуют или нет человеческими органами в Мозамбике? Без сомнения, да. Интересно бы знать, сколько делают пересадок органов в ЮАР?

Изнасилованием детей здесь никого не удивишь. Последний дикий случай, когда 53-й мужчина изнасиловал 10-летнюю внучку. Его спрашивают, почему ты это сделал, и ответ: жена долго не возвращалась с машамбы (с поля) и я не выдержал. Как вам такой ответ? А когда родной отец насилует несовершеннолетнюю дочь? А что вы хотите, если даже падре может быть педофилом! И это не только в Африке.

Торгуют детьми через всевозможные агентства, называя это усыновлением, а на самом деле это преступный бизнес. Кто скажет, что происходит с усыновлёнными? Сколько их погубило насильственной смертью? У скольких оказались изъяты органы? Да никто. Этими страшными вопросами власти предпочитают не задаваться. Делают вид, что их нет, что они выдуманы. Но они есть! И своим замалчиванием вы невольно помогаете упырям и извергам.

Остаётся один месяц до окончания моего контракта. Мост уже построен. Уезжают португальские специалисты и рабочие, увольняют мозамбиканских рабочих, они пополняют армию безработных. Многие мозамбиканцы приобрели здесь профессию, получили сертификат. Это поможет им в будущем устроиться на хорошую работу. В стране много всевозможных строительных программ. Да и наша строительная компания Mota-Enjil. Soares de Costa собирается строить ещё один мост через реку Замбези в соседней провинции Тете. Так говорят. Посмотрим.

Закончила читать роман мозамбиканского автора Паулины Чизиане «История многожёнства» (Paulina Chiziane-Niketché. Uma historia de poligamia). Роман переведен на английский, французский, испанский, итальянский и немецкий языки. Очень жаль, что пока нет перевода на русский. «История многожёнства» это буквальный перевод. Возможны варианты: «Философия измен», «В плену вождений», «Разменная любовь», «Приговорённая полигамией». Я бы рекомендовала прочитать этот роман всем девушкам, выходящим замуж за мозамбиканцев. Очень познавательная книга об особенностях и представлениях местных жителей мужского пола о браке, семье и любви. Прочитав её, думаю, многие бы призадумались, а стоит ли связывать свою жизнь с человеком столь «широких» взглядов. Впрочем, посмотрев, как ведут себя португальские рабочие и специалисты, я, справедливости ради, не могу не сказать, что не вижу большой разницы между ними и мозамбиканцами. Кто у кого перенял обычаи неверности и распутства трудно сказать. За три года строительства моста у местных женщин уже родилось пятеро детей от португальцев. А сколько их в Кайе и Шимуаре, в Келимане и Бейре, в Шимойе и Мапуто никто не знает.

Проходит последняя Ассамблея Республики перед президентскими выборами. Страна развивается. В каких-то областях быстро, а в каких-то очень медленно, с пробуксовками. Влияния оппозиции на жизнь в стране почти не ощущается. РЕНАМО напоминает о своём существовании только накануне очередной вы-

борной компании, а в остальное время её практически не видно и не слышно. Тогда зачем она нужна? Вместо того, чтобы разбудить дремлющую власть и общество, держать их в тонусе, она сама спит и усыпляет всё и вся вокруг. Иногда спрашиваю население, в так называемой зоне влияния РЕНАМО, а что сделано для улучшения вашей жизни? В ответ – тишина. Если переводить с «языка тишины», это означает – НИЧЕГО.

Последний месяц моей работы. На стройке осталось около 100 человек. На приёме ежедневно по 5-6 человек. Каждую неделю уезжают португальские специалисты. Работа тормозится отсутствием щёбенки, опять сломались обе машины. Одним надо быстрее закончить стройку, а другим как можно дольше иметь работу. Вот всё и ломается. И воровать стали больше. Ведь надо успеть! Как можно ночью при 6 охранниках незаметно украсть 1000 литров дизельного топлива?! Можно, если вступить в сговор, а потом поделиться.

И снова о СПИДе на стройке. Красиво оформленные стенды с предупреждениями, как и выделение 90 тысяч евро на профилактику, о которых я уже писала, увы, не решили проблемы ВИЧ-инфицирования. Только у меня на приёме поставлен и подтверждён этот диагноз у 30 человек, из них 4 португальца. С подозрением ещё человек 5, которые не хотят делать тест. Спрашиваю: «Почему занимался сексом без презерватива?» Дежурный ответ: «Партнёрша сказала, что у неё нет СПИДа». И это ответ европейца, умеющего писать и читать. Что же ждать от неграмотных, которых тут хватает?

В Нампуле, похоже, наконец, достроят пивоваренный завод. Открытие намечено на октябрь этого года. Работу получают 300 человек. При заводе откроют здравпункт для рабочих, нужен будет врач. Собираюсь поучаствовать в конкурсе.

Есть и другое предложение: поработать в программе ТАРВ (антиретровирусное лечение) в одном из районов провинции Замбези. Там же есть работа и для моего мужа, акушер-гинеколога. Он будет единственным врачом-специалистом на 345 тысяч

населения. Это, конечно, чудовищная нагрузка, работа 24 часа в сутки, 30 дней в месяц, нет ни суббот, ни воскресений, но такая у него профессия. Да ещё и соседние районы без акушер-гинекологов и вся патология и urgentная помощь (операции) ляжет на него. А посему пока думаем. Кажется, пора вспомнить о возрасте и вовремя остановиться.

Сообщили дату открытия моста – 10 июля. Сообщили и тут же отменили. Мой отъезд будет зависеть от шведского инспектора, который вернётся из отпуска только 17.06.09. Учитывая уровень медицинского обслуживания в здравпункте, они боятся остаться без врача даже на 10 дней – а вдруг опять произойдёт что-то непредвиденное. Поэтому мой отпуск переносится на неопределённый срок.

Кажется, в этой жизни я многого добила, многое успела: построила дом, посадила целую рощу деревьев, вырастила дочь, имею внуков, помогла сотням и сотням, если не тысячам, больных, имею верных друзей. Уже можно отдыхать со спокойной совестью. Но почему-то становится грустно. Мы с мужем, привыкшие всю жизнь работать, не представляем себе жизнь пенсионеров. Да, «выходит возраст наш на линию огня», вернее, он уже давно на эту линию вышел. И уже многие из нас её пересекли и назад не вернулись... Но в отпущенное нам судьбой время всё равно надо чем-то заниматься, каким-то нужным и полезным делом. Надеюсь, что-то придумаем...

Получила хорошее сообщение: с мая месяца в госпитале будут платить зарплату, как и положено, 49.000 мт. Обещают выплатить и 13-тую за 2006 и 2008 годы. Под вопросом кто выплатит неустойку за 10 месяцев. Ежемесячно нам недоплачивали по 300 долларов. Для пяти врачей общая сумма составляет 15000 долларов, а по всей стране, не считая 13-ой зарплаты, это более 30.000 долларов. Большая заслуга в положительном разрешении всех этих проблем принадлежит шефу отдела кадров ДПС доктору Изауре. Такого разумного, энергичного и непредвзятого шефа не было все эти 20 лет. Но даже ей решить вопрос неустойки за

10 месяцев (помимо выплаты 13-ой) может оказаться не под силу. Министерство здравоохранения – непробиваемая стена. Я бы даже сказала, это крепость, построенная из глыб коррупции сцементированных беззаконием и безнаказанностью.

Интересно, а *доадоры* (спонсоры, финансовые доноры), которые дают деньги на контракты иностранных врачей, работающих с огромной нагрузкой в отдалённых провинциальных госпиталях, знают об их мизерной зарплате? Не думаю. В их собственных странах не найти ни одного специалиста с такой нищенской зарплатой. Спонсорская поддержка даёт 60% бюджета МЗ. Это огромная помощь. Но как ею распоряжаются дарителя почему-то не особенно интересует. Вот и строятся для чиновников в бедных странах роскошные особняки с джакузи. Вот и проводятся ежегодные далеко не всегда нужные ремонты в столичных госпиталях при отсутствии в глухой провинции даже маленьких здравпунктов. Где, как не на этих дорогостоящих ремонтах, можно быстро обогатиться лично. Прекрасная страна Мозамбик! Прекрасна Африка! Но они, к сожалению, прекрасны и для воровства и злоупотреблений. Давайте смотреть правде в глаза.

И так, я должна работать до 10 июля 2009 года, до дня официального открытия моста. Планирую уехать 11.07.09. Решения, где будем жить и работать дальше, ещё не приняли. А надо. Надо что-то чему-то предпочесть...

Открытие моста снова откладывается по неизвестным причинам, хотя мост готов. Но я уеду 11.07.09. И вот стала известна окончательная дата открытия – 1 августа. Известно даже чьё имя он будет носить. Решение более чем «неожиданное» – мост имени действующего президента Эмилиу Арманду Гебузы, очередные перевыборы которого назначены на 28.10.09. Кто бы мог подумать! Кто бы мог догадаться! Удивительное – рядом.

Мост стоил 78 миллионов евро, имеет 2 полосы движения, 36 опор, из которых 29 па суше и 6 на воде. Длина моста 2376 м, из них 1666 м приходятся на сушу, остальные 710 м – над водой.

И ещё одна новость: в Нампуле снова начала работать текстильная фабрика «Тексмок». Её новые хозяева – танзанийцы.

Ещё раньше у них в городе был магазин, где продавали капуланы. Так вот, ANE, отвечающая за строительство моста со стороны Мозамбика и за церемонию открытия, уже заказала 100.000 капуланов. Вот такая бедная страна. Официально приглашённых на открытие более 1000 человек, и ещё придёт всё местное население.

На двух берегах реки ждут переправы более 50 большегрузных машин.

Я же сегодня снова побывала в районном центре Моррумбала. Возможно, в конце августа мы приедем сюда работать.

В этом году период дождей запоздал и потому дожди продолжают идти и в июне и в июле. Довольно прохладно, ночью всего лишь +19 градусов.

Ещё много воспоминаний осталось ненаписанных. «Видно в этой жизни запоздалой, что-то неразгаданное есть...» Возможно, в дальнейшем я буду писать в блог.

А 23.07.09 исполнился 21 год моей работы в Мозамбике. Горжусь, что приняла участие в строительстве моста через Замбези – третью по величине (после Конго и Нила) реку Африки. Это самая большая стройка в Мозамбике за послевоенные годы, а возможно, и не только за послевоенные.

И так, 11.07.09 я возвращаюсь в Нампулу. В городе адаптируюсь с трудом. За 2,5 года отвыкла от такого количества транспорта и празднующихся людей. Все тротуары заняты уличными торговцами. Перед входом в наш дом целый базар, и в полдень на входных ступеньках разыгрывается шумный спектакль – вопли, крики, хлопанье, одобрительные возгласы... Так выражается восторг от появления очередного «клоуна» – пьяного или обкуренного. Возможности отдохнуть нет. Никакие просьбы вести себя потише не помогают. Считается, что это их обычаи, их культура, а значит уважать других, или даже просто брать во внимание, что другие существуют и им длящееся часами шумное представление может помешать, не надо. И ничего тут не поделаешь. Как говорится, в чужой монастырь со своим уставом не ходят. Мне приходится заново привыкать жить в большом городе с его ритмами, звуками, с его укладом и распорядком, комфортом и дискомфортом.

В конце июля уезжаем в отпуск – Англия, Санкт-Петербург и Москва.

В Англии проводим неделю с дочерью Татьяной и внуками Ольгой-Александрой и Джоном. Затем улетаем в Санкт-Петербург. Это последняя встреча, а точнее прощание с моей первой и любимой племянницей Ириной. О ней я уже писала. То, что я увидела, привело меня в ужас. Ещё более шокировал её рассказ о том, что с ней произошло за последние 3 месяца.

Вот эта история. Как я уже писала, ей были введены микрошферы в печень, была очень тяжёлая реакция. Но я думаю, что именно этот метод остановил прогрессирование и рост метастазов в печени. Кто-то посоветовал ей проконсультироваться у экстрасенса и целительницы, живущей в Карелии. Проконсультировалась и получила от неё совет выжечь метастазы из печени с помощью диеты. Диета предельно простая: приготовленная на воде гречневая каша (употреблять в течении 45 дней); 1 столовая ложка мёда два раза в неделю; вода. Всё. Результат – похудела на 14 кг, начался асцит. Новых метастазов в печени не появилось, имеющиеся не увеличились. Уже почти 7 месяцев идёт борьба с асцитом и присоединившимся плевритом. Продолжает жить благодаря оптимизму. Ещё и работает. Думаю, что от такой диеты и здоровый станет больным. Но утопающий хватается и за соломинку. Что случилось, то случилось. Надежда умирает последней. Но у меня этой надежды больше нет.

Возвращались из Санкт-Петербурга в Москву машиной. Впечатления от дороги – на всю жизнь: сосновые леса, деревни, деревни... Милые сердцу родные просторы.

Из Москвы в Мозамбик прибыли 30 августа. От предложения вернуться в госпиталь отказалась. Поступило предложение занять должность преподавателя анатомии в местном медицинском Университете Луриу и консультировать больных в частной клинике. Учебный год в университете начинается в феврале. Есть ещё время подумать.

Такие ливневые дожди и грозы, как сейчас в Мозамбике, мы видели только в Анголе. Стоит сильная жара. Зато значительно

меньше комаров. Я это связываю с тем, что комары не успевают, как обычно, развиваться в тихих заводях – их просто сносит бурными потоками воды. А может, есть и другая причина.

Ещё одну победу в борьбе за справедливость я одержала. Выплатили 13-ю зарплату всем работающим в госпитале, но только за 2009 год. Министр остался прежний, директор отдела кадров МЗ новый. Оба побывали здесь прямо накануне католического Рождества. Встретиться с нами не захотели. Попросили отдел кадров госпиталя изложить наши претензии (правильнее их было бы назвать – законные требования). В результате Провинциального директора убрали. Что будет дальше, пока не знаем. Ждём решения МЗ.

Снова обошла всех чиновников, в чьей власти повлиять на сложившуюся ситуацию. Это директор госпиталя, провинциальный директор, губернатор и его постоянный секретарь, кабинет по борьбе с коррупцией, провинциальный прокурор и помощник прокурора республики. О многократных обращениях в МЗ я уже не говорю. Всем объясняю: мы ведь не требуем повышения зарплаты (хотя за последние годы местным врачам её неоднократно повышали, и она уже не отличается от зарплаты иностранного специалиста), платите хотя бы то, что положено по закону. Не попирайте наши законные права, не игнорируйте наши законные требования. Неужели мы, проработавшие в Мозамбике по 15-20 лет, спасшие тысячи жизней ваших граждан, всего лишь бесправные гастарбайтеры? Получается, что так.

Последнее наше ходатайство передано в *Трибунал Административу*, который должен контролировать подписанные контракты. Прошло более месяца. Ответа нет. Остаётся обратиться в оппозиционную прессу, хотя делать этого не хочется. Лично я прессе не доверяю. Ведь в большинстве своём СМИ не служат народу, а прислуживают своим владельцам, своим хозяевам. Но терять нечего, нас осталось всего 5 человек. Из них в госпитале 4 специалиста. Уехал досрочно хирург и единственный дерматолог на весь север страны. Скоро уедут врачи травматолог и невропа-

толог и, по всей видимости, не вернутся – серьёзные проблемы со здоровьем. Так заканчивается пребывание наших специалистов в Мозамбике. Нас откровенно выдавливают. Горько! Ведь мы приехали сюда в самое тяжёлое время, когда в госпитале, включая директора госпиталя и клинического директора, насчитывалось всего 14 врачей. Сейчас их более 80. Это кубинцы, корейцы, вьетнамцы... Врачей стало значительно больше, но улучшилось ли обслуживание больных? Сомневаюсь. Часто подготовка приезжающих оставляет желать много лучшего. Вьетнамцы, например, – без знания языка. Кубинцы, говорящие на испанском, тоже не утруждают себя изучением португальского, считают это излишним. А больные их понимают с трудом и далеко не всегда. Очень многие приехали без знания патологии. И никому до этого нет дела. Лечебный процесс в госпитале никто не контролирует. Те же кубинцы, работающие здесь как специалисты, в действительности в основном семейные врачи. И Мозамбик для них, как сказал мой коллега, полигон для приобретения практики, в том числе и хирургической.

А я снова стала студенткой, как почти 50 лет назад. Воскрешаю в памяти знания анатомии, которую учила на 1-ом курсе. Это, я вам скажу, нелегко. Хотя в своё время имела в зачётке «отлично». Хорошо, что буду вести курс оптометрии. Базовые знания у моих студентов очень слабые. Преподаватели, в основном кубинцы, общаются на испанском и считают, что студенты их понимают. Убедилась, что это не так. Большинство учебников тоже на испанском. Нахожу в Интернете материал на русском, перевожу на португальский. Мне приходится заниматься больше, чем моим студентам. Первый семестр заканчивается в начале июня. Соглашусь ли продлевать контракт, ещё не решила. Но и сидеть без дела не интересно.

Из 26 студентов только двое будут сдавать экзамен. Остальные по письменным тестам от экзаменов освобождаются. Эти двое экзамен сдали. Решила продлить контракт преподавателя. Думаю, сейчас уже будет легче. Есть наработанный материал и на русском и на португальском языках.

Появилась возможность работать по специальности в военном госпитале. Вопрос пока решается. Есть ещё один неплохой вариант. Но пока загадывать не буду. Боюсь сглазить.

Победа! Борьба за справедливость длилась ровно пять лет. Как я писала ранее, вопрос выплаты 13-й зарплаты должен решаться в провинции. Так и вышло. Нам повезло. Приехал новый постоянный секретарь губернатора, финансист по образованию и вообще толковый, умный и внимательный к проблемам людей представитель власти. По 13-й зарплате выплатят задолженность за все 3-4 года всем. Выходит, справедливости можно добиться и в Мозамбике!

Этот успех заставляет идти дальше. Потому что нерешённым остаётся вопрос ежемесячной недоплаты по контракту 2009–2010 годов. В сумме каждому не доплатили более 7000 долларов! Наша рекламация, отправленная прокурору республики, пока остаётся без ответа. А недоплата уже превышает 400 долларов в месяц! Платишь за квартиру, и зарплата становится на 400 долларов меньше той, что предусмотрена контрактом. И в самом контракте, где долларовая зарплата должна пересчитываться и выдаваться в метикалах, заложена коррупционная составляющая, связанная с постоянно меняющимся и произвольно устанавливаемым администрацией обменным курсом доллара. Эта коррупционная схема рассчитана на неграмотность контрактируемых или уверенность власть имущих, что никто с ними спорить не будет, все будут молчать. Но молчать будут не все. Я не буду, даже если окажусь в одиночестве. И один в поле воин. Друзья-мозамбиканцы, глядя на мои сражения с чиновниками, называют меня *Лутадора (Борец)*, а для дирекции МЗ я *Конфлитуоза (Конфликтная)*.

Хочу быть правильно понятой. Скорее всего, я уже утомила читателей подробностями и многократными возвращениями к «делам» о 13-зарплате, недоплатах и неграмотных контрактах, по которым нам приходится работать. В описаниях перипетий моей борьбы я, кажется, слишком увлеклась и не сказала главного. Сделаю это сейчас. Для меня все эти «бои» и «стычки» по подсче-

ту и пересчёту долларов и меткалов, это в первую очередь и главным образом борьба не за деньги, а за ПРАВДУ. Я не хочу быть обманутой. Потому что для меня быть обманутой, значит быть униженной. Обман меня оскорбляет. Я не хочу потерять уважение к самой себе. А, кроме того, полжизни прожив в Африке, я поняла: позвольте себя обмануть, разрешите себе закрыть глаза на творящуюся по отношению к вам несправедливость, сразу же дадите понять, что так с вами можно поступать всегда. Обманывать и унижать вас быстро войдёт в привычку. Станет своего рода обычаем. КОСТУМИ. А костюми нарушать нельзя. Обычаи и привычки здесь берегутся и охраняются как едва ли не национальное достояние. Это очень важно уразуметь и запомнить не только нам, конкретным личностям, выходцам из бывшего СССР, но и послам и посольствам тех государств, гражданами которых мы теперь являемся. Всё что я описала, касается не только и не столько меня и моих коллег, интересы которых я отстаиваю. Точно такая же практика ловкачества и обьегоривания уже во многом сложилась и в отношении наших государств, много и щедро помогавших (и по сей день помогающих) Мозамбику. Дипработники, государственные мужи, не миритесь с этим! Требуйте к себе уважения. К себе и к своим гражданам. Мы достойны этого.

Уже осень, прохладно. Я отметила 23 года пребывания в Мозамбике. В конце июля едем в отпуск. В госпитале новый директор и новый клинический директор. Бывший директор назначена вице-министром МЗ.

Стоимость жизни растёт с ростом цен на топливо. Но все как-то выкручиваются, не очень ропшут. Свыклись и с криминалом, и с коррупцией. Воспринимают их данность, как неизбежность. Такова здесь жизнь. И разве только здесь?

Я в психологическом шоке. В начале апреля у меня была встреча с помощником прокурора республики, где я ему рассказала о беспределе, творящемся с зарплатой врачей госпиталя с июня 2009 года. Передала через него нашу рекламация на имя прокурора республики с просьбой восстановить справедливость.

Пообещал. Прошло более 3-х месяцев – ни ответа, ни привета. С большим трудом узнала его телефон. Звоню. И, о, ужас, он оказывается ничего уже и не помнит. Наши документы не зарегистрировал и, по всей видимости, просто потерял. Однако! Иду на приём к прокурору провинции и рассказываю всю эту историю. Прошу его позвонить помпрокурора. Вижу ужас в его глазах. У них не принято беспокоить вышестоящих. Набираю номер сама и говорю, что я в кабинете у прокурора провинции в шоковом состоянии и хотела бы разобраться со случившемся. У меня есть дубликаты пропавших документов и, хотя для первого лица необходимы оригиналы, я передам вам копии, а один оригинал приберегу для комиссии по жалобам при Ассамблее Республики.

Там, конечно, жалоб и так предостаточно. Но нам тоже терять нечего. Сегодня 8 июля 2010 года. Зарплата вместе с квартплатой меньше 1120долларов, а не 1800, как было обещано. Решать эту проблему на уровне провинции бесполезно. Надо менять контракты, а это возможно только на уровне МЗ. Но наш министр неприкасаемый. Министерство не подлежит финансовому контролю и проверке, контракты не направляются в *Трибунал Административу*, который должен подтверждать их соответствие действующим в стране законам. Получается, защищать нас не кому. Мы действительно гастарбайтеры. Контракты изначально составлены в угоду МЗ, а не в пользу контрагуемых врачей. У наших чиновников при посольстве, составлявших эти контракты, зарплаты были в разы больше чем у врачей, подвергающих свою жизнь и здоровье опасности. Да и знанием законов страны пребывания эти функционеры себя не утруждали. Вот и получилось, что врачей из Кубы, Вьетнама, Китая и КНДР уважают куда больше, чем нас, несмотря на их чаще всего малый опыт, незнание языка и паталогии.

Из сказанного вывод: спасение утопающих дело рук самих утопающих.

В госпитале поменялось руководство – новый главврач и новый клинический директор. Бывший главврач стала замести-

телем министра здравоохранения. Единственное, что не меняется, это отношение к больным. Многочасовые очереди на приём, многомесячные – на операции. А как же без них? Кто же тогда согласится на частные дорогостоящие операции и приёмы к тем же самым врачам, которые бывают в госпитале от силы 3-4 часа в день. Мозамбиканцы очень терпеливый народ.

Узнала новые рецепты лекарств из местных растений. Моя пациентка рассказала, что эти рецепты ей дал медбрат, семья которого много лет занимается траволечением. Так, корень *на-супаты* (*Nassupata*) помогает при СПИДе, поднимает иммунитет. А корень *барвинка белого* пьют при диабете, *корень хлопчатника* сокращает мускулатуру матки после родов и его отвар приносят женщинам в роддом. Отвар из осьминого применяют при кори и для поднятия иммунитета. Листья *гуайябы*, *белой акации*, *корень фазового барвинка* эффективны при лечении диареи. Несколько лет назад мне попала книга, изданная МЗ Мозамбика. У них там есть отдел по нетрадиционным способам лечения. Денег на подготовку и издание потрачено, конечно, немало. Но, по сути, эта книга никому не нужна. В ней даются лишь названия трав и местности, где они произрастают. Нет ни рекомендаций по сбору, ни способов приготовления отваров, настоев, мазей, как нет и показаний к применению. Тираж солидный, а пользы пшик. Деньги потрачены впустую. Скорее всего, это один из многочисленных способов их отмывания. «Польза» разве что в этом.

Пора заканчивать мои воспоминания, хотя много их, приходящих бессонными ночами, так и не легло на бумагу.

Идем в отпуск. Оставляю свои мемуарные записки внучке Ольге для перевода на португальский язык. Может быть, кому-то будет интересно познакомиться с мыслями, чувствами, наблюдениями русского врача, отдавшего 30 лет жизни Африке – богатой и нищей, вызывающей восторг и недоумение, архаичной и устремлённой в будущее. Африке как особой цивилизации, пытающейся, сохраняя близость к природе, к своим корням, найти свой путь к высотам образования и культуры.

А я, по-видимому, продолжу свою работу преподавателем в Университете Луриу. Мне есть, что рассказать будущим врачам.

Отпуск прошёл в решении многих проблем, и я убедилась, что в моей стране не меньший беспредел, чем в Мозамбике. Впрочем, той страны, где я родилась и выросла, где получила образование и стала личностью, больше нет. Рожденные в СССР сохранили её только в памяти. Нет, ещё в душе и сердце. В своих мыслях и поступках. В стремлении отстаивать правду и справедливость.

За прошедшее время произошли грустные события, хотя мы их и предвидели. Уехал в отпуск врач-травматолог и его жена врач-невропатолог. Они из Винницы. Разговаривала с ними 20 августа, а 14 сентября Юра умер от кровотечения из пищевода. У него был цирроз печени. Но не думайте, что вследствие малярии, которой он болел бессчётное количество раз. Главной причиной была наша национальная особенность и беда – злоупотребление алкоголем. Правда, спровоцировал тягу к спиртному его шеф, который сам начал лечиться вовремя и сейчас жив, хотя и не может работать в полном объёме. Пусть смерть коллеги и товарища останется на его совести. Сейчас мне (а кому же ещё!) приходится решать проблемы с оставшимися счетами и имуществом покойного.

Ответа от *Трибунала Административу* так и не получили. Помоему, ТА наши бумаги вообще не читает, а просто шлёт стандартный штамп «VISTO», что переводится, как «ВИДЕЛ». Видел, но уж точно не вникал в суть. А там, если разобраться, вскрыются делишки, соприкасаются с которыми себе дороже.

Вопрос о двойном вычете подоходного налога и возврате незаконно высчитанных сумм из наших зарплат мне удалось решить на месте. А вот МЗ, похоже, всё знает, но исправлять свои ошибки не думает. Хотя нет, якобы отправили письмо в Министерство финансов об урегулировании выплаты нашей зарплаты. И наше письмо Прокурору республики тоже принято к расследованию. И ещё очень хорошая новость: освобождён от должности министр здравоохранения. Тот самый Иву Гарриту, что преследовал Павла. Теперь будем ждать перемен.

Да, и у меня новость. Я подписала контракт на работу в военном госпитале по специальности. Жду ответ из ТА.

Стоит сильная жара. На улицу выходить не хочется.

Права русская поговорка «не так живи, как хочется, а так живи, как можется». В военном госпитале не оказалось денег, и мой уже подписанный контракт повис в воздухе. Из-за него я не подписала контракт на полную ставку с Университетом. В госпиталь, куда меня раньше приглашали вернуться, теперь, после моего письма прокурору Республики, вряд ли возьмут. Кто борется за справедливость, остаётся без работы. Это правда. Закон жизни.

Подписываю контракт на полную ставку с Университетом. Четвёртому курсу буду преподавать оториноларингологию на базе госпиталя. В госпитале после моего ухода поменялось 5 врачей. Организация работы – хуже некуда. В неделю всего 2 приёма врача, остальные дни принимает медтехник (фельдшер). И какой! Наглости и жадности у него столько же, сколько и глупости. Да ещё и амбиций сверх меры. Мы со студентами, видите ли, испортили ему бизнес. Он со всех брал и брал неплохо. Приспособился и у нас за спиной, когда проходили занятия, брать у больных, обещая больному обследование врача. Пришлось применять меры. Тогда он заявил, что самые плохие врачи – белые. А что, здесь работал хоть один не белый отоларинголог? Это уже расизм. Неорасизм. Но на дураков сердиться нельзя. Курс прошёл нормально. Студентам понравилось. Хотя часов для практики было очень мало. Убедилась, что мои подопечные совершенно не знают фармакологию. Подзабыли они и анатомию.

Почти год решала проблему с наследством Юры. Здесь такого ещё не было, чтобы деньги, заработанные, но не выплаченные врачу при жизни, после его смерти достались его семье. Пришлось оформлять свидетельство о наследстве, длилась эта катавасия почти год, да ещё и потом Банк чинил разные препятствия. Видите ли, им нужно, чтобы подпись нотариуса в Виннице была заверена мозамбиканским консулом, а консул же только в Москве. Но, кажется, всё приближается к справедливому завершению. Правда,

я решила ещё спросить у дирекции госпиталя, а не положена ли наследникам Юрия, бывшего служащего Мозамбика, выплата субсидии по случаю его смерти. Зарплата за 6 месяцев. Ответили, что «да», положена. Сколько сил понадобится для её получения, право, не знаю и ещё до конца не верю в это «да».

И ещё одна трагическая история, очень странная и непонятная. Она произошла с хирургом из Грузии Валерианом. Человек он был с большими странностями. Но, как говорят, об умерших – только хорошо или ничего. Предпочитаю последнее. Он решил ехать в отпуск. Паспорт просроченный. В Нампуле у него подруга, которая родила от него дочь. Законная жена и дочь уехали от него почти 5 лет назад. С мозамбиканской «женой» отношения тоже не сложились. Но она женщина с Ангоши, а их знают как очень опасных и способных на всё. Он приехал в Мапуто, где ему купили билет до Стамбула туда и обратно, а билет до Батуми он должен был купить уже в Стамбуле. Через 5 дней после отъезда его находят перед госпиталем, без вещей и денег, с потерей памяти. Он рассказывает странную историю о том, что его похитила мафия, били, что-то кололи. Пыталась что-то прояснить в МЗ. Сказали, что контроль в аэропорту он не проходил. Значит, никуда и не улетал. А где же он был целых 5 дней?!

Я работаю за 1000 км от Мапуто. Разбираться в этой странной истории некому. Мне удалось разыскать и вызвать жену Валериана. Попросила положить его в госпиталь. После месячного лечения жена увезла Валериана в Батуми в отпуск. Вернулся он через 3 месяца. Приступил к работе, но работать не смог. Состояние ухудшилось после лечения, предписанного врачом частной клиники нейрохирургом доктором Ж.К. (он же и директор клиники). Из пяти назначенных лекарств только одно показано, другое вызвало ухудшение, а ещё одно показано... беременным. Не удивляйтесь, у этого доктора при клинике аптека и лаборатория. Вот он и предписывает то, что надо больному и не надо. (А в отношении анализов доходит до абсурда. Моей знакомой он назначил 20 биохимических анализов. Когда она спросила

для чего, доктор ответил, что хочет знать о ней всё. Все анализы в норме. Посмотрев их, говорю, что амилаза сделана дважды и из заплаченных почти 5000 мт. (200 долларов) пусть вернёт хотя бы 200 мт. Весь вопрос в том, что реактивы имеют срок годности, да и персоналу надо платить. Вот и назначают 5-8 месячному ребёнку и холестерол, и асиду урику, и урею.)

Жена вновь увезла Валериана в Грузию, там поставили диагноз «болезнь Альцгеймера». 28 ноября он умер.

Очень много странного и неясного во всей этой истории. Я, да и не только я, предполагаю, что тут не обошлось без вмешательства его подруги, и что он никуда из Мапуто не уезжал. Ну а мне снова пришлось заниматься вопросами наследства, продажей земельных участков и переводом денег. Слава Богу, успела всё это до новых правил перевода денег иностранцами.

Продолжаю работать преподавателем в Университете.

Этот год невероятно жаркий. Дожди, очень обильные, начались поздно. Дорога на Шокаш-Мар размыта. 30 км с трудом преодолеваются за час. Каникулы заканчиваются 5 февраля. Начинаю готовить планы занятий. На базе госпиталя будет 180 студентов из Университета и ещё и студенты медучилища. Столпотворение. Ходят слухи, что будет практика на базе госпиталя в Маррере. Раньше такой вариант не рассматривался, так как там лечатся больные с туберкулёзом. Но строительство университетской клиники задерживается, да и где найти врачей для работы в этой клинике, их и сейчас не хватает. Так что университетская клиника это далёкое будущее, почти иллюзорная розовая мечта.

Ничего не писала больше года. Занималась делами Валериана и Юры. Земельный участок с недостроенным домом Валериана продавала более года. Всё продала и деньги перевела жене и дочери. Как я уже писала, решила попытаться получить субсидию по смерти Юрия. Написала ходатайство. Вопрос решался более года. До конца не верила, что получу. У них впервые просят субсидию для умершего специалиста-иностранца. А ведь до этого умерло (по крайней мере, мне известно) три врача (хирург, офтальмолог, педиатр).

Как важно знать законы страны, где живёшь и работаешь! Те, кто заключал межправительственные контракты в прежние времена, этих законов не знали и знать не хотели. А зачем? Они припеваючи жили в столице: зарплата была по 2,5 тысячи долларов, квартиры с кондиционерами, горячей водой, служебная машина... О чём ещё волноваться? Они даже не удосужились почитать закон о контрактах от 1975 г., подписанный первым президентом страны. Вот и заключались контракты, не соответствующие закону.

И так, субсидия по смерти Юрия получена, уже отправила половину, в июне отправлю остальное.

В отпуск не поедем – у МЗ нет денег оплатить билеты. В этом году проходит конгресс правящей партии ФРЕЛИМО. Мне же сообщили, что в июле встреча выпускников моего мединститута, пропускаю уже вторую встречу с однокурсниками. Но у меня как доцента Университета отпуск только в декабре, когда каникулы у студентов. Очень сожалею, что не смогу встретиться с юностью. В нашем возрасте уже думаешь, что, возможно, эта встреча последняя. Может быть, доживу до 50-я окончания Университета и смогу поехать. Будем жить надеждой.

Всё пособие по смерти Юры перевела. Такое пособие здесь выплатили впервые. По всей вероятности, ранее заинтересованные лица просто не знали, что имеют на него право (правда, если зарплата шла от правительства, а не от Fundo Comum). Кто получает от Фонда, не имеют и 13-й зарплаты. В госпитале Бейры платили и *subsidio risco de vida* (субсидию за риск для жизни). Это положено делать и в нашем госпитале, но кто будет поднимать этот вопрос! Только заикнёшься и останешься без контракта. Вот поэтому, в частности, 17 месяцев из наших зарплат незаконно высчитывали двойной налог, а потом сказали «об этом забудьте». Но «забыть» значит каждому из нас потерять по 6000 долларов. Но у меня ещё не настолько короткая память. Снова ищу справедливость. А что из этого получится, опишу позже.

И вот ещё одна победа: незаконно высчитанный в течении 17 месяцев двойной налог возвращают! Это сейчас около 3-х тысяч долларов. Но из 8 врачей осталось трое, вот они и получают.

Ещё одна проблема, с которой надо разбираться. У врача норма рабочих часов в месяц – 180, то есть 45 часов в неделю. За превышение нормы положена доплата. Но это почему-то распространяется не на всех. Местным выплачивают субсидию за urgentные дежурства, когда врач в течении 8-12 часов постоянно находится на рабочем месте в готовности столкнуться с экстренными случаями, связанными со спасением жизни больного. В зависимости от количества дежурств, от того дневные они или ночные и на какие дни выпадают – выходные или праздничные, оплата разная. За дневные 12-часовые дежурства платят 1000 мт. (где-то 30 дол.) а за другие 1400 мт. (50 дол.). У врачей роддома в месяц 10–12 дежурств. Из них половина ночных, и где-то 3-4 приходится на субботу или воскресенье. В месяц получается 240-260 рабочих часов. А как же с соблюдением закона о труде (180 часов в месяц)? Да и в контракте не прописано, что ты должен столько работать без оплаты. Напомню, что контракты-то одинаковые, что у врача-гинеколога, что у дерматолога, который не имеет ни *урженсии*, ни операций. Мажь колёсной мазью и спи спокойно. Какой же умник составлял эти контракты? Но, оказывается, что министром здравоохранения ещё в конце 2006 года подписан приказ, по которому с января 2007 года эти дежурства должны оплачиваться.

В этом приказе нет специального указания, что платить надо и местным и иностранным врачам. А раз так, иностранным специалистам можно и не платить, да они и не знают, что есть такой документ. В центральном госпитале Мапуто, где врачей предостаточно, нет необходимости заставлять работать иностранных специалистов по 240-260 часов в месяц, и даже когда просят врача дежурить сверх нормы, то он заявляет «платите как своим» и вопрос отпадает. В провинциальном же госпитале, где вместо 7-10 врачей-гинекологов работает только 5-6, дежурят все и разница в том, что местным эти дежурства оплачивают. Когда иностранный специалист работает 3 года, то такую нагрузку ещё можно выдер-

жать. А когда 27 лет? Я уже писала, как врач-кубинка спрашивала меня, когда муж был в отпуске, «как он выдерживает, хочу видеть этого железного человека». Сама она не выдержала и уехала через 2 года, хотя имела неплохой контракт на 3 года.

Я несколько раз пыталась выяснить, почему столько дежурств и столько часов сверх нормы не оплачивается, ведь в контракте этого нет. Ответ один: «В контракте прямо не указано, что нужно платить, вот и не платим». Но в контракте нет указаний на обязательную бесплатную переработку. И есть закон, где прописано и положенное количество рабочих часов и право на отдых в субботу и воскресенье. И где сказано, что этот закон только для национальных врачей? Как-то врач, проходившая стажировку в роддоме (она училась в России), спрашивает моего мужа: «Доктор, вы всё время на дежурствах и значит, получаете очень много». Когда мой муж ответил, что за дежурства ничего не получает, поскольку является иностранцем, она сказала, что это не может быть причиной не платить. В Мапуто, если дежуришь без права ухода домой по 8-12 часов, то платят. Мой муж в отличие от меня готов работать и по 20 часов, но не искать правду – полагает, что это бесполезно. Но я решила во всём разобраться и расставить точки над *i*.

Администратор госпиталя говорит, что для получения доплаты надо заполнять специальную форму, которую должен подписать шеф роддома и клинический директор. Это март месяц 2012 года. Сделали, как сказал администратор, и в апреле получили доплату. Выходит, по закону положено. Но за май месяц клинический директор доктор Анселму на клочке бумаги пишет, что не положено, так как специалист иностранец. И снова не платят. Пишу об этом директору госпиталя. Он запрашивает мнение юриста госпиталя. Ответ – «не положено». Сам же директор мне говорит, что он не знает и советует: «Лучше спроси в Провинциальной дирекции». Пишу провинциальному директору, прошу его о встрече. Я с ним работала вместе на строительстве моста. Он сам честно говорит, что не знает, но обещает выяснить в министерстве здравоохранения.

Прошло почти 5 месяцев, ответа нет, одни обещания. Случайно узнаю, что директор переходит на работу в неправительственную организацию, там хорошо платят и никаких забот. Звоню, обещает до отъезда передать ответ. Обещание сдержал (он местный индус). Премного ему благодарна. Ответ – это копия приказа Министра здравоохранения, где написано, что право на оплату дежурств имеют и иностранные специалисты с такой же зарплатой. Думаю, что написав это, министр был уверен, что зарплата иностранного специалиста много больше, чем у мозамбиканского специалиста. Речь идёт о специалистах, а не о врачах вообще. Снова пишу директору (уже новому) и прошу выплатить за 6 лет за все дежурства. По их законам имею право, так как не прошло ещё 10 лет. Ответ юриста – «не положено», так как претензии могут приниматься к рассмотрению, если они поступили в течение 5 дней после выхода закона. Но это если специалист был информирован. А если нет? Директор говорит, что доплаты положены, но надо разрешение губернатора провинции. Пишу губернатору. Опыт общения и решения вопросов с помощью губернатора имеется. Но в стране готовятся к выборам и решение столь «не значительного» вопроса затягивается на 4 месяца.

Случилась беда. В мой дом пришло страшное несчастье.

Я уже писала, что в роддоме врачи работают по 240–260 часов в месяц вместо положенных по закону 180 и почти никогда не имеют двух дней отдыха (суббота и воскресенье) в неделю. Или суббота или воскресенье. Закон нарушается, но это никого не волнует. В роддоме не хватает врачей, всего 5-6, выручают врачи-стажёры, но и их от силы 2-3. В роддоме Мапуто врачей в 2 раза больше и 14 стажёров, а объём работы в 2 раза меньше. Как решается вопрос, сколько и каких специалистов должно работать в конкретном медучреждении, мне не понятно. И почему в провинциальных госпиталях они должны год за годом работать с нечеловеческой нагрузкой в нечеловеческих условиях, когда врач предпочитает находиться в операционной, а не в родзале, где нет кондиционера и от запахов можно упасть в обморок? Да, есть проект родильного

отделения под названием «Отделение Модель». На него тратятся немалые деньги. Но на деле вся «модельность» состоит в том, что родзале кровати теперь отделяются друг от друга занавесками. При этом на каждой кровати находится по 2-3 роженицы. Да ещё координатор от МЗ приезжает бизнес-классом полюбоваться на всю эту красоту несколько раз в год.

Прошло уже 9 месяцев со дня трагедии. Вот как это произошло. У мужа 2 июня 12-часовое дежурство (с 8 утра до 8 часов вечера), сделано 5 кесаревых и принято 15 родов. На следующий день с утра обход и приём в поликлинике. В четверг, 4 июня операционный день; в пятницу, 5 июня, снова 12-часовое дежурство до 20.00. А в полночь дома при попытке встать – упал, позвал меня. Вижу у него парез лицевого нерва центрального типа справа, слабость в левой руке и ноге. Сознание не терял, речь не нарушена. Раньше повышенным АД не страдал, в юности занимался классической борьбой, а затем всю жизнь – часовая гимнастика. Не курил, не пил. Под тяжестью случившегося мой мозг потерял способность здраво мыслить. Звоню кубинскому врачу-невропатологу. Приходит, пальпирует сонную артерию. Анамнез его не интересует. После АВС давление всегда повышается. Меряю АД – 200/100. По клинике ясно, что инсульт ишемический. Даю аспирин. Мне бы включить мозги, ведь 10 лет назад то же самое случилось с моей подругой. Лечили её дома (в/в физраствор, пираретам, кавинтон) и через 2 месяца она полностью восстановилась. Доктор Орестис советует госпитализировать мужа в частную клинику «Boa Saude», что означает «Хорошее здоровье». Эта клиника давно имеет плохую репутацию. Там лишились жизни несколько моих знакомых. Да и самого директора клиники, по профессии нейрохирурга, в последние годы больше считают коммерсантом, хотя как специалист в первые годы он имел славу хорошего врача. Учился на Кубе.

Выбора у меня не было. В госпитале в приёмном покое только студенты 6-го курса. Доктор Орестес рекомендует госпитализацию в частную клинику, где в данное время подрабатывает

врач-интенсивист кубинец Антониу. Я соглашаюсь и тем самым допускаю ещё одну ошибку. Мне бы вспомнить, что врач Антониу не говорит и не понимает по-португальски, и у меня уже была с ним дискуссия, когда он лечил мою студентку от лихорадки Денге, хотя на самом деле у неё была малярия. В результате больная 2 недели провела в реанимации.

Едем в клинику, носилки не приспособлены, в результате вся спина мужа – сплошные гематомы, травмирована мышца плеча слева. Доктор проснулся, не задал ни одного вопроса, не спросил, что случилось, не поинтересовался, страдал ли больной повышенным давлением. Меряет давление, ЭКГ, анализ крови общий и биохимический (глицемия слегка повышена, холестерол в норме, повышен гемоглобин и гематокрит). Уверенно заявляет, что это тромбоз во внутренней сонной артерии. Пытаюсь сказать, что по клинике больше похоже на гемодинамический или реологический инсульт, за время дежурства потерял много жидкости и повышен гемоглобин и гематокрит. В ответ – ни слова. Назначает 2 мл. фуросемида и 20 мл. маннитола в/в, нифидипин 30 мг. Уходит спать до 4 часов утра. Через 3 часа давление снижается до 150/100 мм Hg, обезвожен, состояние не изменилось, прошу прокапать назначенный физраствор. В клинике нет соответствующих условий, больной лежит около регистратуры, кровать типа детской. Спрашиваю, что дальше? Может дома принимать нифедипин, парацетам, а в понедельник сделать компьютерную томографию? И дома прокапать физраствор? В ответ – не надо. Это потом выяснится, что доктор почти не понимает меня, он практически не говорит по-португальски. 20 лет он проработал семейным врачом на Кубе в глубинке, а перед приездом в Мозамбик – в Венесуэле, тоже как врач общей практики. Согласно его *Куфрикулем Вите* он получил в Венесуэле местраду. Каким образом, остаётся загадкой. Вот такой врач интенсивной терапии работал в Центральном госпитале провинции и подрабатывал в частной клинике.

Уже дома захожу на Интернет и понимаю, что всё лечение не правильное и 2 часа терапевтического окна, когда адекватное

лечение могло улучшить состояние мужа, безвозвратно утеряны. Пытаюсь дозвониться до врача-невропатолога Орестиса, телефон не отвечает. У меня есть ещё 48 часов, чтобы хоть как-то улучшить ситуацию, но нам снова не повезло. В стране идёт компания по выбору нового руководства *Ордена Медика*. Врач-нейрохирург и невропатолог-мозамбиканец находятся в соседней провинции и претендуют на руководящие посты.

А вот причина, по которой мы оказались в частной клинике и без квалифицированной помощи врача-невропатолога. Несчастье с мужем случилось с пятницы на субботу. В субботу доктор Орестис вместе со своей подругой уехал на океан и вернулся только во вторник. Похоже, он не задавался вопросом, как можно оставить госпиталь без единственного специалиста, и беззаботно отдыхал три дня. Если бы так поступил наш специалист, его контракт был бы тут же закрыт. Но между Мозамбиком и Кубой межправительственное соглашение и посему кубинским врачам всё сходит с рук. Контроля за лечебным процессом со стороны руководства госпиталя нет. И не удивительно, что в страну приезжают и с лёгкостью устраиваются на должности врачей-специалистов или молодые, которые по возрасту не могут быть специалистами, или те, кому хорошо за 50, уже не работающие на Кубе практическими врачами, а только преподавателями или консультантами.

На Кубе снижается рождаемость, так что приезжают и будут приезжать сюда врачи предпенсионного и пенсионного возраста. Мозамбик для них – отличный запасной аэродром и полигон для приобретения практики, какой они не имели на родине. Благо их тут никто не контролирует. В отличие, например, от Бразилии, очень настороженно относящейся к кубинским врачам, поскольку многие из них оказались с фальшивыми дипломами. Для Мозамбика, который тратит 2000 долларов в месяц на 1 кубинского врача, диплом предоставлять не обязательно. А МЗ уверено, что дипломы у них вообще есть? А если есть, что они не фальшивые? Я лично, ознакомившись с системой образования на Кубе и с кубинской системой «торговли врачами на экспорт», очень

сомневаюсь. И к хвалебным одам ВОЗ в отношении кубинской медицины я присоединяться не намерена. Нашли кого ставить в пример и рекомендовать всему миру! У меня есть достаточно примеров безграмотности этих якобы «самых внимательных и бескорыстных» по мнению ВОЗ специалистов. Но моё мнение, увы, никого не интересует.

Только в понедельник утром мне удалось дозвониться до врача Жоао Карлуша, он же хозяин частной клиники и нейрохирург. Когда рассказала, что случилось и что предложили в качестве лечения, он воскликнул «КАК?!» и посоветовал срочно сделать в госпитале компьютерную томографию.

В госпитале подтвердился диагноз ишемического инсульта в области передней и средней мозговых артерий справа (по описанию кубинского врача-имажониста). И снова всё пошло не так. Направляют в отделение реанимации, хотя никаких показаний нет. А почему? Там есть функциональная кровать. И ещё немало важный фактор – палаты заняты спецбольными, которые платят. А как брать с доктора, который проработал 27 лет и спас тысячи жизней? Вроде неудобно. Да к тому же, и по контракту он имеет право находиться в палате для сотрудников. Но палаты заняты и такими они останутся до самого конца.

Прошу срочно вызвать специалиста. Ответ: «Идёт!» Пришёл к 10 часам следующего дня. За это время успели сделать *алгали* (катеризацию мочевого пузыря) и травмировать уретру, что вызвало сильнейшую боль (муж каждый раз, когда нужно было мочиться, говорил «начались роды»). Только через 5 дней изволил зайти уролог и, жуя жвачку (он похоже жуёт её и ночью) и не спрашивая ничего, заявил, что надо поставить катетер. «Доктор, какой катетер, если травмирована уретра? Что сделать, чтоб уменьшить боль?» Ни слова не говоря, врач развернулся и ушёл. Видимо, из семейного врача переквалифицировался в «специалиста».

Почти 5 дней не могли сделать снимок плеча, но и сделав его, врача-травматолога так и не дождались.

И снова врач Антониу. И снова всё лечение неправильное. Назначает 2 антибиотика: цефтриаксон в/в 2 раза в день и таблетки сипрофлоксасина 2 раза в день, 3 гипотензивных препарата – нифедипин, атенолол, коапровел; два диуретика – фуросемид и в составе коапровел-гидролазин; нейропротектор – пирацетам в таблетках. Спрашиваю, для чего столько антибиотиков, гипотензивных и диуретиков? Уже в который раз пытаюсь объяснить, что больной не страдал повышенным давлением и не рекомендуется при инсульте повышенное давление снижать более, чем на 10-15%, чтобы не вызвать синдром обкрадывания. В ответ молчание или гримаса пренебрежения. Слишком поздно я узнала, что он не понимает по-португальски и да ещё и безграмотный.

Не спас ситуацию и появившийся доктор Орестис. Всё его обследование свелось к тому, что он пропальпировал сонную артерию слева, именно слева, никаких записей в истории болезни не прочёл и не сделал, никаких рекомендаций в плане диагноза и лечения не дал. Спросила у него, нет ли пирацетама для инъекций, сказал что есть. Прошу принести, я заплачу. На следующий день он мне говорит, что у него пирацетам с винкристином. Разве такая комбинация вообще существует? Возможно, только на Кубе, где якобы лечат псориаз, алопецию, витилиго, рак. Всё это сплошная профанация. Одно то, что больному, страдающему псориазом более 15 лет, на Кубе предлагают сделать для подтверждения диагноза биопсию стоимостью 150 евро, а лечение, кроме засекреченной мази, приготовленной из плаценты (конечно гормональная), включает в себя лишь какие-то таблетки да ещё солнце и море, говорит само за себя. Какой цинизм, какое надувательство! Мазь гормональная, таблетки неизвестно какие, солнце и море и без них лечит неплохо. И за это требуют 250 евро?! У меня свой личный почти 60-летний опыт борьбы с псориазом. И вот что скажу: только в Африке без всяких мазей и таблеток, лишь под воздействием моря и солнца у меня уже 27 лет даже дежурные бляшки не появляются. Излечившись, таким образом, сама, я могу дать совет другим: попробуйте мой метод, не тратьте деньги впустую!

А доктор Орестис решил, раз брать деньги с коллеги не совсем удобно, тогда лучше врать. Это был единственный визит специалиста. Вызвала я и доктора Ж. Карлуша. Не могу не описать его обследование. Проверил реакцию зрачков на свет, подошвенный рефлекс. Заверил, что через 2 месяца муж уже будет работать и, не сделав никакой записи в истории болезни и не дав никаких рекомендаций в плане лечения, собрался уходить. Спрашиваю: «Доктор, а ваши рекомендации в плане лечения?» Это была ещё одна моя ошибка. Ведь я знала, что, имея при клинике аптеку, он всякий раз выписывает больному, кучу лекарств, нужных и не нужных. Я уже писала, как он выписал врачу-хирургу Валериану 5 лекарств, из которых только одно ему было показано, а одно вообще предназначалось только для беременных. После такого лечения Валериан уже не смог работать.

И вот доктор пишет назначения на большом конверте, где лежит компьютерная томограмма. Спрашиваю, а что в аптеку надо идти с этим пакетом? И тогда он переписывает лекарства на клочке бумаги и говорит, что все эти лекарства есть у него в аптеке. Вот что он прописал: витамины B6 и B12, омега-3, цитоколин в инъекциях и таблетках (цитиколин).

Из всего перечисленного показан только нейропротектор цитоколин, но уже прописан пирацетам. Через 2 дня после приёма цитоколина в таблетках у мужа появилась жгучая боль в ротовой полости. Вся слизисая полости рта, языка, глотки облезла. Не может даже пить воду. Сообщаю врачу – никакой реакции. Приходит коллега доктор Эмилия. Стараемся уже вдвоём говорить с врачом. Сидит, строчит дневники и никакого ответа. Слишком поздно я поняла, что доктор не только безграмотный, но и просто нас не понимает, он не говорит по-португальски.

Нынешний министр здравоохранения доктор Назира считает кубинских врачей грамотными и внимательными, он также полагает, что между испанским и португальским языками нет большой разницы. А вот, по мнению студентов, преподавателей-кубинцев они понимают лишь наполовину. Так это студенты. А

что же говорить о больных? А как медсестре уразуметь, что предписал врач на испанском?

То, что кубинские врачи амбициозные и высокомерные, знают все. Но не все знают, что амбиции и высокомерие – это способ скрыть свою некомпетентность и безграмотность. Вот в Бразилии это знают, и это их волнует, потому там и организованы курсы португальского языка для врачей-иностранцев. Врач должен сдать экзамен на знание португальского и только тогда он может работать где-нибудь в глухих районах, оказывая там базовую медицинскую помощь. Так что Бразилия не стала и не будет местом перекалфикации кубинских врачей, которые в Мозамбике почти все одной специальности – семейный врач и врач общей практики. В Бразилии таких кубинских врачей контракуют для работы в глухих провинциях. А в Мозамбике своих врачей, которых не так много, отправляют в районные госпитали. И получается, что в Центральном провинциальном госпитале работает 28 местных врачей и 41 иностранный, из которых 21 – это кубинцы, и все они врачи общей практики или семейные.

Кому интересно, посмотрите отзывы в том же Интернете о работе кубинских врачей за границей, какие они «опытные и бескорыстные».

Провинция Нампула для кубинских врачей – золотой Клондайк. Здесь чётко организована и хорошо функционирует так называемая теневая медицина. В Анголе кубинских врачей называли интернационалистами, но теперь это слово нужно забыть, так как здесь они все *коммерсианти* (коммерсанты, бизнесмены). Каждый вновь приехавший кубинский врач тут же будет представлен всей диаспоре пакистанцев и индусов. Лечат они их не только в госпитале и в частной клинике доктора Жоао Карлуша, но ещё больше на дому. Как это оплачивается, большой секрет, но, по-видимому, неплохо.

Визит кубинского врача на дом стоит 1000 мт. (около 30 долларов). Раньше кубинские медики везли и во время отпуска и при отъезде по 100 кг несопровождаемого груза. В последнее время они кооперируются, нанимают контейнер для морских перевозок

и вывозят всё, что только можно. (Я слышала, что такие перевозки собираются запретить.)

Как сказал врач-травматолог кубинец Э-е, меньше чем за 500 метикалов (это около 20 долларов) он и со стула не поднимется. Об этом все знают, и это всех устраивает, хотя часто говорят, что Мозамбик страна бедная. Но всё в мире относительно. Если сравнивать с Америкой, то да? А по сравнению с Кубой Мозамбик в тысячу раз богаче!

Вернусь к трагедии моей жизни. После приёма мужем цитоколина (нейропротектор) вся слизистая полости рта, глотки облезла. Он не может ни есть, ни пить. Врач не реагирует. Покупаю обезболивающие и противоаллергические. У цитоколина нет ни штрих-кода, ни проспекта, чтобы узнать противопоказания и нежелательный эффект. Поставляет лекарство индийская фирма «Инокулато». Никакой информации в Интернете. Больной обезвожен, похудел, ослаб так, что уже не может сидеть и даже держать голову. А ведь поступил только со слабостью в руке и ноге. Назначенная физиотерапия – это 5-10 минут массажа и упражнения, всего 5 раз за 10 дней. Через 7 дней врач заявляет, что активная фаза закончилась и можно выписываться. Прошу перевести больного в отделение, и снова отказ – нет мест. В дальнейшем врач скажет, что место в отделение должна искать семья. Впервые узнала об этом. Вот что значит не владеть португальским.

Снова звоню доктору Жоао Карлушу, и он говорит, что выписка невозможна пока больной не будет сидеть самостоятельно и, несмотря на эти рекомендации, выписывает. Дома предложено поддерживать давление и заниматься физиотерапией. Выписку из отделения я получу через 2 недели с диагнозом «гипертоническая болезнь, тяжёлая форма; инсульт ишемический». До болезни муж гипертонией не страдал. Инсульт по клинике был лёгкой степени, двигательный (чувствительность не нарушена). И по клинике типа *лакунар* (гемодинамический). За 10 дней не сделано ни одного анализа мочи, анализ крови сделан в первый день и за 2

дня до выписки, где уже повышена *асиду урику* и *урейа*. Этот последний анализ врач, выписывая больного, даже не посмотрел.

Дома состояние ухудшилось на 5-й день. Звоню директору клиники и прошу направить к нам врача-специалиста, ведь за 19 дней болезни специалист-невропатолог мужа так и не осмотрел, не сделал никакой записи в истории болезни. Специалист-невропатолог так и не был направлен. Права оказалась доктор Эмилия, когда сразу, как только это случилось, сказала: «Мы нужны пока работаем, а потом для руководства госпиталя мы мусор».

На 5-й день пребывания в госпитале, и видя, что всё лечение неправильное и состояние не улучшается, решаю увезти мужа в ЮАР. Звоню в Мапуту нейрохирургу, и он мне говорит, что уже поздно, время потеряно и для лечения в ЮАР необходимо знать, какая клиника примет больного. Всё руководство госпиталя занято в предвыборной компании президента. Лечащие врачи предпочитают большую часть времени смотреть мировое первенство по футболу. В отделении реанимации есть для этого Интернет. Круг замкнулся. Врач Владимир Александрович Бондаренко, которого называли Символом Нампулы, который спас тысячи жизней и тысячам помог появиться на свет, которого не знает только тот, кто ещё здесь не родился, единственный иностранный акушер-гинеколог награждённый Дипломом Чести, когда сам заболел и оказался в смертельной опасности, не удостоился от коллег уважительного к себе отношения и правильного лечения.

Муж умер 24 июня от гиповолемического шока, вызванного невыносимой болью внизу живота. Возможной причиной боли могли стать изменения в кишечнике, ведь он не оправлялся 19 дней и ни слабительное, ни свечи не помогали. Сказался и тяжёлый глоссит и стоматит, когда вся слизистая полости рта, языка и глотки пластами слезла после приёма цитоколина. Сделали клизму, и только механическое удаление помогло освободить прямую кишку от плотных каловых камней. Такие же плотные камни пальпировались при ректальном обследовании в области сигмо-

видной кишки. Они вызывали болезненность при дотрагивании. Позвонила врачу-гастроэнтерологу, кубинке. Посоветовала зелёный чай. Через 2 дня желание оправиться вызвало непереносимую боль внизу живота в области сигмовидной кишки и мгновенную смерть. Мозг прореагировал на боль дилатацией сосудов, организм обезвожен и шок. И если от цитоколина вся слизистая до костей сползла в полости рта и глотке, то, что же было в кишечнике? Причина смерти – тяжёлая гипертоническая болезнь; инсульт; инфаркт миокарда, которого не было, так как не было времени для его развития, никакой клиники. Всё враньё кроме лёгкого инсульта и синдрома Стивена-Джонсона, вызванного пиратским цитоколином.

В Украине война. Прилетели дочь и внучка. Более половины профессиональной жизни Владимира прошло в Мозамбике. Принимаем решение похоронить его здесь.

На похоронах собралось столько народа, что это поразило даже повидавших много работников кладбища. Говорят, так хоронили, только президента...

Здесь все надгробия белые. Я заказала надгробную плиту в Мапуто из красного гранита. На ней под изображением рук с новорождённым имя, фамилия, даты рождения и смерти Доктора с большой буквы Владимира Бондаренко, и слова на португальском языке, вынесенные в эпиграф этой книги: «Com a tua bondade e o teu sacrificio, muitas vidas vierem ao mundo».

Могилу мужа посещаю каждое воскресенье. И всякий раз ко мне подходят знакомые и незнакомые женщины со словами благодарности. От их добрых слов у меня на глаза наворачиваются слёзы. Как и от историй, которые рассказывают кладбищенские смотрители. К ним обращается много людей с просьбой показать могилу Доктора – и больше никаких уточнений и указаний, а женщины так и говорят «могилу нашего Доктора». И их сразу понимают. Отрадно, что «народная тропа» к тому, кто спасал и дарил жизнь другим, не зарастает. Рядом с красным

гранитом невидимо стоит нерукотворный памятник человеческой благодарности.

Вместе мы прожили 50 лет. Свои чувства к мужу, другу и любимому я попыталась выразить в стихах. Их название говорит само за себя «Душа болит, болит и плачет»

*Спасал других, и жизнь дарил,
И я других спасала,
Но не смогла спасти тебя,
Навеки потеряла.*

*В чужой земле, в чужой стране
И на чужом погосте
Тебе недолго ждать меня,
Приду к тебе не в гости,*

*А чтоб опять, как в жизни той,
Но уж под небесами,
Мы были вместе навсегда,
И Бог пребудет с нами.*

Когда немного утихла боль утраты, написала обо всём, что случилось, министру здравоохранения. Мне ли не знать, какой ответ я получу, если получу вообще. Но через месяц всё-таки приехала Высокая комиссия МЗ. Так она официально именуется. Не могу не описать её состав: медсестра, умеющая работать с компьютером и задавать соответствующие вопросы, врач-неспециалист («просто врач», как она мне представилась) и новоиспечённый врач-терапевт (в скором времени он должен приступить к работе в нашем госпитале).

Всё расследование, по мнению моей дочери, медицинского психолога – хорошо срежиссированный спектакль. Ещё раз убедились, что лечащий врач не понимает и не говорит по-

португальски. О том, что лечение безграмотное – ни слова. Да и кто из комиссии будет его оценивать, если в ней нет специалиста?

Вообще-то задача комиссии собрать данные. А оценивать их и делать выводы должен врач-невропатолог, и не один. Врач-невропатолог – мозамбиканец. На мой вопрос правильным ли было лечение, его ответом было чёткое «нет». И в причине смерти наши мнения совпали. «Знаешь доктор, – сказал он мне, – кубинские врачи очень амбициозны и считают, что только они правы. Всегда и во всём». Согласился со мной и врач-терапевт доктор Хассане. Когда я рассказала ему всю историю болезни и спросила, что, по его мнению, было причиной смерти, он уверенно ответил – гиповолемический шок.

Цитоколин, который был в частной аптеке в довольно большом количестве (и ампулы, и таблетки), к приезду комиссии исчез. От производителя и поставщика лекарств («Инокулату») даже через 9 месяцев так и не была получена листовка с описанием препарата. Оказалось, его больше не выпускают и не распространяют. Нет ответа и от комиссии МЗ. Объясняют это тем, что заключение о цитоколине ещё не пришло из Португалии, куда препарат отправили для анализа. Фармацевт, который был ответственным за безопасность лекарств, уже переведен в столицу. Врач-невропатолог Орестис ушёл преподавать анатомию в Университет и консультирует в той же частной клинике и на дому. Врачи-интенсивисты Антониу и Амаури продолжают работать в реанимации и в частной клинике. Никакого наказания за доведение до смерти по профессиональной неграмотности они не понесли.

Легко могу себе представить, что было бы, если бы врач из России или Украины, работающий по индивидуальному контракту, совершил подобное. С ним бы расправились за 24 часа. Без всяких церемоний. Налицо двойной подход. Тогдашний вице-министр, а в настоящее время министр здравоохранения, считающаяся, что кубинские врачи хорошие специалисты и что между португальским и испанским нет большой разницы, в смерти мужа

обвинила... меня, так как я видела, что всё лечение неправильное и, тем не менее, не увезла его в ЮАР. Не увезла от «хороших», по словам мадам, специалистов-кубинцев? Или они «хорошие» только для простых мозамбиканцев, над которыми, как над кроликами, можно проводить любые эксперименты? Все высокопоставленные лица почему-то лечатся не у них, а за границей.

Нет, смириться с бездушием и элементарной безграмотностью кубинских хваленых врачей я никогда не смогу.

После смерти мужа ушли из жизни ещё трое моих хороших знакомых. Двое из них по вине той же частной клиники. В одном случае у мужа заболевшей женщины при себе не оказалось 1000 мт. (25 дол.), а он владелец частного туристического комплекса, и в помощи его жене было отказано – по дороге в госпиталь она умерла.

Другой случай. Женщину сбила машина. Перелом ключицы и рёбер. И пока искали и вызывали врача клиники, чтобы получить указание везти больную в госпиталь, пока везли её по ужасной дороге, по которой и ходить-то трудно, драгоценное время было упущено – уже в госпитале во время обследования случился гемоторакс и женщина умерла. Думаете, кого-нибудь наказали? Хотя прекрасно знают, что в этой клинике нет никаких условий для оказания urgentной помощи. Условий нет, но больных, которым не могут помочь, принимают, на них зарабатывают, и если состояние ухудшается, то переводят умирать в госпиталь и таким образом снимают с себя всякую ответственность.

И третий случай. Моя знакомая страдала гипертонической болезнью. Случился криз. Провела 12 дней в реанимации госпиталя. Умерла от недиагностированного инфаркта миокарда. Не было электрокардиографа. И это в Центральном провинциальном госпитале, третьем по величине в стране! И в МЗ в который раз никто не возмутился. Не возмутился тому, что в Мозамбике работают врачи без подтверждённого диплома, без знания патологии, без знания португальского языка. И за такого «специалиста» Мозамбик готов платить 2000 долларов в месяц?! Ничего себе, бедная страна! Выходит, кому-то выгодно процветание теневой

медицины, кому-то выгодны порядки, при которых в госпитале в 12 часов уже практически нет врачей – лишь один в реанимации и один в приёмном покое. И то не всегда.

Боже, зачем я всё это пишу? Может, в надежде, что со временем что-то изменится, и в медицину придут, наконец, люди честные и образованные. В новом статусе *Ордена Медика* заявлено намерение заменить иностранных специалистов национальными кадрами. Как говорится, Бог в помощь. Африка должна бороться за себя. Но в обязательном порядке она должна бороться и с собой. С коррупцией, разъедающей её изнутри, с чиновничьим самовластьем, с дискриминацией и проявлениями расизма, так сказать, с обратным знаком – уже в отношении иностранцев, некоренного населения.

В частной клинике, безобразия в которой я описала, всё остаётся по-старому, несмотря на жалобы и последовавшие за ними проверки. Более того, её хозяин Жоао Карлуш строит самую большую частную клинику на севере страны. Неужели там под видом специалистов будут работать кубинские семейные врачи?

Для студентов 5-го курса я веду тему «Врачебные ошибки, их анализ и оценка». В качестве примеров привожу известные мне поучительные случаи и прошу всесторонне разобрать их, включая и этическую составляющую произошедшего.

Несколько лет назад в госпитале работал кубинский врач акушер-гинеколог Адолфу. Он привёз с Кубы лапоротомическую трубку 5 мм в диаметре и начал делать, как он говорил, «пластические операции». Операции были платные. Из Мозамбика он уехал богатым человеком. А через пару лет вернулся опять всё с той же трубкой. На этот раз, чтобы работать по контракту в частной клинике Жоао Карлуша. Наездами он был в Мозамбике уже трижды. Каждая «пластическая операция» в его исполнении стоит почти 300 долларов. Недавно я случайно встретила этого кудесника и поинтересовалась: «Вы действительно делаете эндоскопические пластические операции?» В ответ он расплылся в улыбке: «Как можно делать такие операции с пятимиллиметро-

вой трубкой?» На мою реплику «Ты настоящий мафиози!» он лишь рассмеялся.

То, что кубинские акушер-гинекологи делают необоснованные кесаревы и удаляют несуществующие кисты яичников больным, которые в состоянии оплачивать такие операции, в медицинском сообществе не является секретом. Это процветающий кубино-mozамбиканский бизнес.

Приведу ещё один случай. В частной клинике, где я иногда консультирую, однажды обследую больную, присланную к нам из провинции Лишинга. По профессии она техник медицины (фельдшер). В провинциальном госпитале ей промыли серную пробку. На второй день ЛОР-врач, кореец, сказал ей, так как она пожаловалась на боль и шум в ухе, что у неё опухоль, неоперабельная, и она может умереть. Перепуганная семья срочно отправляет её через врачебно-консультационную комиссию (ВКК) в Центральный провинциальный госпиталь и, так как это суббота, приходят на частную консультацию. Попадают ко мне. Я обследовала больную, почистила ухо от остатков серы, обнаружила грануляции в слуховом проходе. Слух не нарушен. Для удаления грануляций в частной клинике нет условий, и я советую ей, имеющей направление в госпиталь, записаться на прием к ЛОР-врачу. В это время мои студенты проходят практику по ЛОР, и я решаю, что будет полезно и интересно показать им эту больную.

В госпитале 5 врачей ЛОР: 2 кубинца, 1 кореец и 2 мозамбиканца. С 2006 года количество врачей увеличилось в три раза. Нужны ли они? Конечно, нет. Из всех пятерых я отдавала предпочтение кубинцу Л-у. Больная записалась на приём. Ещё до прихода врача я попросила студентку сделать отоскопию. Спрашиваю: «Что ты увидела?» Отвечает, что похоже на грануляции. Пришёл доктор. Сделал только отоскопию и заявил, что у больной холестеотома, нужно сделать анализы и вернуться на приём через 2 дня, чтобы назначить день операции. Я лишилась дара речи и попросила направление на рентгологическое обследование. Сделали

рентген. Конечно, никакой холестеатомы нет. Доктор молча посмотрел снимки и сказал прийти через 3 дня для удаления грануляций, прописал капли жентамицина. Я же назначила больной салициловый спирт в ухо и через 3 дня удалила грануляции. Показала доктору, посоветовал придти на контроль через месяц...

Вопрос: что доктор собирался оперировать? И вообще, что это было? Амбиции? Желание правдами и неправдами заработать на платной операции? Или безграмотность? Всё же семейный врач это не врач специалист-отоларинголог. Но тогда почему он работает в Центральном провинциальном госпитале?

И ещё один из многих случаев. Платная консультация доктора Амаури, врача-интенсивиста. У больной жалоба на боль в области шеи, спереди. ЛОР-паталогии нет. Несколько месяцев назад был мастит. Кормит ребёнка грудью. Назначено: монтелакосте по 1 таблетке утром, омепразол, цетиризин, витамины. Астмы нет. Заболевания желудка нет. Аллергии нет.

У больной не установленный врачом тиреоидит де Кервена, и лечится он гормонами. А монтелакосте надо принимать по 1 таблетке на ночь, а не утром. И к тому же он противопоказан кормящим грудью. Вот так, доктор Амаури. Ваше лечение без диагноза, мягко говоря, очень сомнительное. Так трудно вылечить, но легко искалечить. При этом министр здравоохранения Мозамбика по-прежнему считает кубинских врачей хорошими. А вот бразильцы сомневаются. И я на их стороне.

В 2011 году вступил в силу новый закон, регламентирующий как контрактовать иностранных врачей-специалистов. Этот закон – классический пример дискриминации, о которой я уже не раз писала. Согласно ему врач-специалист, проработавший в Мозамбике более 25 лет, будет получать в 2 раза меньше, чем мозамбиканский врач. Иностранцу больше не оплачивают квартиру и билет в отпуск на родину, хотя бы 1 раз в 2 года.

Опять приходит на ум пословица «не так живи, как хочется, а так живи, как можется» Как это верно! Всё о чём мечтали год

назад, вмиг разрушилось. Осталось лишь одно: встреча с друзьями-однокашниками, которая состоится 11-12 июля. Уже купила билет. Улечу после того, как 24.06.2015 поставлю памятник мужу. А пока преподаю в местном Университете, готовлю будущих врачей, учу, как просвещать население и предупреждать заболевания. Стараюсь передать им мой большой опыт работы на Африканском континенте. Я здесь без малого 30 лет. Как сложится моя дальнейшая жизнь, не знаю. Уеду ли в Англию, где мне холодно, в Украину, где жарко от раздоров и разногласий, или буду доживать свой век здесь, пока не решила. Контракт заканчивается в 2019 году. Время покажет, Бог, надеюсь, подскажет.

Надгробие из чёрного и красного гранита поставила 22 июня. На годовщину смерти приехали дочь и внучка из Англии. На кладбище пришли только близкие друзья. От госпиталя – лишь шеф роддома. Сердце переполнено скорбью. Но ничего не поделаешь, жизнь продолжается...

Улетаю на встречу 27.06.15. Я лечу по маршруту Нампула–Йоханесбург–Лондон–Москва. Мой совет всем: прежде, чем покупать билет, зайдите в Интернет и ознакомьтесь с информацией о вашей авиакомпании. Я не сделала этого и была наказана потерей чемодана по пути в Москву и опозданием на самолёт из ЮАР в Нампулу, по причине опоздания самолёта из Лондона. Оказывается, английская авиакомпания *ВИРЖИН АТЛАНТИК* лидер по числу потерянного багажа и опозданий. В аэропорту Хитрово скопилось около 20 тысяч (данные Интернета) потерянных чемоданов. Имею информацию, что мой чемодан прибыл в Хитрово. Думаю, он там находится и по сегодняшний день, т.е. спустя более 4 месяцев. Компенсацию выплатили через 4 месяца. Мне ещё и повезло, потому что авиакомпания банкрот. Надежды, что выплатят компенсацию за опоздание на рейс по вине перевозчика, не питаю.

Несмотря на все приключения, я рада, что поехала на встречу. Нас собралось 37 человек. На курсе было 180 студентов,

по подтверждённым данным 47 уже умерло, что стало с другими пока не известно. Встреча с юностью всегда незабываема. Общались, вспоминали, пели студенческие песни тех лет. Все мы состоялись как врачи. Два дня пролетели быстро, не успели наговориться и приняли решение встречаться каждые два года. У всех у нас возраст такой, что надолго откладывать встречу опрометчиво.

Наш Алик Юзгин сочинил 5 песен для 50-летнего юбилея. С его разрешения я публикую несколько полностью и выдержки ещё из трёх. Вот они:

Мы ещё не успели опомниться даже,
А уже Юбилей, а уже 50,
И наверно, стоит кто-то вечный на страже,
И года не устал он на счётах считать.

Припев

50, 50 – это радость, конечно,
И не важно совсем, сколько прожито лет,
И пускай не дано жить на свете нам вечно,
Но не гаснет в душе нашей юности свет.
Альма-Матер всегда в нашей памяти будет,
И студенческих будней весёлый накал,
И, конечно, никто никогда не забудет,
Этих стен, где науки азы познавал.

Припев

И пусть головы наши слегка побелели,
И пусть нынче не все собрались за столом,
В нашей жизни мы много смогли и успели,
И приятно теперь вспоминать о былом!

Припев

Наша дружба ничуть не ржавеет с годами,
Нашей дружбе и кризис в стране нипочём,
Не страшны нашей дружбе любые цунами,
Мы поддержим её нашим общим плечом.

И вторая песня.

Собрались мы, друзья, на Юбилейный вечер,
Уж 5 десятков лет промчалось в никуда,
Мы рады всей душой такой желанной встрече,
И память воскресит прошедшие года!

Припев

Прекрасные слова скажу о нашей дружбе,
Прекрасные слова от сердца говорю,
Прекрасные слова, что нам грустить не нужно,
Прекрасные слова вам в песне подарю!

Не все пришли сюда, кто там, а кто далече,
Но память о былом мы трепетно храним,
Студенческая жизнь прекрасна и беспечна,
И мы за эту жизнь судьбу благословим!

Припев

В профессии своей достигли мы не мало,
И можно подводить заслуженный итог,
Плесните колдовства в хрустальный мрак бокала
За встречу и за жизнь, да будет с нами Бог!

А это выдержки из ещё 3-х песен.

Редает дружеский наш круг,
Всё меньше здесь друзей, подруг,

Но годам быстрым вопреки
Мы молодые старики.

Пусть нами пройден путь большой
Не постарели мы душой
И наш студенческий союз
Несёт достойно этот груз!

Мы все сегодня молодцы,
Деды, прабабки и отцы,
И юной поросли удел
Быть продолженьем наших дел!

А нам желаю быть и жить,
И нашей дружбой дорожить,
И всем собраться через год,
А Алик снова вам споёт!

И ещё один отрывок.

Бегут минуты, дни, года,
Чем старше, тем быстрее,
И мы вздыхаем иногда
О юности своей,

Но огорчаться нам нельзя,
И это неспроста,
Ведь жизнь, конечно же, друзья,
Ещё не прожита!

И ещё.

Собрались мы сегодня все вместе,
И пусть годы летят под откос,

И нельзя удержать их на месте,
И нельзя вспоминать их без слёз.

Первый тайм мы уже отыграли,
Много в жизни сумели понять,
Мы себя на земле не теряли,
И об этом не будем молчать!!!

Будем снова и снова встречаться,
Пусть свой ритм сохраняют сердца,
Мы не будем годам поддаваться,
И не будет дороге конца!

Погода не радовала нас. Июль месяц, но всего 15–18 градусов тепла. Для меня это холодрыга. Куртка осталась в потерянном чемодане. Спасает оренбургский пуховый платок, очень тонкий, но тёплый. Я с ним и в Африке вот уже почти 30 лет не расстаюсь и беру во все поездки из-за его невесомости. После встречи открылось второе дыхание.

И снова самолётом лечу в Ленинград, где проведу 10 дней. Побываю в великолепном Пушкино. Я не была там 10 лет.

Погуляла по Санкт-Петербургу. Самый красивый город на земле стал за эти годы ещё краше. Возвращаюсь в Москву машиной. За последние 5 лет всё изменилось до неузнаваемости. Дорога замечательная. Без конца и края сосновые леса. Как ты, Россия, прекрасна! Почему-то вспомнились строки из Николая Доризо, одного из моих любимых поэтов.

Улетая в миры запредельные, Очувтившись у лета в гостях, Вспомнишь клёны, осины и ельники Среди пальм в незнакомых местах.

Это, возможно, моё последнее путешествие из Петербурга в Москву. Впечатления на всю оставшуюся жизнь.

Вернулась в Нампулу. В этом году стоит невероятная жара, 35-45 градусов. В квартире 30, кондиционеры не выдерживают.

У меня новая работа. Отвечаю за стажировку студентов 6-го курса вне госпиталя, на здравпунктах, и читаю отоларингологию для студентов 5-го курса, цикл «Здоровье населения». В конце учебного года меня включили во все экзаменационные комиссии. Хорошо, когда есть кондиционер, но когда нет, то через два часа выходишь еле живой. И уже не чувствуешь жары.

Ехать в Англию в этом году не хотела, но жара заставила. И вот я снова мёрзну: ветер, через день дождь, температура плюс 9–10.

Возвращаюсь в Африку 14.01.2016. Мне здесь комфортнее. На Африканском континенте я уже 30 лет. Пора подвести итог прожитой жизни. Дом построила, деревья посадила, детей выучила, спасла много жизней... А воспоминаниям нет конца, они как река жизни, а моя книга, как мост меж двух берегов. Ещё один мой мост с опорами и пролётами памяти.

Встреча назначена через 2 года. Общаюсь с однокурсниками в Интернете. Обменялись фотографиями со встречи. Во время поездки в декабре, уже через Найроби, я снова прилетела в Лондон без чемодана, одна из более чем 200 пассажиров. В отделе потерянного багажа, не зная английского, я спросила, есть ли говорящий по-русски или по-португальски. Есть югослав, хорошо говорящий по-русски. Рассказала ему мои истории с аэропортом Хитрово, что уже 4-й раз без чемодана и трижды находили, но вот в июне не нашли. Попросила его посмотреть в компьютере, долетел ли мой чемодан до Лондона. Оказывается, нет. И ещё оказалось, что и до ЮАР он не долетел.

Совершенно случайно в гостях у своих знакомых я услышало историю, которая, кажется, раскрывает тайну постоянных пропаж моих чемоданов. Вот она: знакомая моих друзей летела из Нампулы в Гондурас. Таможенник спросил, что у неё в чемодане. Женщина ответила, что в чемодане компьютер. Из Гондураса в Нампулу чемодан с компьютером прилетел, но вот обратно – нет. И тут я вспомнила историю отправки моего чемодана. За 15 ми-

нут до отлёта меня пригласили в отдел отправки багажа. Чемодан стоял вне сканера, и таможенник спросил, что в чемодане. Я рассказала, но забыла, что в чемодане книга (по величине ноутбука) и зарядное устройство для ноутбука. Выходит, я сама виновата в пропаже чемодана. Но вот книгу очень жаль. Это был мой подарок для музея института. Она была со мной в Африке почти 30 лет. Рассказала эту историю директору аэропорта и спросила: «Всё это случайно?» Разумеется, нет. Вот так я дошла до истины. Но поздно.

И вот я снова лечу в Англию. В начале апреля должна рожать моя внучка Ольга-Александра. У меня будет правнук. Очень переживаю.

Надеюсь, что чемодан на этот раз не потеряется. Надо, наверное, делать опись багажа, чтоб не провоцировать таможенников.

Ответа из МЗ на мою жалобу нет. Сначала объясняли задержку отсутствием ответа из Португалии по поводу цитоколина. Последний мой разговор с вице-министром был в декабре. И он мне сказал, что ответ есть, но он мне его не может отправить. Что, ответ с грифом «секретно»?

История болезни моего мужа бесследно исчезла, хотя бывшая директор клиники уверяла, что этого случится не может и никогда не случится. Как бы ни так! История болезни не могла не исчезнуть после того, как представитель министерской комиссии потрясала ею перед кубинскими врачами и говорила: «Вы понимаете, что для вас это трибунал!»

Разобраться с цитоколином пока не удаётся. Представитель фармфирмы на мою просьбу дать информацию об этом препарате, заявил, что их картель вообще не производит цитоколин, и это лекарство было поставлено в частную клинику по просьбе доктора Жоао Карлуша как спецпосылка. Так, где же был произведен этот сцитоколин? Как можно ради наживы доводить людей до смерти и при этом оставаться безнаказанным?! Для этого надо тщательно замести следы, потому-то и пропала история бо-

лезни. Скорее всего, её похитил кто-то из этой четвёрки: Oreste Herrera – невропатолог, Jose Antonio Gonzales Pompa – интенсивист, Amaury Nunes Betancourt – интенсивист (врач интенсивной терапии) и Joao Carlos Henrique, мозамбиканец, директор частной клиники, врач-нейрохирург и директор по научной работе в госпитале. А может, все четверо были в сговоре?

Вот бы ещё разобраться, что за специалисты врачи из Кубы. То, что они в основном врачи общего профиля или семейные врачи, прекрасно знают все мозамбиканские чиновники от медицины. Кубинцы работают по межправительственному соглашению, поэтому у них не спрашивают, как у других контратлируемых, ни дипломов, ни сертификатов по специальности и уж конечно не проверяется подлинность дипломов.

Удалось посмотреть личное дело 2-х кубинских врачей. И действительно в них нет ни копии дипломов, ни копии сертификата о специализации. Ну а об *эквиваленсии* (подтверждении) и речи быть не может. Но у всех такой Curriculum Vitae (Развёрнутое резюме), что я в жизни не встречала – у доктора Анонио на 12 печатных листах, а у доктора Орестиса на 30. Столько печатных работ, столько участия во всевозможных симпозиумах и конференциях, что трудно понять, а когда же они работали? Но не это меня поразило. Когда я попросила шефа отдела кадров Университета более подробно познакомиться с информацией о врачебной деятельности этих врачей, «больших учёных и выдающихся преподавателей», получающих зарплату как специалисы уровня *мestраду*, она мне сказала, что у них нет не то, что эквиваленсии, но и дипломов. На требование предоставить дипломы они заявили, что это запрещено правительством Кубы. Я позвонила кубинскому послу. Он сказал, что это неправда. А правда то, что ложь бывает сродни убийству. Понимает это правительство Мозамбика, которое платит более 2000 долларов за каждого кубинского врача в месяц? А если понимает, почему закрывает глаза на творящийся беспредел?

Потому что не нужен громкий скандал, разоблачающий кубино-мозамбиканский сговор? Представляете, что будет, если общественность узнает, сколько кубинских врачей в действительности является в лучшем случае средними медицинскими работниками, а проще говоря, фельдшерами? Такого скандала чиновники министерства здравоохранения просто не допустят. Пусть лучше гибнут люди, чем зашатаются их кресла.

Мне удалось выяснить, почему кубинские врачи не предоставляют ни копии дипломов, ни сертификаты специализации. Связано это с тем, что таким образом правительство Кубы борется с невозвращенцами. Но тот, кто не хочет возвращаться на родину, находит способы и не возвращается. А для мнимых врачей это удобная лазейка для самозванства. Удалось ознакомиться с Curriculum Vitae 10 кубинских врачей и теперь не удивляюсь, почему в 2006 году Бразилия отправила назад на родину почти сотню кубинских врачей. Все они оказались с фальшивыми дипломами. Так же произошло и в ЮАР. Зато в Мозамбике им раздолье! Здесь они очень быстро становятся «высококвалифицированными специалистами». И смех, и грех!

Продолжаю консультировать больных в частной клинике. Это даёт мне возможность собрать необходимый материал для работы со студентами по теме «Врачебные ошибки». Даже в моей специализации врачебных ошибок немало. За последнее время участились случаи, когда больному на платной консультации предлагают операцию по исправлению искривлённой носовой перегородки и конхотомию (иссечение носовых раковин), когда для этого нет никаких показаний. И всё ради денег. Складывается впечатление, что доктор Жоэл Р. (врач-отоларинголог, мозамбиканец, получивший образование в Португалии и много лет проработавший в различных неправительственных организациях в нескольких странах) решил организовать свой бизнес. Уже в 3-х случаях я смогла предотвратить ненужные операции. Но это происходит только тогда, когда больные сомневаются в предложен-

ном лечении и приходят на приём ко мне. Интересно, сколько уже он сделал таких непоказанных операций? И никакого угрызения совести, никакого чувства жалости и сострадания к своим согражданам. Правда, эти операции он предлагает только имеющим деньги, а это в основном пациенты из диаспоры индийцев, пакистанцев и др. Я даже не знаю, можно ли это назвать «врачебными ошибками»? Возможно, тут точнее другое определение – «рецидивы жадности».

Забегая вперёд, скажу, что Жоэл Р. оказался «врачом» без врачебного диплома, и как только это выяснилось, он тихо исчез в неизвестном направлении.

У меня родился правнук. Назвали Николас. Лечу в Англию 13.04.2016 на две недели.

То, как работает хваленая система здравоохранения в Англии, привело меня в ужас. За всё время беременности врач-специалист ни разу не осмотрел внучку. Только акушерка (бюджетная экономия). Для чего делать 4 раза УЗИ? Наверное, чтоб видеть, что ребёнок крупный. Возраст роженицы 29 лет, родители крупные, ребёнок крупный. Разве не врач должен решать какие предстоят роды: нормальные или кесарево. Направляют в родильное отделение, где нет врача, только акушерки. После 22 часов сильных схваток, не дождавшись открытия 10 см, переводят в госпиталь, где есть врач. Врач дважды пытается наложить щипцы и это при неполном раскрытии и крупном ребёнке. Предел безграмотности! Прибегая к кесареву, сделала маленький разрез и не смогла извлечь ребёнка. Тогда сделала ещё разрез продольный, вызвала сильнейшее кровотечение и с большим трудом извлекла ребёнка, доведя его до асфиксии. С трудом реанимировали. Внучка потеряла 2,5 литра крови. Доктор сказала, что у неё нет детей, и она занята своей профессиональной карьерой. Хочу посоветовать этому врачу открыть учебник по акушерству и почитать показания для кесарева сечения и наложения щипцов.

В медицинском обслуживании в Королевстве полностью разочарована. Всё здесь подчинено только одному – экономии бюджетных средств. Свидетельств тому хоть отбавляй, можете открыть Интернет.

Заканчивается семестр в Университете. Пора зачётов и экзаменов. В следующем семестре у меня лекции и практика на 4-м курсе по оторину в цикле «Здоровье населения», я координатора (координатор) этого цикла. Кроме этого, 2 раза в неделю приём студентов и сотрудников в здравпункте Университета.

В стране экономический и финансовый кризис. У университета долги на сумму более 23 миллионов метикалов. В отношении иностранных доцентов нарушаются все законы: не платят 13-ю зарплату, не оплачивается аренда квартиры и проезд в отпуск 1 раз в 2 года. Пересчет долларов в метикалы идёт по невыгодному курсу. Вместо 62 платят 40 метикалов за доллар. Устанавливать и менять курс положено только Банку Мозамбика. Но в отношении иностранных преподавателей возможно всё. Не согласны – до свидания, разговор короткий. И это при нехватке квалифицированных кадров. Ходят слухи, что иностранных специалистов намериваются сокращать и заменять их местными врачами, окончившими свое обучение с оценкой не ниже 14 баллов (из 20). Конечно, это не будет способствовать улучшению качества преподавания.

Вышло постановление ректора изменить в контракте расчёт при конвертировании нашей зарплаты. Она значится в долларах, но переводят её в метикалы. При курсе Национального банка Мозамбика 72 нам будут начислять только 40 метикалов за доллар. Произвольно менять курс национальной валюты не имеет права даже Президент. Но есть одна юридическая уловка. Изменять курс можно «по обоюдному согласию сторон». Гениальный ход! В случае вашего несогласия контракт тут же закроют. Этот узаконенный произвол не распространяется на межправительственные контракты и касается только тех, у кого контракты индиви-

дуальные. «Индивидуалы» португальцы и кубинцы собираются уезжать.

Стоимость жизни выросла почти на 50%, а ректор на те же 50% уменьшил зарплату. Это справедливо? Конечно, нет. Но это тот самый случай, когда на «нет» и суда нет.

Наконец (спустя почти 2 года) получила заключение из МЗ на мою жалобу. Скажу, что другого ответа я и не ожидала. Вопрос, кто его составил? Если врач-невропатолог, то он определённо не уважает себя, пренебрегает своим врачебным долгом. Да, существует «корпоративная солидарность». Но всему есть пределы, нельзя же на чёрное говорить белое. Написать, что *лечение проводилось правильно и больной был выписан с улучшением*, это верх цинизма, полное забвение всех норм морали и врачебной этики. А как же слова члена комиссии, что «такое лечение это криминал и трибунал»? Почему исчезла история болезни? Да потому, что лечение было ошибочным от начала и до конца. О каком улучшении пишет врач-невропатолог (если он, конечно, действительно специалист, а не очередной кубинский врач общего профиля)? Пусть посмотрит на фото больного после выписки. Не буду повторять, что все лекарства врачами-интенсivistами и доктором Жоао Карлушем прописаны без показаний. Как можно адекватно лечить, если даже диагноз не обоснован полностью (патогенез, степень тяжести, тип, локализация согласно клинике и ТК, дифференциальный диагноз)? Как можно ставить диагноз без учёта анамнеза жизни, анамнеза болезни, полного обследования врача-невропатолога, офтальмолога, терапевта? Могу пожелать невропатологу, который составлял это заключение, прежде чем писать, открыть хотя бы «Учебник нервных болезней». Сомневаюсь, что это квалифицированный невропатолог. Уровень его безграмотности просто поражает! Мне необходимы копия данных, собранных комиссией, и копия исчезнувшей истории болезни. Получить их я смогу только через суд. И только там буду доказывать, что неправильное лече-

ние кубинских врачей привело к ухудшению состояния, обострению болезни и смерти дорогого мне человека.

Я обвиняю кубинских врачей в профессиональной некомпетентности, вопиющей халатности и корысти. Я обвиняю Министерство здравоохранения Мозамбика в том, что оно контрактирует врачей без предоставления ими диплома врача-специалиста, без проверки знания ими португальского языка. Я утверждаю, что допускать к практической деятельности врачей-самозванцев, значит совершать преступление против собственного народа. Это моё твердое убеждение. Хотите его оспорить? Тогда вам придётся оспорить и общеизвестные факты, которые я уже не раз приводила: в 2006 году 95 кубинских врачей были выдворены из Бразилии с заключительной формулировкой: «Нам не нужны врачи, которые таковыми на самом деле не являются». А вот мнение Ассоциации американских врачей и хирургов: свыше 75% докторов с кубинскими дипломами не в состоянии сдать экзамен на право практики в США. И ещё одно их заявление: «Большинство кубинцев с врачебными дипломами не дотягивают даже до квалификации среднего медицинского персонала».

Так кто же работает в Мозамбике? Врачи или фельдшеры? Кому, господа из Минздрава, вы доверяете здоровье своего народа! В той же Бразилии правительство иногда контрактирует кубинских врачей на 3 года без предоставления диплома, но по закону эти врачи могут оказывать только базовые медицинские услуги. А вот в Мозамбике они специалисты в Центральном провинциальном госпитале! Стали ими моментально, без соответствующих знаний и навыков. Наверное, им в этом помогло прекрасное знание португальского языка. Но почему же тогда их не понимает простой народ? Участвуя в жюри на экзаменах по ортопедии, я поняла, что даже студенты-медики не очень-то понимают испанский, поскольку часто переспрашивают кубинского врача-преподавателя, задающего им вопросы.

Я, похоже, снова чуть не влипла в историю. Проанализировала очередные 8 Curriculum Vitae кубинских врачей – нет ни дипломов, ни сертификатов специалиста. Как же они умудряются получить *эквиваленцию местраду* (статус специалиста) и даже, уже в Мозамбике, уровень *doutoramento Phd* (доктор медицинских наук)? Ведь кто-то это безобразие прикрывает и продвигает. Кто?

По мнению министра здравоохранения, я конфликтная. Меня здесь так и называют *Конфликтуоза*. Называйте как хотите! Я горжусь, что лечила и спасала простых людей, не боялась в поисках правды стучаться в двери кабинетов высокого начальства, изобличала коррупцию, боролась с дискриминацией. И делала всё это не только ради себя и своих коллег, но и... ради вас, власть имущие! Я не верю в самоочищение власти. Какие бы предвыборные заявления вы не делали, вам не под силу самостоятельно, лишь изнутри одолеть ту же коррупцию. Вас нужно понукать к этому, вас нужно тормозить, будить ото сна самодовольства и чванства, вас надо лечить от приступов раздутых амбиций и тяжёлых осложнений мздоимства. И этим в числе пусть пока немногих занимаюсь я, Конфликтуоза, или просто «Доктор Нина», как называют меня мои студенты и мои пациенты – простые мозамбиканцы, ваши сограждане, давно ставшие и мне, иностранке, далеко не чужими людьми.

Пока не закончено сражение только за возмещение недоплаты по контракту 2009/10 года в размере более 6 тысяч долларов. Продолжается борьба и за то, чтобы практикующие врачи имели настоящий, а не липовый диплом; чтобы в Центральном госпитале самой густонаселённой провинции специализированную помощь оказывали больным СПЕЦИАЛИСТЫ, а не самозванцы.

Ответ на заключение министерской комиссии отправлю МЗ и в Орден Медиков. Реакции, конечно, придётся ждать очень долго. Но спустить всё на тормозах я не позволю.

Работа со студентами-выпускниками дала возможность познакомиться с местным населением. В районе, обслуживаемом здравпунктом, говорят на 3-х диалектах и друг друга не понимают. В каждой местности свои *забобоны* – есть такое древнерусское слово, означающее предрассудки, поверья. Считается, например, что беременная не должна есть арбуз и ананас, а иначе родит ребёнка с пятнами и коростами. И мясо козы ей есть нельзя, иначе ребёнок будет дрожать. А от яиц он непременно будет лысым. Мужчина, собирающийся жениться, должен есть шею и голову курицы, чтобы брак оказался крепким. Эти суеверия, застрявшие в сознании многих поколений местных жителей, очень живучи. В них, как и в колдовство, здесь верят почти все поголовно.

После 3-х выпусков врачей некоторые остались работать преподавателями, хотя им самим ещё учиться и учиться. Приведу пример из моей практики. Из 32 студентов 60% получили за свои знания *оценку негативу* – 5-6 баллов из 20. То есть знания весьма и весьма скудные, с натяжкой их можно назвать начальными. И вот такие вчерашние выпускники становятся преподавателями в Университете. А ещё успевают работать врачами в госпитале, квалифицироваться как *местраду* (специалисты). А через несколько месяцев ускоренных курсов вне страны (часто в Португалии) они умудряются даже получить уровень *дoutораменту-Phd* (докторов медицинских наук). Всем ясно, что это фикция, очковтирательство. Но министр обещал через 2-3 года обеспечить страну высококвалифицированными преподавателями, вот и «держит слово».

Уровень профессиональной подготовки кубинских специалистов не перестаёт меня удивлять. В госпитале есть электрокардиограф, но нет бумаги, поэтому он не работает. А это Центральный областной госпиталь. Есть УЗИ, есть и специалист-кардиолог, кубинец. Знакомлюсь с ним и задаю ему вопрос: как же он диагностирует патологию сердечных заболеваний без электрокардиограммы. И он отвечает: по пульсу, давлению и личному опыту. Какой молодец! Возраст – за 50, возможно, действительно замеча-

тельный специалист. Ну а электрокардиограмму за 1000 мт. пусть больной на всякий случай сделает в частной клинике.

Подменяю врача в частном здравпункте. На приём приходит механик с жалобой, что ночью был приступ болей в области левой половины грудной клетки и за грудиной; затруднённое дыхание с чувством нехватки воздуха. Это его очень напугало, и он приехал в госпиталь в приёмный покой. Там, как и всегда в это время, только *эстажиарию* – студенты 6-го курса. Выяснили историю болезни. Оказалось, что пациент много лет страдает повышенным артериальным давлением. Лечится не регулярно. Сделали гемограмму и рентген грудной клетки. Назначили гипотензивные и порекомендовали консультацию врача-интерниста.

Дело было в пятницу, в понедельник больной снова пришёл на приём, чтобы взять направление к врачу в госпитале. Знакомлюсь с его историей болезни за последние 15 лет. Все эти годы артериальное давление повышено, периодически принимает эналоприн. Последние 10 лет всегда повышено диастолическое давление. На рентген-снимках 10-летней давности конфигурация сердца нормальная, на 5-летней – уже гипертрофия левого желудочка, а на 2-летней – и правого предсердия. Больной много лет злоупотребляет алкоголем. Учитывая анамнез и имеющиеся у меня хоть и немногие объективные данные, направляю его на консультацию к врачу-кардиологу. Надеюсь, что он направит его сделать ЭКГ и, возможно, сделает УЗИ. Ответ коллеги меня удивил. Назначен диклофенак и нейробион. Доктор-специалист, видимо, решил, что это межрёберная невралгия.

С давлением 170/110 пришлось всё назначенное лечение отменить как противопоказанное и направить больного сделать ЭКГ. Встретилась со студентами-практикантами и предложила им провести обследование. Спросила, какой диагноз вы поставили бы этому больному. Ответ: гипертоническая болезнь, лёгочно-сердечная недостаточность, начинающаяся кардиопатия. Студенты не ошиблись. Почему же ошибся специалист-кардиолог?

Август 2016, в сентябре очередной выпуск врачей всех факультетов. Ноябрь и декабрь – отпуск. Холодно. Куда поехать отдохнуть пока не решила. Есть желание в Россию. Но поживём – увидим. А пока продолжаю работать в Университете.

Ректор принял новое решение: с июля месяца платить за 1 доллар не 45 мт., как прежде, а 57 (при официальном курсе 72). Обещают выплатить недоплаченную разницу за 4 месяца, в чём мы сомневаемся. Денег у Университета нет. Мозамбик на первом месте по коррупции. С января месяца 2018 г. официально не будут платить за аренду жилья, но долг по аренде за истекшие 15 месяцев все же обещают постепенно выплатить.

Опять возвращаюсь к своей жалобе на неправильное лечение моего покойного мужа и ответу Министерства Здравоохранения. О том, где произведен цитиколин, выяснить так и не удалось. А ведь это лекарство вызвало тяжелейшее осложнение (синдром Стивен-Джонсона), которое привело к смерти больного. Никто не понёс никакого наказания. Всё ограничилось лишь возмущением представителя комиссии Министерства здравоохранения, который махал перед лицами кубинских специалистов историей болезни (потом бесследно исчезнувшей) и кричал, что это «трибунал и криминал». Покричал, помахал – и всё.

В 2013 году появился новый закон, касающийся врачей-специалистов, работающих по индивидуальным контрактам. Этот закон пример дискриминации иностранных специалистов: зарплата в 2 раза меньше, чем у мозамбиканского специалиста, не оплачивают аренду жилья, проезд в отпуск. Закон вступил в силу только после оценки Административного Трибунала, который его дважды возвращал МЗ, но всё же утвердил. С января 2015 года, все подписавшие контракт, стали получать зарплату по новому закону. А вот мой муж, не дожидаясь этой даты, уже через 3 месяца оказался на зарплате мозамбиканского врача-неспециалиста и без оплаты квартиры. Дирекция госпиталя тем самым нарушила закон. Доказывать это пришлось почти 5 лет. И ещё почти год – на уровне губернатора Провинции с его уже третьим по счету юри-

стом. Похоже, вопрос будет решен положительно, но сколько сил и времени ушло на то, чтобы доказывать очевидное: закон есть закон, и его надо исполнять!

Здесь во всём видят промысел Божий. Говорят, что поделаешь, так захотел Бог, на всё Его воля, всё в Его руках, так устроен мир... Как трудно быть Богом! Как трудно быть Человеком, быть созданным по образу и подобию Его! Иметь душу и совесть, а вместе с ними свободу и обязанность выбора – быть творцом или разрушителем, служить добру или Мамоне.

Решилась. Еду в отпуск в Россию. Москва и Санкт-Петербург. Обещают очень морозную зиму. В мороз не была в России более 15 лет. Авось не замёрзну. Я же родом с Севера.

Отпуск прошёл хорошо. Морозов сильных не было. Вернулась в Нампулу. Чемодан не потеряла. Снова работаю со студентами-практикантами. Это шестикурсники. Год пролетел быстро. Получила приглашение на встречу в свою альма-матер на 24 июня. Встречаться каждые 2 года решено было на предыдущей встрече. Нас становится всё меньше. Надо ехать.

Ответа на мою жалобу нет ни из МЗ, ни из Ордена Медика. Врачебные ошибки почти недоказуемы, даже в развитых странах, что уж говорить о странах развивающихся...

Познакомивших с историей учёбы кубинских медиков, поняла, как Куба умудряется подготовить столько врачей с таким уровнем теоретических и практических знаний. Свои навыки они приобретают, в основном, в Африке и Латинской Америке. Это их «испытательный полигон». И ВОЗ лучше бы воздержаться от хвалебных од в адрес «компетентных и внимательных кубинских врачей», которые «постоянно учатся». Впрочем, с последним, ознакомившись с их Curriculum Vitae на 30 страницах, я готова согласиться. Вот только не могу понять, а когда же они работают? Такое до сие достойно высшей похвалы! Книги рекордов Гинесса! Давайте дружно им похлопаем... А то, что такой «гений» не знает какие обследования надо назначить для постановки диагноза, не может отличить грануляции в слуховом проходе от холестеатомы, это пустяки, мелочи жизни. Я понимаю, нельзя быть такой придиричливой!

А в госпитале снова бесследно исчезли 2 истории болезни умерших. Хорошо отработанный сценарий.

В этом году дожди задержались. Но вот в апреле, почти каждый день ночью дождь. В мае дожди прекратились, но для этого месяца в Африке довольно прохладно. Обычно холодает в июне-июле – днём +23-25 градусов, а ночью до +16-20.

Период дождей в этом году задерживается. Стоит сильная жара, уже с утра +35-40 градусов. Жалуются даже местные жители. Климат меняется, это чувствуют все.

В отпуск еду в Англию. Надо решить кое-какие финансовые проблемы. Расценки здесь заоблачные. Так, Генеральная доверенность в Украине стоит 20 долларов, в Мозамбике с легализацией и апостилом – 10 долларов, а в Англии – 670 фунтов (более 1000 долларов).

И снова не могу не прокомментировать уровень образования некоторых врачей и преподавателей. Руководитель предприятия «Тойота», моя хорошая знакомая, просит узнать, что с сыном рабочего её предприятия. А история такова: болен с декабря 2014 года; первый осмотр – в госпитале г. Мапуто. Сказали, что опухоль в брюшной полости. Никаких обследований. Больной приехал к родителям в провинцию. Прием у врача ЦПГ. Диагноз тот же и лечение то же: Железо и витамины. У больного слабость и гемоглобин 6. Никаких обследований с целью уточнения какая именно опухоль. За 3 года опухоль выросла до величины детской головки. Постоянная слабость и низкий гемоглобин. В конце октября 2017 года был госпитализирован в терапевтическое отделение с гемоглобином 4-5. Семья 10 раз сдавала кровь. Сделана аспирационная биопсия. Диагноз – лимфома или лимфобластома. Для окончательного диагноза необходима лапоротомия и биопсия. Хирурги отказываются их делать из-за низкого гемоглобина (ниже 8). А лечение sal ferroso (сульфат железа), acido fólico (фолиевая кислота) и переливания крови. А опухоль растет. Сделано УЗИ и по описанию врача-имажониста (кубинец) все прекрасно, даже не написал, что имеется опухоль, её размер и расположение. Можно ли поверить, что он врач-имажонист?

Для меня этот случай интересен и тем, что могу разобрать его со студентами-практикантами. Начинаю с врача-патанатома. Может ли это быть лимфобластома? Опухоль уже почти 4 года, медленно растущая, анализ крови – низкий гемоглобин, нейтропения. Соглашается, что это лимфома, но то, что пациент болен уже почти 4 года, не знал. В отделении работает 2 врача-интерниста (мозамбиканец, завотделением и кубинец, по совместительству преподаватель по терапии в Университете) и 3 врача общей медицины. Больного ведёт врач с 5-летним стажем, из них 3 года отработал в районе. Спрашиваю у завотделения, почему за 45 дней больного не посмотрел ни онколог, ни гематолог, не сделана ТК и не проведен консилиум? Говорят, консилиум был – из тех 5 врачей, что работают в отделении. Я: «Доктор, это разве консилиум?» Попросила врача-онколога срочно посмотреть больного, а хирурги назначили лапоротомию после очередного переливания крови, чтобы взять кусочек опухоли.

Есть Бог на свете. В день операции не было кислорода и всё назначенное отменили. К тому времени я уже нашла информацию о лимфомах. Классическое описание опухоли нашего пациента. Это одна из разновидностей лимфом – лимфома Буркит спорадическая, чувствительная к химиотерапии (циклофосфамид) и при раннем лечении продлевает жизнь на 10 лет.

Врач-онколог назначил химиотерапию и уже после первой инъекции опухоль уменьшилась.

Для меня же описанный случай – дополнительная возможность спросить студентов, что они знают вообще о лимфомах. Их ответы я осталась не удовлетворена. О лимфоме Буркит эндемической знают, а вот о спорадической и не слышали. Теперь будут знать.

Отпуск провожу в Англии и окончательно для себя решаю, что оставшуюся жизнь я здесь провести не хочу. В июне исполняется 30 лет моей работы в Мозамбике. Здесь похоронен мой муж. Здесь у меня много друзей. Жить надо там, где тебе хорошо. Продолжу работу в Университете. У меня есть, что передать студентам.

Многие воспоминания остались не написанными. На многие вопросы я так и не получила ответа. Да я и так знаю, кто похи-

тил историю болезни моего мужа и кто виновен в его смерти. Но закон Бумеранга еще никто не отменял. Ответа от МЗ и Ордена Медику я так и не получила. Значит, им нечего ответить. Но молчание – тоже ответ. Знак согласия. Правда за мной.

А пока продолжаю работать в Университете со студентами 6-го курса, проходящими практику в госпитале. Здесь завершилась ежегодная научная конференция. Лучшими признаны педиатры на курсах *местраду* (будущие специалисты). Они же выпускники 2014 года нашего Университета. Врач Жоел, о котором я уже писала, что устроил бизнес на операциях на носовой перегородке и конхотомиях, погорел. Выяснилось, что он не специалист-отоларинголог. А у моей кубинской коллеги, врача-отоларинголога, тоже свой бизнес. Тонзиллит она лечит, включая и детей, внутримышечными инъекциями пенициллина бензатиника в течение 3-х месяцев. Это, по-видимому, один из новых методов лечения по-кубински. Как это ВОЗ еще не объявило в мировом масштабе о новом и эффективном методе, опробованном в Мозамбике. Правда, этот метод у нее в основном для бедных. И в дальнейшем – операция. Для тех, кто может оплатить, удаляют миндалины и несуществующие аденоиды. И всем хорошо. Как такового контроля за лечением не существует. Я называю это «бизнес по-кубински». О нём я уже писала, рассказывая о врачах акушер-гинекологах. Нищета толкает на преступления.

29 июня 2018 очередной выпуск врачей. Между семестрами 2 недели свободного времени. Лечу на неделю в Португалию и на неделю во Францию.

Страна меняется, хотя и не так быстро, как бы хотелось. Коррупция не даёт. В провинции поменялась партия власти. И я снова должна бороться за соблюдение закона. Законы хорошие, но их не хотят выполнять. Так, мой гараж оказался посреди ресторана, который открыл сомалиец. Они мне говорят: «Доктор, в Африке нет законов, все решают деньги». Приходится доказывать обратное. «Самора Машел в юбке», – услышала я о себе. Это первый президент, национальный герой, борец за справедливость.

Ноябрь 2018 года. Стоит сильная жара. Мало фруктов.

Отпуск проведу в Москве и Ленинграде. У меня серьёзно больна сестра Элла, тяжело больна. Отношение врачей к пожилым поражает своим бездушием. Выросло новое поколение. Время ушло вперёд, но по пути мы потеряли что-то очень важное. Я понимаю, в прошлое нельзя вернуться. Другая жизнь, другие ценности, другие понятия о доброте и сострадании. И от этого никуда не деться. Так везде. Увы!

Не могу не прокомментировать разгорающийся конфликт на уровне Президента Бразилии и Министерства здравоохранения Кубы. Как платить кубинцам, где и сколько? Какой процент из их зарплат забирает себе кубинское государство вопрос сугубо внутренний. И решать его сторонним силам негоже, пусть кубинские врачи и госструктуры разбираются между собой сами. Мне интересно другое. Реакция МЗ Кубы на то, что их врачи в Бразилии должны предоставлять свой диплом врача, сертификат о специализации, эквиваленцию диплома от Министерства образования Бразилии и обязательно проходить трёхмесячные курсы португальского языка.

Я уже писала и предлагала ВОЗ оценить дипломы 40 тысяч кубинских врачей (а, может, и не врачей), работающих в 62 странах мира. Но этого не случилось и не случится, ВОЗ не заинтересован в скандале. Но шила в мешке не утаишь. Прав президент Бразилии, что хочет знать, кто лечит его народ за приличные зарплаты. Иностраный врач здесь получает 4000 долларов в месяц. И это деньги из бюджета, то есть народные деньги. На мой взгляд, абсолютно правильная позиция. Хотя многие кубинские врачи с ней не согласились. Из страны в срочном порядке уехало 11 тысяч врачей. Осталось 9 тысяч. Вполне возможно, что эти 9 тысяч имеют подлинный диплом врача. Но тут встаёт ещё один большой вопрос – а сколько среди этих врачей-специалистов?

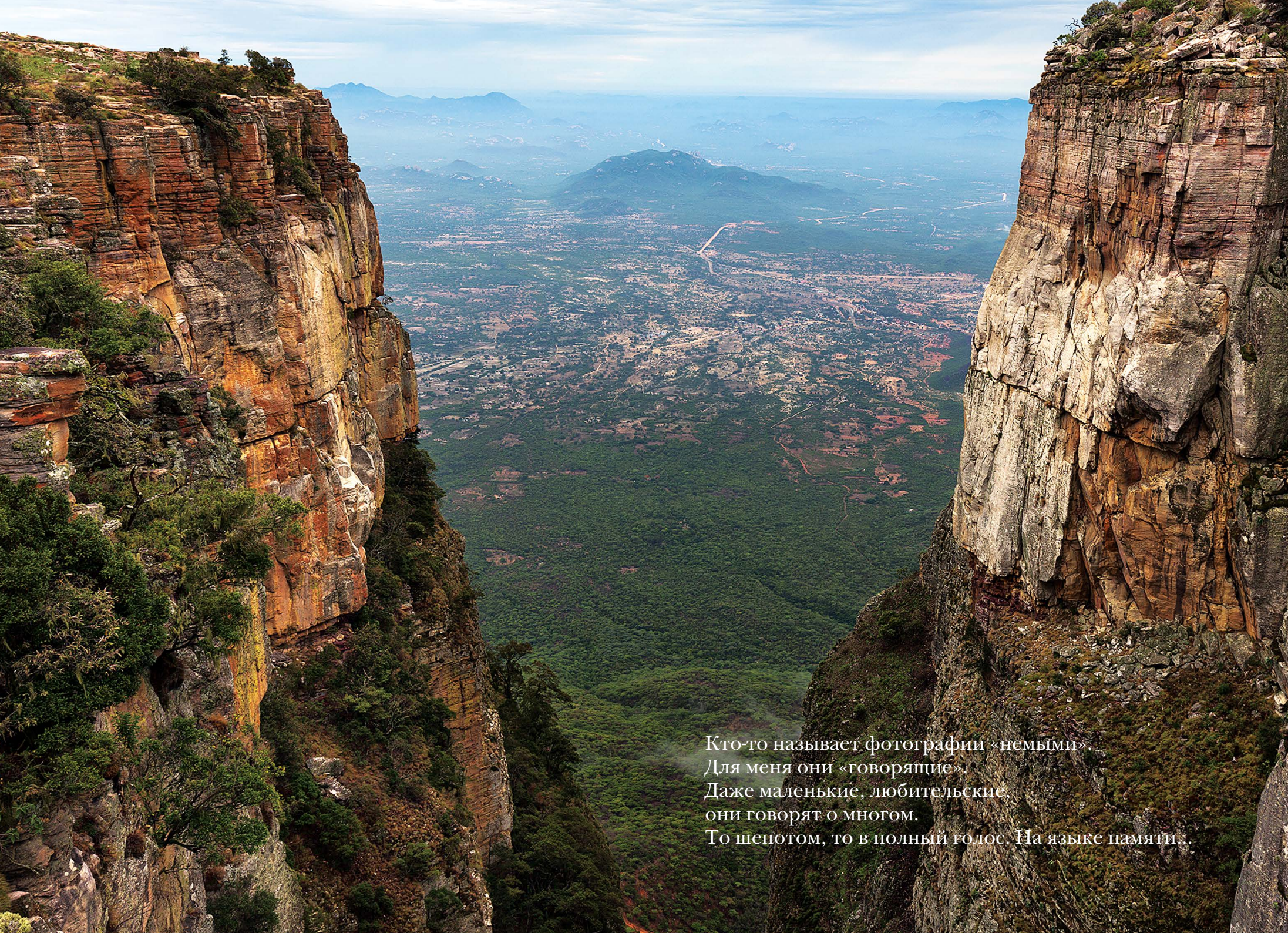
Я обратилась к этой истории потому, что точно такая же ситуация с контрактами кубинских врачей и в Мозамбике. И разрешить её, как и в Бразилии, может только президент. Конечно, если ему не безразлично, кто и как лечит его народ.

В июне 2018-го исполнилось 30 лет моей врачебной деятельности в Мозамбике. А в Африке я уже 30 лет и 3 года. Символично. Как в русской былине. Самое время завершить свой сказ. Возможно, мои записки помогут будущим врачам, которые приедут работать в Мозамбик. Возможно, они помогут властям Мозамбика лучше понять нас, иностранцев, которые служили и служат вашей стране честно и преданно, как своей второй родине. И ещё, возможно – я на это очень надеюсь! – словом приветом, моей памятью и любовью они поддержат тех добрых и славных людей, с кем свела меня жизнь. Упомянутые и не упомянутые в этой книге, живущие и ушедшие, вам мой низкий поклон.

А тебе, народ Мозамбика, счастливого будущего! Мира и процветания тебе, Африка, прамактерь рода человеческого; континент, в недрах которого залегают густая нефть вечности и алмазные копи нового ещё не открытого времени. Я люблю тебя, земля Надежды, знакомая и неведомая, бунтующая и безмятежная, пылкая и равнодушная. Манящая. Влекущая. Моя.

Нампула. Мозамбик
19.06.2018





Кто-то называет фотографии «немыми»
Для меня они «говорящие»
Даже маленькие, любительские
они говорят о многом.
То шепотом, то в полный голос. На языке памяти...



Как молоды мы были...
 Мой Володя и я.
 Фото из выпускного
 студенческого альбома.
 Это 1965 г.
 Отныне мы врачи.
 На всю оставшуюся жизнь...



Врачебный приём
 акушер-гинеколога
 Владимира Бондаренко.
 За безотказность
 и неутомимость
 его прозвали
 «железным человеком».
 Лубанго.
 Ангола. 1982 г.



Новый 2014 год.
 Последняя встреча вместе

Диплом чести доктора Владимира Бондаренко —
 своего рода знак врачебной доблести,
 свидетельство высокого профессионализма
 и безупречной репутации.
 Нампула. Мозамбик. 2006 г.





Встреча выпускников
Северного государственного медицинского
университета (бывшего АГМИ – Архангельского
государственного медицинского института).
Мы все состоялись как врачи



Окончание цикла ЛОР
в Провинциальном госпитале Нампулы.
2014 г.



Одногруппницы АГМИ 50 лет спустя.
Архангельск. 2015 г.



Урок «Здоровье населения», проведённый под тенистой мангейрой –
манговым деревом. Нампула. Университет Луриу. 2013 г.



После
урока
анатомии.
2012 г.



Как не всякий спортсмен может стать хорошим тренером, так и не всякий врач-практик может стать хорошим преподавателем.

Тут нужно уметь говорить о сложном доходчиво и просто. И при этом держать аудиторию, сосредоточить её внимание и интерес на предмете. Преподаватели университета. 2013 г.



Отоларинголог
Провинциального
госпиталя Нампулы
доктор Александр
из Руанды.
Нампула. 2014 г.



Практические занятия
со студентами 4-го курса. 2014 г.

Крещение дочки наших друзей. 2003 г.





Ректорат медицинского факультета
Университета Луриу.
2019 г.



Ректор
Университета
Луриу
доктор Ноа.
2019 г.



Фото на память
с выпускниками. 2019 г.



На празднике
по поводу окончания
университета.
Нампула. 2017 г.

Надгробие
на могиле доктора
Владимира Бондаренко.
Нампула.
Мозамбик



Источник
пресной воды Сибя-Сибя
на берегу океана.
Муссурил.
Надпись: «Вода и женщина
хороши, когда жаждешь»



Водопады
заповедника
Горонгоза.
Провинция Софала.
Фото 2009 г.



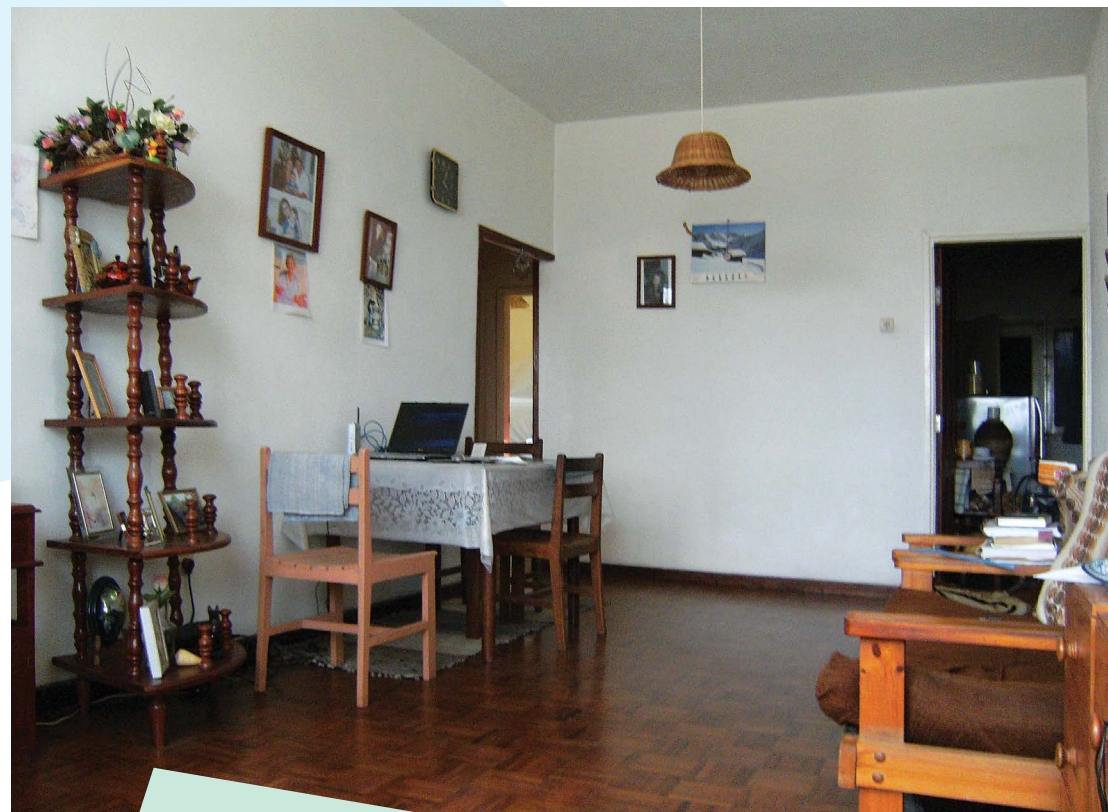
Африканские закаты.
Это Шокаш-Мар.
Место силы и дивной
красоты.
Во времена колониализма —
модный курортный городок.
Потом все пришло в упадок.
Я первая построила здесь
новый загородный дом.
Затем моему примеру
последовали многие.



Дом,
построенный
мною в Шокаш-Маре
в 1998 г.
Вместе с подругой
и группой
энтузиастов мы
собрали деньги
и за весьма
скромную сумму
восстановили
городской
водопровод
и медпункт.



Мои сосны, посаженные в 1998 г.
Теперь они роскошные. После смерти мужа я продала дом
в Шокаш-Маре, где мы так любили бывать вместе.



Зал моей квартиры в Нампуле.
1998 г.



Дом времён Давида Ливингстона. Шипанго.
Замбезия. 2009 г.



Музей Вашку де Гамы
(так по-португальски)
на острове Мозамбик
(есть такой остров!).
Фото 2002 г.



Надгробие на могиле Мэри Ливингстон,
верной жены и помощницы знаменитого
путешественника-первопроходца.
Провинция Замбезия. Фото 2009 г.

Строительство моста на реке Замбези,
одной из самых полноводных в Африке.
Я проработала здесь врачом с первого
и до последнего дня грандиозной стройки.
Это было незабываемое время.
2008 г.



Крепость на острове Мозамбик. Фото 1997 г.



Туристический комплекс
моих друзей «Горы Наируку».
Фото 2007 г.



Самый старый католический костёл в Мозамбике. Ливингстон, прибывший в Африку в качестве миссионера, сумел обратить в христианство только одного человека — своего слугу из местных. Однако со временем католическая вера укрепились и распространилась во многих африканских странах, бывших колониях. Остров Мозамбик. Фото 2003 г.



Церковь в Шипанго. Замбезия. Фото 2008 г.



Мангейра,
манговое дерево.
Фото 2015 г.



Виадук
питьевой воды
в Муррумбале.
Фото 2008 г.



Мост на остров Мозамбик. Фото 2003 г.



Пальота –
местное жилище.
Замбезия.
2008 г.

Так называемая «улучшенная уборная», благополучно построенная без всякой иностранной помощи. Потом подобные сооружения стали строить на средства международных финансовых фондов. Расценки взлетели до небес. Деньги улетали в трубу, точнее – в унитаз. Замбезия. 2008 г.



Очередное наводнение на строительстве моста.
Сайта. 2008 г.

Папайя.
Мало кто знает,
что фрукты,
выросшие
в жарких
климатических
зонах, содержат
довольно мало
витаминов.
Те, что произрастают
в северных широтах,
намного полезнее.



Кокосовая пальма



Какана



Незаменимый транспорт для Африки.
Сайа. 2009 г.



Калорао



На приём к врачу.
Медицинский центр
Муала. 2015 г.



Базар в Кайте. 2008 г.



Базар на пути в порт Накала.
1998 г.

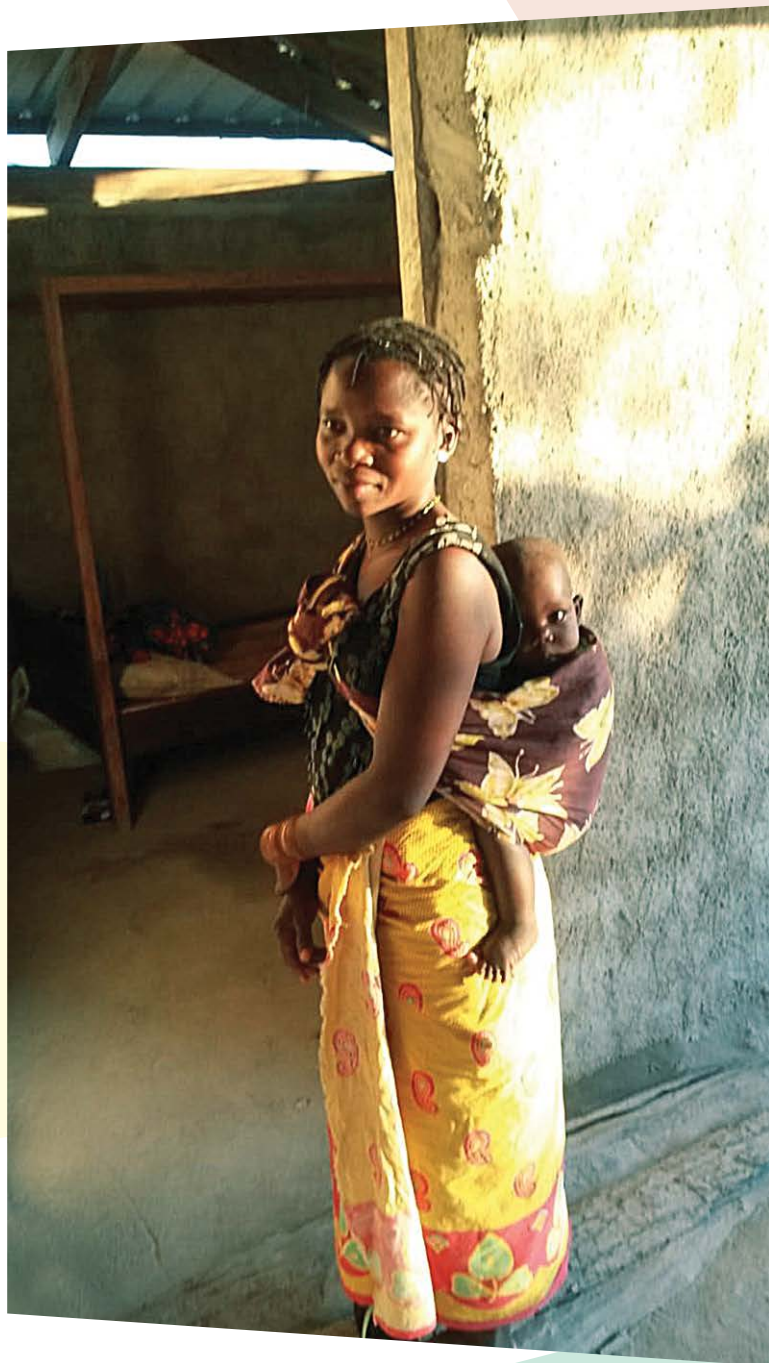


Уж попался.
Кайя.
2008 г.

Местный музыкальный ансамбль на инаугурации (так здесь принято называть церемонию введения в строй или открытия) нового дома. 2011 г.



Так
удобней.
Кайя.
2008 г.



Культурная
программа на
вручении дипломов.
Отплясывают лихо.
Вот если бы и учились
все с таким же рвением!
Нампула.
2019 г.



Скульптуры
из слоновой кости.
Среди местных мастеров
есть истинные
таланты-самородки.
Келлимани. 2008 г.



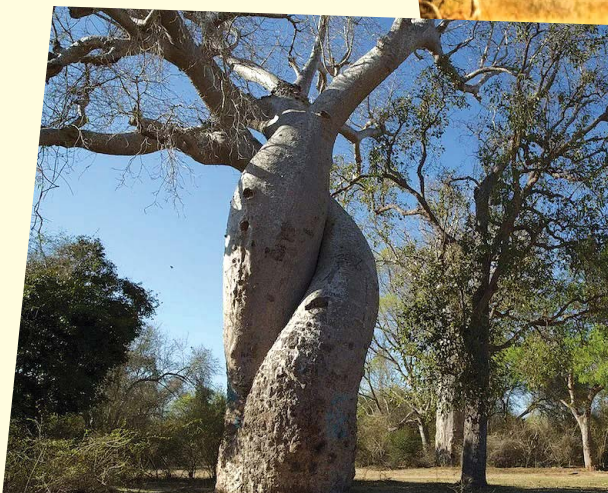
Где это видано, где это слыхано...
Коза-пассажирка.
Кажется, ей нравится.
И водителю тоже.
Кайа. 2008 г.



Последний убитый крокодил
на стройке. От них пострадало
несколько рабочих.
Два человека погибло.
Кайа. 2009 г.



Животный
и растительный мир Африки
все ещё очень разнообразен.
Сохранить его – задача
для всего человечества.





Закат на океане.
Шокаш-Мар. 2014 г.





Когда мы говорим о красоте природы,
то часто добавляем «божественная». И это справедливо.
Я отношусь к природе, как к творчеству Бога.
Как к ещё одному доказательству существования Творца.



Для меня этот серпантин
своего рода метафора исторического
пути Африки. На котором пришлось так много
петлять, чтобы не упасть в пропасть.
Верю, что это путь к вершине.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

ДОКТОР НИНА
ЛЕЧИТ ОБЩЕСТВО

7

МОЯ АФРИКА

Часть первая

АНГОЛА 11

Часть вторая

УКРАИНА
И СНОВА АФРИКА.

МОЗАМБИК 51

Серия
«Человеческий голос.
Народные мемуары»

Н.Н. БОНДАРЕНКО-МАТЮНИНА

МОЯ АФРИКА

АНГОЛА – МОЗАМБИК

1981–1984, 1987–2020

Редактор *А.В. Дорошев*

Корректор *Н.И. Иванова*

Верстка и художественное оформление – *А.П. Зарубин*

Издательство «Дорошев»

Подписано в печать 11.02.2020

Бумага офсетная. Гарнитура *Times New Roman*

Формат 60х90/16

Печать офсетная. Усл. печ. л. 12

Тираж 50 экз. Заказ № 365