

2019/1

ТРИ СЕСТРЫ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ
ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ «ТРИ СЕСТРЫ»



«Я могу говорить». Помните молодого заикающегося человека, который после сеанса гипноза может громко и чётко несколько раз повторить: «Я могу говорить»? Документальная съёмка, её использует Андрей Тарковский в прологе фильма «Зеркало».

Не знаю, под какой гипноз попали мы. Или просто пришло время. Шесть лет мы настойчиво развиваем реабилитацию. 1 тысяча пациентов в год, взрослые и дети. 250 человек в команде. 6 тысяч квадратных метров. Большая клиника. К цифрам можно быть готовыми: их планируют, в них инвестируют, по ним оценивают результат.

А рядом происходят вещи, которые неожиданны и не сразу измеряемы. Сначала нас просят написать статью, потом выступить на международном форуме, принять группу волонтеров на лето. Постепенно из обязанности лечить рождается обязанность говорить. Обязанность переходит в желание.

Интересно говорить на медицинские темы – сложно. Недостаточно глубоко разбираться в теме. Важно уметь обращаться со словом. Принять его и полюбить как свой профессиональный инструмент. Мы учились этому. И вот у вас в руках этот журнал. Не относитесь к нему как к корпоративному вестнику о медицине. «Три сестры» всегда про вдохновение. Мы сделали его на одном дыхании в соавторстве с друзьями-редакторами, профессиональными сценаристами, талантливыми фотографами и иллюстраторами.

«Внимание... смотри на меня... на счет три... я могу говорить».

Анна Симакова,
генеральный директор
центра реабилитации
«Три сестры»

Содержание

2019/1

Цифры

20 фактов | 5

Клиника «Три сестры» в цифрах за шесть лет работы.

Практика

5 статей за 7 дней | 8

Как сотрудники учились писать о своей профессии.

Как это работает

Кто такой физиотерапевт | 10

Один день из жизни физиотерапевта | 12

Золотые слова | 14

Ключевые понятия, без которых не обойтись в разговоре о современной реабилитации.

Рука в руку | 16

3 метода физиотерапии.

Нам нужно поговорить | 18

Философия альтернативной коммуникации.

Опыт

Новый пациент | 20

Как физиотерапевт завоевывал доверие пациента-подростка.

Алексей Попогребский | 32

Известный кинорежиссёр об опыте первой госпитализации.

План поправок писателя

Камилла Ахметова | 40

О восстановлении мамы после инсульта.

От первого лица

Слово врача | 22

Специалист по речевой коммуникации Анна Валл о целебной силе слова.

Интервью

Дмитрий Кухно | 26

Главный врач центра «Три сестры» об американском опыте управления болью и добрых самаритянах.

Ольга Камаева: «Спасибо, что вы изумились» | 35

Реабилитолог и педагог о современном подходе к реабилитации.

Британский нейропсихолог Джилл Вайнгардт | 38

«Всё больше людей будут нуждаться в реабилитации».

Свои люди

Шеф-повар Ульяна Тихмянова | 44

«Кто варит варенье в медном тазу, тот жить собирается долго».

Сёстры Екатерина Полудницына и Ксения Семичёва | 46

Вместе на работе и дома.

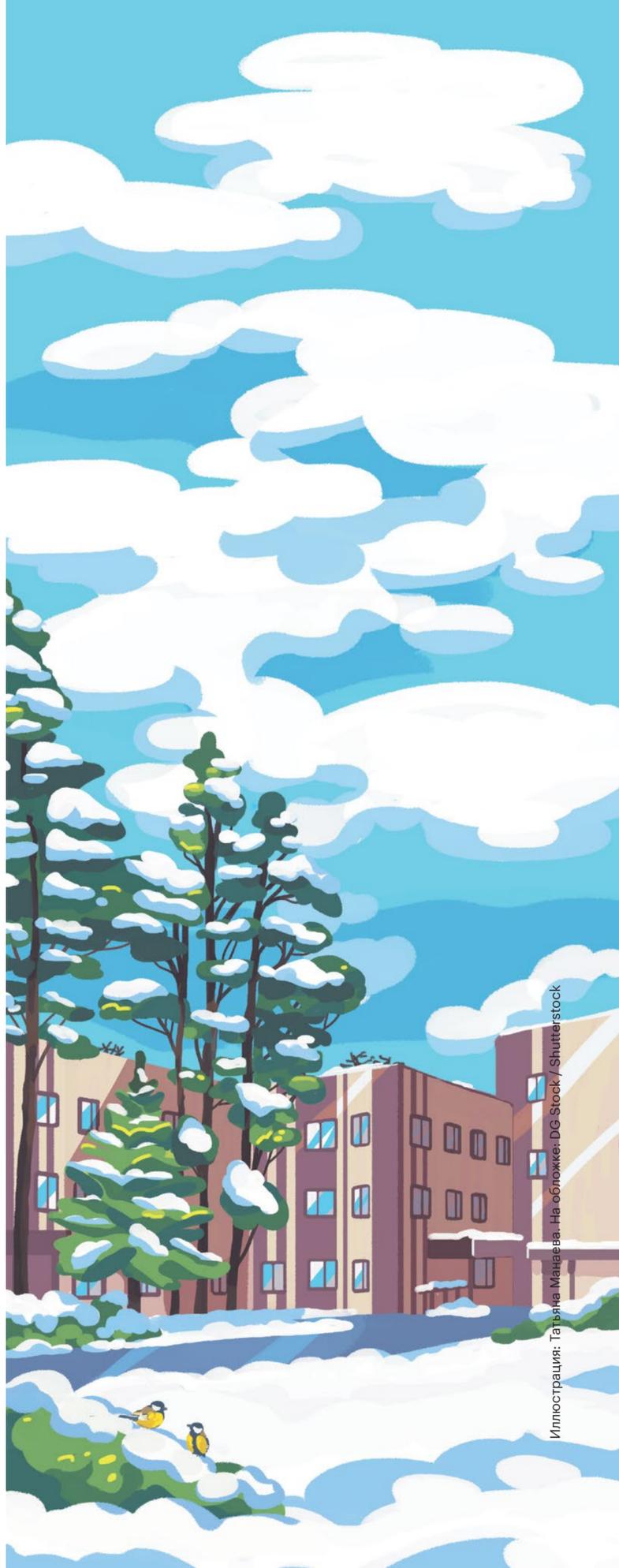


Иллюстрация: Татьяна Маняева. На обложке: DG Stock / Shutterstock

1



Наиболее распространённый миф о клинике, связанный с её названием, что клинику основали три сестры. На самом деле нет. Просто мы любим русского писателя Чехова. Палаты у нас названы как его рассказы или герои: «Крыжовник», «Дама с собачкой», «Каштанка». А главный зал для больших собраний – Антон Павлович.

2



Мы построили реабилитационный центр в живописном подмосковном лесу, где даже не было почтового адреса, и специально просили местную администрацию присвоить нам адрес по улице Чехова, дом 3 (поскольку в пьесе как раз три сестры). Но так как мы были первыми и единственными на этой улице, то получили дом № 1.

3



Буквально через полгода работы клиника чуть не закрылась. У нас было всего два пациента. Акционеры всерьёз хотели закрыть проект. Тогда мы провели благотворительную акцию и бесплатно пролечили 25 человек. Благодарные пациенты запустили волну позитивных отзывов. Через месяц мы вышли на точку безубыточности.

20 ФАКТОВ

о клинике «Три сестры» за шесть лет работы

4



Первый главный врач проработал два месяца после открытия центра. Мы не сошлись по этическим принципам. Он говорил так: «Этого пациента нельзя брать, он у нас умрёт». Дмитрий Викторович, наш действующий главный врач, был 42-м кандидатом. Он до сих пор говорит так: «Если мы не поможем этому пациенту, он умрёт».

5



Однажды в центре произошла кража. Воры влезли в окно и украли компьютер генерального директора. Утром горничная обнаружила беспорядок, но решила, что он рабочего толка. Окно быстро починили. Полиция смогла найти только отпечаток кроссовок Adidas на подоконнике. Компьютер и преступников так и не нашли.

6



Самое частое недовольство пациентов – плохая дорога. Она тянется два километра через лес. Мы системно её ремонтируем, но профинансировать полноценный асфальт может только районная администрация. А вот самая безумная жалоба пациента – это отсутствие в нашем меню красной икры и маринованной сельдочки.



Наша клиника — четырёхэтажное здание площадью 6 тысяч квадратных метров. Сотрудники, которые носят фитнес-браслеты, говорят, что в среднем проходят по центру 7 тысяч шагов в день, а наиболее активные — до 11 тысяч. Те же, кто хочет сэкономить энергию, передвигаются по клинике на самокатах.

8



В нашем штатном расписании 230 сотрудников и 200 фамилий. К нам приезжают из регионов и устраиваются в самые разные отделы члены одной семьи. Мы не боимся семейственности. Самая большая семья из пяти человек: мама работает эрготерапевтом, её родители и муж — в службе по уходу, а дочь — в отделе продаж.

9



Самым необычным образом к нам на работу попал физиотерапевт Кирилл Андреев. Он приехал из Челябинска как сопровождающий пациента инструктор. Когда курс реабилитации его подопечного закончился, Кирилл пришёл с просьбой остаться у нас учиться. Через три года он стал старшим физическим терапевтом.

14



У нас нет залов, заполненных тренажёрами и роботами. Они не помогут. Для результата нужны индивидуальная программа восстановления, конкретные цели и сотрудники, которые знают, как достичь этих целей. Поэтому мы много инвестируем в обучение. В 2018 году наш образовательный бюджет достиг 6 млн рублей.

15



Самым высокопоставленным пациентом была мама президента Республики Гвинея. В середине курса её помощник сообщил: «Госпожа видела плохой сон, она желает срочно навестить внуков». В этот же день за ними приехал правительственный кортеж. А спустя неделю мы получили благодарственное письмо из посольства.

16



Самым неадекватным клиентом оказалась дочь, которая привезла парализованную маму после инсульта. Прямо в клинике дочь начала заниматься спортивной ходьбой и отказывалась платить. Выяснилось, что она сбежала из психдиспансера и забрала маму из больницы. Не спрашивайте, как мы их выписывали.

10. «Какая у вас мечта?» — наш обязательный вопрос на интервью к соискателям. Мы коллекционируем ответы: «Найти своего прадедушку в Париже», «Взойти на Эверест», «Найти лекарство от старости», «Жить жизнью, как все средние люди».

17. У нас есть премия «Прорыв года». Правление компании определяет сотрудника, который добился высоких результатов в своём развитии. Победители награждаются призами, например, два билета на «Сапсан» бизнес-классом, ночь в номере люкс spa-отеля Hilton, оплата контракта на роды.



11

Реабилитационный центр — это место, после которого пациент окажется дома. Наша задача — научить человека пользоваться его привычной средой. Поэтому мы построили тренажёр «easy street». Это имитация улицы, где есть подъезд, почта, магазин, такси, светофор и пешеходный переход. Говорят, похоже на кинопавильон.



12

Кино — индустрия, к которой мы часто обращаемся. В штате клиники есть режиссёр и оператор. А ещё мы приглашаем артистов. В формате тренингов они играют пациентов со сложными запросами и жалобами. Через такие этюды доктора учатся выходить из нестандартных ситуаций с пациентами и их семьями.



13

На работе сотрудникам разрешён сон, если это не вредит расписанию реабилитации пациентов. Для этого в центре организовано пространство lounge, которое похоже на бизнес-зал аэропорта. В этой комнате запрещено говорить по телефону, обсуждать работу и есть, зато можно слушать музыку, читать и спать.



18

Если сотрудник увольняется, он знает, что обратно его не возьмут. Правда, бывают исключения. Если кто-то очень талантливый хочет вернуться, мы голосуем. Один сотрудник до сих пор работает с большими бонусами, а другой уволился второй раз и снова попросился обратно. Голосовать мы больше не стали.



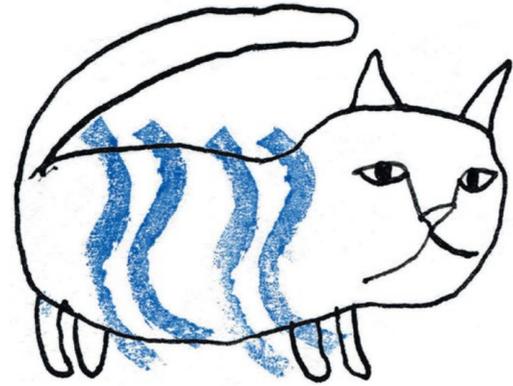
19

Самому взрослому нашему пациенту было 96 лет, а самому маленькому — всего 2 года. Мы совершенно не боимся иметь дело ни с детьми, ни с пожилыми людьми, а принимаем решение о госпитализации в клинику, ориентируясь исключительно на реабилитационный потенциал нашего будущего пациента.



20

Однажды на день рождения компании мы пригласили выступить группу «Uma2rman». У них есть песня «Гороскоп». В припеве такие слова: «Но если ты, как Путин, Веса, то всё будет нормально, не ссы!». Артисты заменили первую строчку на «Но если ты попал в Три сестры». Эта песня стала гимном наших сотрудников.



ПЯТЬ СТАТЕЙ ЗА СЕМЬ ДНЕЙ

Как сотрудники
клиники «Три сестры»
учились писать
о своей профессии

Текст: Михаил Житков,
старший менеджер

Сейчас у каждой компании есть своя страничка в соц-сетях. Магазин вязаных носков, парикмахерская для собак, металлопрокатный завод — неважно, что ты продаёшь. Важно завести корпоративный блог и регулярно постить цитаты известных людей или картинки с котиками.

Клиника «Три сестры» (было дело) тоже прибежала к опции «котики», но нам хотелось другого. А именно маленького медиа с полезным для читателей контентом. Мы пробовали публиковать исследования на русском языке и переводы иностранных статей, мы заказывали тексты копирайтерам. Но посты получались либо слишком поверхностными (копирайтинг).

Понятно, что, если хочешь сделать хорошо — сделай сам. Лучше нас самих никто не расскажет о том, почему мы не лечим людей глицином, почему пациентам нужны еженедельные встречи с семьёй и почему занятия с физическим терапевтом должны быть строго индивидуальными.

Проблема: мы не умеем писать!

Решение: надо научиться!

Любовь Мульменко: Сейчас моя основная работа — сценарная. Я сочиняю фильмы, а тренинги если и провожу, то соответственно по сценарному мастерству. Мне приходилось иметь дело и с журналистами — до кино я несколько лет проработала редактором в интернет-медиа. Но что журналисты, что сценаристы — люди пишущие. Сотрудники «Трёх сестёр» — первая в моей педагогической практике «непишущая» группа. То есть в каком-то смысле дебютировали не только они (как авторы), но и я (как тренер непрофессиональной сборной).

Для начала «Три сестры» объявили конкурс на лучший текст. Любой сотрудник мог написать статью на тему, которая хотя бы косвенно связана с реабилитацией. Авторы пяти лучших текстов отправляются на недельный тренинг с опытным редактором. Важный мотивирующий момент: место учёбы — пятизвёздочный отель в Кемере. Там, в максимально расслабленной атмосфере, победители конкурса будут писать тексты, разбирать их в группе и вносить правки. Домой каждый автор должен вернуться с пятью доведёнными до ума статьями и с новыми знаниями.

Л. М.: В первых текстах было полно ошибок. За семь дней творческой командировки авторы научились их исправлять, а ещё искать ёмкие формулировки взамен громоздких и переводить теорию в примеры.

Как менялись тексты

До

Проблема восстановления функциональных взаимосвязей между нервной системой, руководящей двигательным актом, и мышцами, непосредственно осуществляющими движения, является одной из ключевых в нейрореабилитации.

После

Физическая терапия служит тому, чтобы восстановить связь между мозгом и мышцами.

До

Всемирная организация здравоохранения проводит конгрессы, на которых учёные рассказывают об обнаруженных закономерностях развития мозга и новых особенностях лечения. Дальше эти факты перерастают в клинические рекомендации при работе с пациентом.

После

ВОЗ проводит конгрессы, где учёные рассказывают об открытиях в области нейробиологии и новых тактиках лечения. Из этих докладов вырастают клинические рекомендации врачам.

До

На ресепшн подошла мама и сказала, что эрготерапевт не даёт адаптированную ложку для её дочери. Попросила меня дать им эту ложку. Я растерялась.

— У нас нет этой ложки. Давайте я сейчас возьму её у эрготерапевта сама?

— Вы только, пожалуйста, не говорите, что я вам рассказала. У нас очень хороший эрготерапевт.

После

Когда я только начинала работать на ресепшене в «Трёх сестрах», случилось вот что. Ко мне подошла мама пациентки Гали и попросила специальную ложечку для кормления, потому что врач-эрготерапевт им в этой просьбе отказала.

— Вы только не подумайте, Ксения — очень хороший эрготерапевт! Не говорите ей, пожалуйста, что я к вам обратилась.

Идея конкурса нас захватила. Все горячо обсуждали темы (о чём же, о чём же писать?), набрали рекомендованной литературы и были полны решимости приступить. Но, приступив, поняли: что-то идёт не так. В текст против нашей воли лезли шаблонные фразы и канцелярский язык, к которому мы привыкли сначала из-за сочинений в школе, потом из-за рефератов в институте и деловой переписки в офисе.

Я один из победителей конкурса и пишу этот текст в последний день нашей творческой командировки. Буквально под пальмой пишу! Теперь я понимаю, что затевалась эта поездка в первую очередь ради нас самих — как мы формулируем, как мы мыслим?

Я понял, что могу одновременно любить и ненавидеть свой текст. Что, с одной стороны, нужно уметь его защищать, а с другой — безжалостно удалять из него целые абзацы. Что «нижние конечности» в переводе с научного на человеческий — «ноги». Что круто — это не когда ты показался читателю очень умным, а когда читатель тебя понял.



Л. М.: Самое главное, чему мы научились, — это рассказывать истории нескучно. Стилистические проблемы поможет решить редактор, но он не сочинит за тебя интересный рассказ. Редактор ремонтирует — строит автор. Будем считать, что с малоэтажным строительством мы чуть-чуть разобрались.

Ну и разное другое случилось за семь дней в Турции. Кроме совместного тренинга мы нечаянно пережили и тимбилдинг. Пока лечили больные спины бодибилдеров в хаммаме, пока отбивались от ухаживаний непонятной семейной пары, пока, обременённые домашним заданием на завтра, регулярно тренировали силу воли рядом с бесплатной барной стойкой. В этом номере опубликовано семь статей, которые мы привезли с собой. В очереди ещё восемнадцать для нашего интернет-издания. ☺

Любовь Мульменко, сценарист, редактор. Вела занятия в Московской школе нового кино, в кинолаборатории Александра Сокурова, в Школе документального кино и театра Марины Разбежкиной и Михаила Угарова, в кинокомпании СТВ и в литературной мастерской Creative Writing School.



Не называйте физических терапевтов инструкторами ЛФК

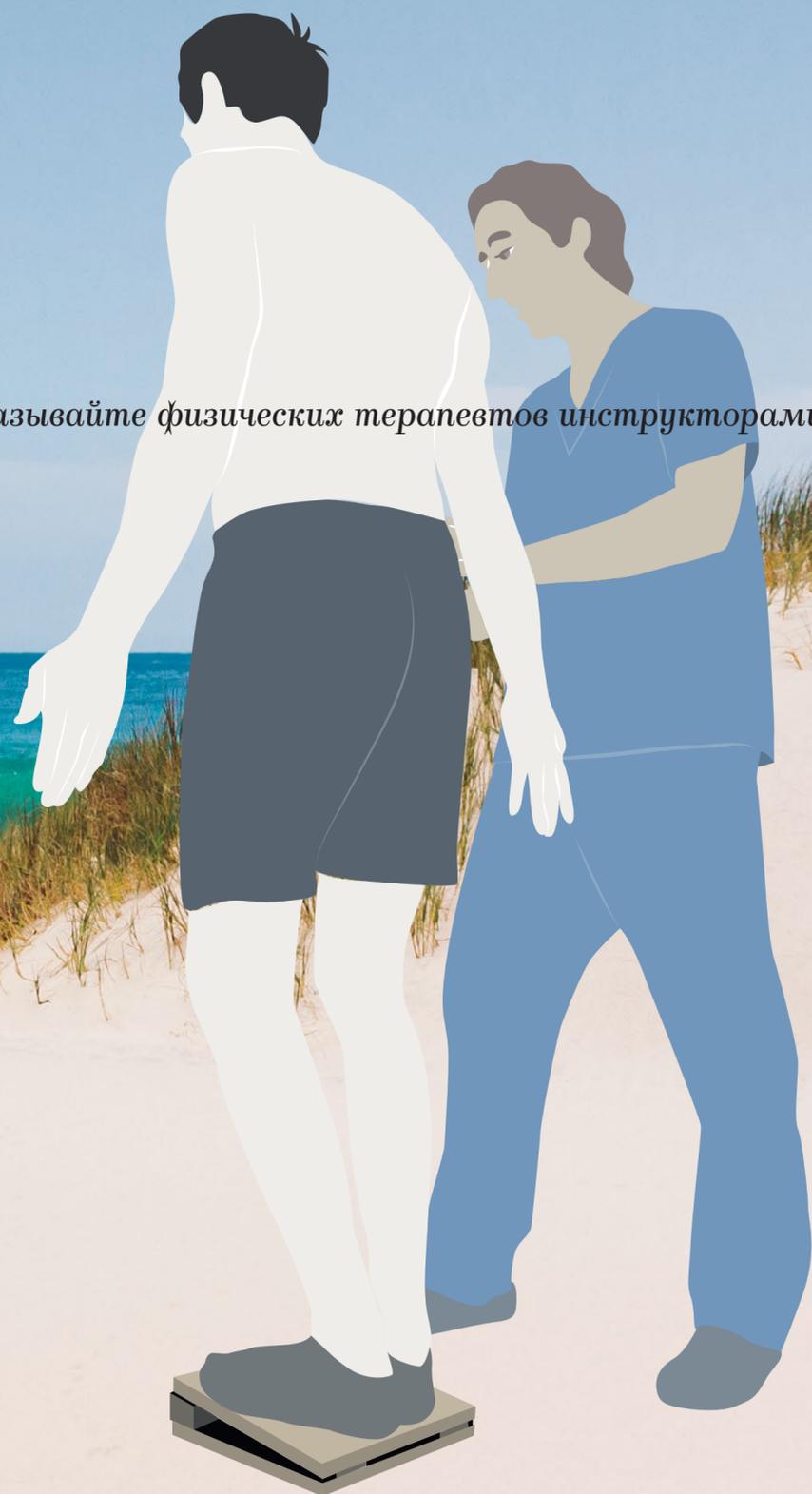


Иллюстрация: Tatiana Cutrone / Shutterstock; Alistair MacRobert / Unsplash

Кто такой физиотерапевт



Текст:
Константин Шадеев,
старший
физиотерапевт

Когда я говорю новому пациенту, что я его физический терапевт, в ответ я слышу что-то вроде:

- А-а-а, будете лечить меня приборами типа магнит, ультразвук или электрофорез?
- А-а-а, мне велотренажер крутить?
- А-а-а, вы типа как инструктор ЛФК в поликлинике? Будем палочку поднимать и глубоко дышать?

Не называйте физических терапевтов инструкторами ЛФК, массажистами или тренерами – их это задевает. Хотя логика понятна. Физический терапевт – в России нет такой профессии. Зато есть иерархия, доставшаяся нам от прошлого: врач, исходя из истории болезни, назначает лечение. Следуя указаниям врача, инструктор-методист составляет программу упражнений. Занятия по этой программе проводит инструктор (он, на минуточку, не в курсе истории болезни пациента). Дальше в дело вступает массажист – по мнению пациента, главный, кто вернет его к движению. Наконец к их компании присоединяется мануальный терапевт, который думает, что лучше всех знает, что нужно пациенту.

Я начинал работать в такой системе. Я понимал, что она неэффективна, и мне стало интересно, как устроен процесс реабилитации в других странах.

Выяснилось, что за пределами России традиции физической терапии очень давняя. Ей больше двухсот лет. В Европе, Америке, Австралии и Новой Зеландии на физического терапевта учатся четыре года, а потом сдают экзамен на гослицензию. Задача дипломированного специалиста – восстановить, поддержать или развить движения человека после травмы/болезни. Помочь пациенту заново научиться сидеть, стоять, ходить и решать ежедневные бытовые задачи.

Последние пять лет я работаю в центре «Три сестры» по международным стандартам. Наши специалисты не передают пациента с рук на руки – мы работаем в команде. У каждого своя зона ответственности. На мне – как на физиотерапевте – всё, что касается движения. То есть по старой модели я и методист, и инструктор, и мануальный терапевт в одном лице.

Первым делом я опрашиваю пациента: как он живёт, где, с кем, кто он по профессии, какие у него увлечения и что именно (из привычного) он теперь не может делать? Дальше я анализирую его возможности: как он садится, встаёт, ходит, поднимается по лестнице, ест и так далее. Оцениваю все функции в баллах по шкале FIM. Тестирую структуры, которые пострадали: силу (мануальный мышечный тест и индекс Мотрисайти), чувствительность (Ноттингемская шкала), баланс (тест Берга) и другие.

Этими знаниями о пациенте я делюсь с членами команды – врачом, эрготерапевтом, нейропсихологом, массажистом, акватерапевтом и медсестрой. Коллеги тоже рассказывают мне о своих наблюдениях, и мы вместе ставим цель – достижимую и определённую по времени. Я составляю программу терапии и провожу занятия с пациентом. Упражнения, растяжки, мобилизации, ортезы – всё, что может помочь. Каждый метод научно обоснован (это легко проверить на Pubmed.org, Medline.com или Pedro.org.au). Раз в две недели вся команда собирается, чтобы оценить результат и в случае успеха поставить новую цель.

Таким образом, физиотерапевт не механический исполнитель, а полноценный соавтор комплекса лечения, у которого гораздо больше свободы и ответственности, чем у пресловутого инструктора ЛФК. Вполне естественно, что и у пациента при таком подходе прогресс наступает гораздо быстрее. ☺

Один день из жизни физиотерапевта

«Если я учу пациентов двигаться, то они учат меня не отчаиваться».

Текст: Константин Шадеев

08:00

Я в спортзале для сотрудников. По плану у меня приседания и плечи. Если учишь людей двигаться, надо и себя держать в форме.

08:55

Рабочая пятиминутка. Мы собираемся в ординаторской и узнаём, сколько заедет новеньких и кто с ними будет заниматься. Каких пациентов сегодня обсуждаем на сборе команды специалистов. Дальше расходимся трудиться. Лично у меня четыре человека, с каждым два занятия по 45 минут.

09:00

Первый Тимофей, ему пять лет. В три (всего лишь!) года он перенёс инсульт во время операции на сердце. Сейчас Тимофей уже не отстаёт в развитии от сверстников, но у него проблема с голеностопом. Мы растягиваем мышцы, мобилизуем сустав, ищем положения, чтобы перенести вес тела на большую

ногу. Тимофей может наступать только на носок, поэтому мы сделали ему ортез, который фиксирует стопу и позволяет опираться на неё целиком. У Тимофея проблема ещё и с правой рукой. Больших усилий ему стоит брать ею предметы, одеваться и рисовать. Чтобы Тимофей активнее использовал в жизни именно правую руку, мы нарочно ограничиваем левую. Завязываем бинтом и выполняем разные задания. Собираем, а потом разрушаем башни или кидаем мешочки в цель, или отбиваем палкой мяч, или обуваемся и много чего ещё.

— Сегодня я уже лучше контролирую руку! — хвастается Тимофей, поправляя очки.
— Ну-ка покажите!
Он серьёзный молодой человек, я с ним на «вы».

09:45

Михаила Львовича привозят на коляске. Две недели назад у него был инсульт. Михаил Львович может самостоятельно сесть, встать и пройти пару метров, но ему нужна помощь, чтобы не упасть. У него левосторонний гемипарез — левая сторона тела слабее правой. Мы делаем упражнения, чтобы увели-



чить силу и контроль движений над левой ногой и рукой. Каждый день всё лучше. Он часто говорит: — Второй раз в жизни учусь ходить! Выпишусь — пойду внуков учить! По плану через месяц Михаил Львович пойдёт сам, без дополнительных приспособлений и посторонней помощи.

10:30

У Бориса Константиновича моторная афазия — ему трудно говорить, он забывает и путает слова. Это последствия инсульта двухлетней давности. Единственный шанс добиться от Бориса Константиновича связной речи — это спросить, как вчера сыграл его любимый «Спартак». Ответ будет длинным и обстоятельным, хоть и неприятным. Ходить Борис Константинович может только с четырёхопорной тростью и очень медленно. У него страх падения. Мы подобрали ортез, в котором он ходит быстрее и смелее. Учимся надевать его самостоятельно, чтобы дома, после выписки, Борис Константинович мог делать это сам, один. Тренируемся стоя: наклоняемся, приседаем, поворачиваемся. Вводим усложнения: меняем поверхности, обходим и преодолеваем препятствия, поднимаемся по ступеням. Моделируем все типичные бытовые ситуации.

11:15

Кристина. Ей 21. Студентка. Год назад — инсульт спинного мозга. У неё нет движений и чувствительности ниже уровня груди. Она передвигается в кресле-коляске. Наша цель — укрепить мышцы спины, чтобы Кристина могла сидеть, не опираясь руками. Другая цель — научить её залезать с пола на кровать или в коляску. Дома Кристина делает упражнения на полу, и это важный момент.

12:45

Обедаем в ресторане центра. Сегодня у нас салат из овощей, тыквенный суп и котлета с пюре. Обсуждаем с коллегами личные дела, спорт, машины, фильмы — всё на свете. Но краем глаза (и уха) следим за реабилитацией даже за едой.
— Тимофей, возьмите правой рукой кусок хлеба!
— Михаил Львович, после обеда до номера пойдёте пешком со страховкой медсестры!
— Кристина, сядьте на край кресла и выпрямите спину!
— Борис Константинович, называйте блюда официанту вслух!

Я работаю в клинике 5 лет. Больше всего мне нравится заниматься пациентами на ранней стадии после инсульта, у них яркая динамика восстановления

После обеда и до 14:00 свободное время. Обычно я иду в комнату отдыха (там можно спать, читать, слушать музыку). Или на улицу в зону барбекю, если позволяет погода. Или же в ординаторскую — обсудить с коллегами клинические случаи. Но сегодня у нас особенная ситуация: надо собрать медсестёр и показать им, как пересаживать пациента, чтобы он делал это самостоятельно и безопасно.

14:00

Начинается второй круг занятий с теми же пациентами. Мы с Тимофеем на улице — учимся играть в футбол. Периодически он выдаёт

хороший удар, но вообще-то ему больше нравится падать на газон и симулировать травмы.

14:45

К Михаилу Львовичу приехала его жена, и он пытается ей показать, как восстановилась рука:
— Смотри, беру стакан с водой и... чёрт, беру тряпку и вытираю стол... Через несколько попыток Михаил Львович всё-таки доносит стакан до рта и делает глоток.

15.30

Борис Константинович ползанятия пытается надеть ортез, не слушая моих советов. Надел. Устал. Ходить не хочет. Снимает ортез.

16.15

Смотрим с Кристиной разные видео из серии «Как залезть на коляску с пола». Пробуем повторить. Сложнее, чем кажется, но в итоге всё получается. Повторяем ещё несколько раз: задачу выполнили. Кристина не может поверить. Зато сделать может.

17:45

Рабочий день закончился. Сажусь в машину, еду домой (далеко), радио, пробки, друг звонит и ноет: хочу новый телефон купить, а нужно выплачивать ипотеку...

Проблемы у всех разные, и не то чтобы я перестал реагировать на «обычные» жалобы. У меня нет никакого профессионального снобизма в духе «друг, подумай о тех, кому реально тяжело». Моя логика другая: ситуации могут быть очень тяжёлыми, но всегда есть выход. Если я учу пациентов двигаться, то они учат меня не отчаиваться. ☺

ЗОЛОТЫЕ

СЛОВА

Ключевые понятия, без которых не обойтись в разговоре о современной реабилитации



Гемиплегия

После перенесённого инсульта пациенты часто жалуются на то, что у них обездвижена, например, рука. Они считают, что эта рука «больна». На самом деле она совершенно здорова, проблема не в ней. Проблема в повреждениях мозга. С рукой ничего не произошло, просто она перестала получать сигнал от центральной нервной системы и поэтому не двигается. Это и есть гемиплегия. Из-за неё снижаются сила и чувствительность не только руки (и ноги), но и всей половины тела, включая мышцы лица и шеи. Причём если от инсульта пострадало левое полушарие мозга, то плегия будет справа (и наоборот).

Нейропластичность

Иначе говоря, способность мозга адаптироваться. Кора разбита на зоны, каждая из них отвечает за определённый участок тела. Если из-за травмы или болезни зона не работает, соседняя может взять её функцию на себя, сформировав новые нейронные связи. За счёт их формирования в принципе происходит обучение чему угодно новому. Но без усилий человека нейронные связи не рождаются. Вы не научитесь играть на фортепиано, если кто-то будет переставлять ваши пальцы по клавишам. Но если вы сами постараетесь взять аккорд и повторите попытку много раз — нейроны проложат путь и запомнят его.

Робототерапия

Она же механотерапия. Иногда её применяют вместо ручной физической. Внимание, вопрос: способен ли робот или тренажёр научить человека кататься на велосипеде? Нет. Машина (даже «умная») поможет увеличить силу и выносливость мышц, но не освоить сам навык. Тренажёры полезны только для улучшения физических показателей, но нельзя использовать их как основу реабилитации. Для восстановления пациенту очень важна биологическая обратная связь. Её сложно выразить в цифрах и графиках, но попробуйте обнять робота, а потом человека. Где будет больше обратной связи?

Иллюстрация: Мария Толстова

Мотивация

Допустим, есть два пациента с одинаковыми медицинскими показателями. Но один из них лежит и ждёт, когда его выльчат, а другой активно участвует в реабилитации — и именно он восстановится быстрее. Важность мотивации подтверждают учёные, которые наблюдали поведение двух подопытных мышей с прерванной нервной проводимостью. Одна мышка была сытая, другая голодная, то есть замотивированная добычей пищи. При равных физических возможностях (точнее, невозможностях) сытая мышь даже не пошевелилась, а голодная, преодолевая ограничения, начала двигаться, чтобы добраться до еды.

Зеркальные нейроны

Эти нейроны возбуждаются не только когда вы сами совершаете движение, но и когда другой человек совершает его при вас. Когда вы наблюдаете, как кто-то берёт рукой кружку со стола, в вашем мозге возбуждаются те же клетки, как если бы вы делали это сами. На этом эффекте «отзеркаливания» построены и так называемые фильмы ужасов. Киногерой в опасности, а вы напрягаетесь, как будто в опасности вы сами. В реабилитации зеркальные нейроны — большие помощники. Пациент учится двигаться ещё до собственного первого движения, наблюдая за своим физическим терапевтом.

Человечек Пенфилда

Канадский нейрохирург Уайлдер Пенфилд наглядно изобразил карту коры головного мозга в виде человечка («гомункулуса»). Части тела человечка пропорциональны зонам мозга, которые их курируют. Восстановление подвижности рук требует таких больших усилий именно потому, что за управление кистями (а также губами и языком) отвечают обширные площади в мозге. ☞



РУКА В РУКУ

3 метода физиотерапии



Текст:
Константин Шадеев,
старший
физиотерапевт

По несколько часов
в день пациенты
проводят со своими
физиотерапевтами.
Рассказываем, чем они
занимаются и к чему
это приводит.

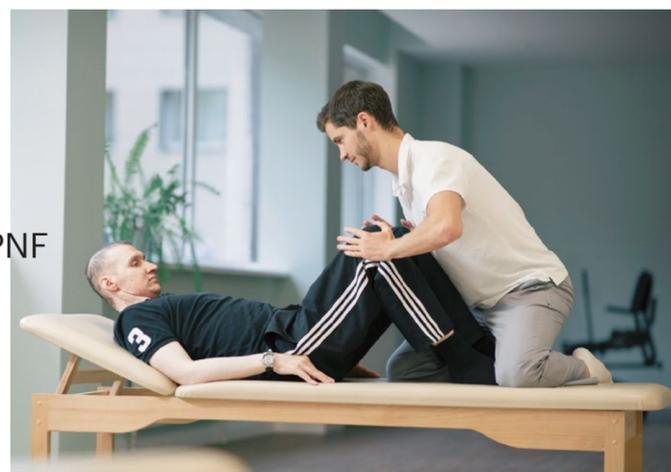
1. Бобат



2. Экзарта



3. PNF



Что это такое

Бобат – это фамилия (ударение на первый слог!). Супруги Карл и Берта Бобат в 1950 году придумали метод, как восстановить движение у пациентов с проблемами центральной нервной системы. В честь авторов терапия и называется.

В чем суть метода

Сформировать новые нейронные связи взамен утраченных. Пациент с помощью терапевта много раз повторяет движение, максимально близкое к нормальному. Движение запоминается благодаря вновь образованным нейронным связям.

Кому это нужно

Бобат-терапия отлично лечит последствия инсульта, черепно-мозговых травм и опухолей мозга. Наиболее широко применяется при ДЦП как с затрагиванием высшей нервной деятельности, так и только с нарушениями двигательных функций.

Как это работает

Главный рабочий инструмент – руки терапевта. Например, пациент учится брать стакан. Терапевт сопровождает его движение – дотянуться, раскрыть пальцы, сжать и, наконец, приподнять стакан, – пока пациент не научится этому самостоятельно.

Чем хорош

Первое: его можно применять на любой стадии травмы или болезни. Второе: бобат опирается на научные исследования и постоянно эволюционирует. Каждое действие терапевта обоснованно.

Что это такое

Система подвесов (разных форм и размеров). Из-за внешнего вида пациенты часто сравнивают экзарту с дыбой или с декорациями к фильму «50 оттенков серого». На самом деле система позволяет прицельно работать с каждой отдельной мышцей.

В чем суть метода

Упражнения на экзарте восстанавливают естественную последовательность работы мышц. Вы опираетесь на нестабильный подвес, и это вынуждает нервную систему стабилизировать тело, перераспределяя мышечную работу.

Кому это нужно

Изначально метод был разработан для тех, у кого болит спина (один из авторов метода страдал от боли в пояснице). Сейчас экзарту применяют при любой патологии, чтобы снизить боль, улучшить контроль движения, увеличить силу и выносливость.

Как это работает

Допустим, пациенту сложно отвести руку в сторону. Кладём его на спину, а руку помещаем в подвес. На неё больше не действует сила тяжести, и выполнить упражнение легче. Условия постепенно усложняются, и рука возвращается к норме.

Чем хорош

Этот метод универсален и безопасен. Упражнения в подвесах делают и тяжелобольные люди, и профессиональные спортсмены. Экзарта хорошо изучена, о ней написано порядка сотни научных работ. А как пациенты любят «повисеть» в экзарте!

Что это такое

PNF – проприоцептивно-нейромышечная фасилитация. Расшифруем: проприорецепторы – это «датчики», информирующие мозг о положении тела в пространстве. Фасилитация – это облегчение движения.

В чем суть метода

Идея автора PNF, доктора Германа Кабата, в том, что у каждого человека есть нереализованный потенциал движения. Терапевт стимулирует проприоцепцию, чтобы получить ответ от нервной системы в виде адекватной работы мышц.

Кому это нужно

Всем, кто хочет восстановить движения. PNF пригодится и спортсмену после травмы, и пациенту после инсульта. Главное, чтобы человек мог понимать команды терапевта и выполнять их.

Как это работает

Допустим, пациенту нужно открутить крышку на бутылке. Пальцы не справляются – тогда мы подключаем кисти, сгибаем руки и спину, ставим ноги шире. Мы используем всё тело, чтобы пальцы открутили крышку.

Чем хорош

Спросите любого физиотерапевта, который применяет PNF, и он подтвердит – метод работает. Двенадцать принципов, десять техник, надёжная система диагностики. ☺

Нам нужно ПОГОВОРИТЬ



Ксения Воронина,
нейропсихолог,
специалист
по альтернативной
коммуникации

Представьте, что на вас вдруг надели шапку-невидимку и вы лишились возможности привлечь внимание окружающих. Нет, иногда вас всё-таки замечают, но происходящее сложно контролировать. За вами ухаживают как за младенцем, ваши желания перестают иметь значение. Привычная жизнь, в которой вы самостоятельно делали выбор — что съесть или что надеть, — в один миг меняется. Это становится реальностью, если вместе с подвижностью человек теряет речь.

Одним из моих первых пациентов был сорокалетний мужчина с последствиями стволового инсульта двухлетней давности. На тот момент никто так и не нашёл способ общения с ним. Когда я впервые пришла к нему в палату, то увидела в коляске человека с полностью отсутствующим взглядом. Он был парализован ниже шеи, не мог ни глотать, ни говорить, на шею был надет слюнявчик. Я стала задавать ему вопросы, на которые он мог бы глазами ответить «да» или «нет», чтобы понять, насколько он меня понимает. Он понимал всё. Я спросила у него: «Вы всё понимаете и ничего не можете сказать?» — и тогда он заплакал. В тот момент я совсем не представляла, чем смогу ему помочь, но знала, что просто обязана это сделать.

Вместе мы сделали специальную таблицу для общения глазами и договорились о сигнале подтверждения — моргнуть дважды. Я держала таблицу на уровне его глаз и медленно перебирала все буквы, пока не дошла до нужной. Так мы складывали буквы в слова. Выяснилось, что он очень разговорчив и любит рассказывать смешные истории.

В нашей стране, в отличие от Запада, где в каждом центре есть соответствующий специалист, довольно мало известно о методах по альтернативной коммуникации. Наши логопеды стремятся вернуть речь, не

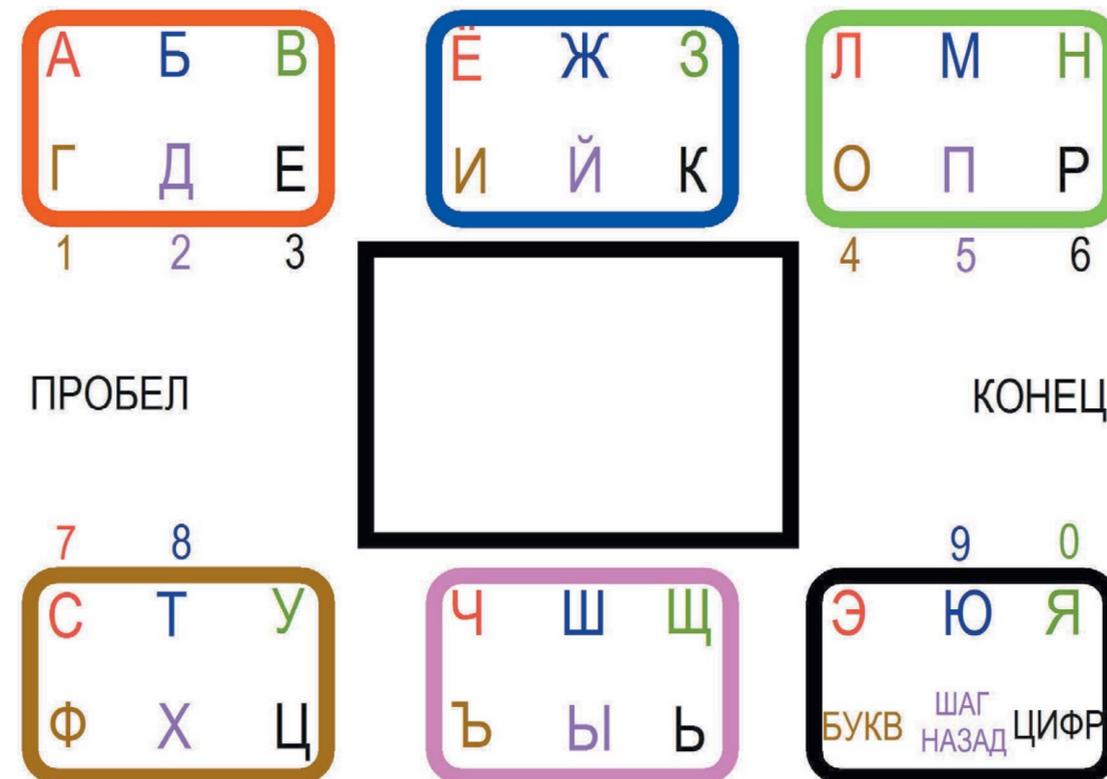


Таблица для общения с пациентом двухсторонняя. На обеих ее сторонах изображены квадраты с буквами, в центре вырезано окошко. Таблицу помещают между врачом и пациентом. Сквозь окошко врач определяет, куда направлен взгляд пациента. Сначала тот выбирает зону с нужной буквой, а затем зону, соответствующую цвету этой буквы. Например, чтобы показать букву «я», пациент должен сначала выбрать чёрную зону, а затем зелёную. Сигнал подтверждения — моргнуть дважды.

предлагая ответа на вопрос: а как взаимодействовать с пациентом прямо сейчас? Ведь речь — не единственный возможный способ общения, и её потеря не должна означать, что контакт с миром полностью потерян! Например, я часто использую таблицу или карточки. Много приходится переводить или придумывать самим, потому что часто профессиональная литература доступна только на английском языке.

Недавно к нам поступил пациент, у которого раньше был свой бизнес. После инсульта половина его тела оказалась парализована, и речь стала неразборчивой. На мой вопрос «Что вас беспокоит?» он мог ответить только неопределённым стоном. Когда я предложила ему таблицу с алфавитом, первым его сообщением было: «Сиделку уволить! А вы принесите стаканы, будем пить чай с молоком и мёдом».

Но самый тяжёлый случай — это когда человек не говорит и не понимает. В таком случае общение совсем не похоже на привычное. Чтобы пациент научился строить коммуникацию по-новому, может уйти очень

много времени, и необходимо участие родных, которые часто к этому не готовы.

Когда к нам с инсультом поступил Фёдор Григорьевич, профессор кафедры иностранных языков, единственный способ, который ему подходил, — общение с помощью специальных карточек. Обычно на этих карточках нарисованы душ, туалет, еда и напитки, одежда. Именно с такого набора я начинаю обучать пациента и его родственников. Однако объяснить детям профессора, что теперь с папой придётся общаться именно так, оказалось очень непросто. В ответ на все мои предложения я только и слышала: «Наш отец — профессор. Верните ему речь!»

Конечно, родным тоже необходимо время для адаптации к новой ситуации. Существенно важно, что понимание и готовность близких включиться в процесс уже сообщают пациенту многое: его принимают в новом качестве, он по-прежнему любим и ценен, общение с ним необходимо его семье прямо сейчас. Это тот фундамент, который обеспечивает успех. ☺

Новый пациент

Однажды утром на пятиминутке мне сообщили, что заехал новый пациент-подросток с инсультом вследствие врождённой артериовенозной деформации.

Текст: Дмитрий Артемов, физиотерапевт

Я помню как сейчас: он спускался с мамой, я встретил их около лестницы. Они приехали из Новосибирска. Парень был стеснительный, держал свою поражённую руку. Шёл очень медленно, забрасывая ногу через бок. Смотрел только вниз, чтобы не споткнуться. Это был Макс. Оказалось, что с ним очень интересно общаться. Вообще я замечал, что болезнь делает человека более зрелым: и духовно, и эмоционально, и интеллектуально. Я сам многому учусь у своих пациентов. У людей бывают совершенно другие «хочу», например хочу «мерседес». А тут человек говорит: «Я хочу научиться брать стакан».

«Вы видели это?»

Вначале процесс шёл тяжело. Чувствовалось, что надо создать доверительные отношения, подружиться с ним. Занятия проходили сложно. Он не рассказывал, как у него дела на самом деле. Через 15 дней мы заметили, что динамика пошла.левой рукой, которая раньше была совершенно прямой, он впервые дотронулся до носа. «Вы видели это? Вы видели?» Это было счастье. У Макса оказалось нереальное чувство юмора. Я люблю такой серьёзный юмор, когда шутят с серьёзным лицом. Мы очень много смеялись.

Две книги в неделю

Самой важной оказалась даже не сама двигательная реабилитация, а эмоциональный фон. Максим — очень



общительный парень, но после того как случился инсульт, круг его общения сузился. Он замкнулся, начал думать, что никому он такой не нужен, что он калека. Когда мы собирались бригадой, у нас была цель социально его адаптировать. Я пытался замотивировать его чтением. Первым делом посоветовал ему книгу, из-за которой я пришёл в медицину: «Золотые руки» Бена Карсона. Это самый известный нейрохирург в мире, карьера которого началась с чтения. Потом «Как перестать беспокоиться и начать жить» Дейла Карнеги. В неделю он читал по две книги, и постепенно его речь стала более уверенной, он начал общаться с другими. В тот момент в клинике было ещё несколько пациентов-подростков, и они скооперировались. Когда Макс раскрепостился, он стал настоящей звездой центра.

Еще 30 дней

В его первый заезд мы много внимания уделяли ходьбе. Нужно было разобраться с «замороженным» коленом, чтобы он смог идти с нормальной скоростью и при этом смотреть вперёд. Постепенно стало получаться: я видел реабилитационный потенциал и понимал, что можно добиться гораздо большего, но нужно ещё время. Тогда мы стали обращаться в фонды и, к счастью, нашли денег ещё на 30 дней. И вот тогда случился прорыв. Последнюю неделю мы ездили на моем велосипеде за пределами центра. Я привязывал его левую руку к рулю, потому что он не мог её сжимать. Я просто катил его. Для Макса это был огромный стресс, потому что он понимал, что не успеет выставить ногу, если будет падать, и значит, ему нужно было довериться мне. Когда я его впервые отпустил, он начал кричать: «Как же это круто! Как же это круто!». На одном занятии я пробежал с ним 7 километров — он просто гонял туда-обратно. Мы пришли к выводу, что второй раз научиться кататься на велосипеде намного круче, чем в первый.

Свадьба

В прошлом году я женился. У меня была мечта пригласить на свадьбу всех моих пациентов, и многие действительно пришли. Макса я тоже пригласил, с моей невестой он уже был знаком. Я попросил маму отпустить Макса одного. Мама, конечно, переживала: «Как он полетит один?». Я был уверен, что ему это под силу. К тому же я понимал, как ему полезно и важно сделать это самому. Наконец мама согласилась. Встретить его я не смог, потому что в тот день готовился к свадьбе. Он мне сказал: «Всё в порядке, я справлюсь». Так и случилось: он самостоятельно добрался до аэропорта, прилетел, забрал свой багаж, вызвал такси и приехал на свадьбу раньше всех. 🍷



Встречи с Анной Валл ждёшь в напряжении. Кажется, что разговор со специалистом по речевой коммуникации и этикету обернётся мучительным стыдом: поиском точных слов и желанием куда-нибудь деть руки. Но Анна Эрнстовна смотрит на тебя тепло, и, уходя, ты почти уверен в том, что не было у неё собеседника приятнее. Состоявшийся разговор – о целебной силе врачебного слова.

СЛОВО

ВРАЧА

Беседовала Екатерина Бондаренко
Фото: Денис Клеблев

Анна Валл окончила филологический факультет Иркутского государственного университета им. Жданова, аспирантуру Ленинградского педагогического института им. Герцена. Проводит тренинги более 17 лет. Автор и ведущая программ по аргументации, этикету, культуре речи и грамотности для взрослых. Ведущая программы «Этикет» на телеканале «ЕДА». Живет в Санкт-Петербурге.

«Вы либо лечитесь, либо улетаете в командировку»

Доктора сегодня, получив мощную поддержку со стороны технологий, имея широкие возможности диагностики, высвободили часть своей энергии на то, чтобы общаться с пациентами. Понятно, что врач всегда говорил с пациентом (слово «врач» славянского происхождения, означает «говорить») и врачебное слово было востребовано всегда, но мы знаем врачей, которые, не желая уходить в коммуникацию, утверждали одно: если я хороший диагност, хороший клиницист, то дополнительные коммуникации не нужны.

Врач молчаливый вызывает экзистенциальную тревогу. Во врачебной тишине пациент слышит и подтверждение всем своим подозрениям, и нескрываемое докторское равнодушие к происходящему вообще. Стыдно вспомнить, когда ты пытался доктору что-то сказать, а у него было равнодушное лицо.

Бывает по-другому: панибратские простецкие слова, анекдотические шаблоны – «жизнь трудна, но, к счастью, коротка!», «все там будем», «поздно пить боржоми» – сообщают пациенту о том, что он для доктора один из миллионов, что надо быть проще. Как проявляется неэмпатия? Когда доктор предлагает что-то, говорит: «Нужно будет капельницы поделать». Пациент отвечает: «Вы знаете, я не могу, я завтра улетаю в командировку». И тогда реакция доктора: «Вы либо лечитесь, либо улетаете в командировку».

Причины лежат в советском прошлом: мы не были щепетильны. Нам казалось, что тяжёлую работу построения социализма невозможно сочетать с тонкими отношениями.

«Я побуду с вами»

Когда доктор обладает хорошей речью, это заявка на некоторую высоту. И эта высота подтягивает к себе домыслы пациента, что он, врач, так же высок профессионально, как и нравственно. Хорошая речь доктора, высокая литературная норма способны оградить пациента от глубокой неловкости, которую он испытывает, вынужденный обнажить своё телесное несовершенство. Стилем общения врач «назначает» или как будто угадывает социальный статус пациента. Дать статус «с запасом», повысить пациента своей речью – благородное великодушие, так естественно ожидаемое от доктора. Доверительные отношения с пациентом выстраиваются только таким образом.

Хорошая речь – внятная, точная, ясная, грамотная – гармонизирует пространство и вызывает чувство покоя. О чём бы она ни была. Это удивительный феномен хорошей речи: даже не самые радостные заявления, даже разговор о трудностях, сложных ситуациях она способна поднять на уровень высокого миропорядка. Так влияет на нас картина талантливого художника, даже если сюжет её – катастрофа.

Эмпатия доктора проявляется в момент сообщения тяжёлых новостей. Когда есть простое, ясное предложение: «Хотите, я побуду с вами?», «Хотите, чтобы я еще что-то вам сказал?», «Хотите, чтобы я позвонил вашему родственникам или вызвал такси?» Да, можно всё перепоручить организационным службам, но если доктор это делает сам, в этом и проявляется его эмпатия. Он видит не только интересный сюжет из медицины, а судьбу человека. ☺

- Я проводила тренинги для центра «Три сестры».
- Я не знаю ни одной такой компании, врачи которой были бы так одухотворены и при этом обладали совершенно ясным бизнес-сознанием.
- А ведь это можно совмещать. Совершенное отсутствие солдафонской иерархии, того, что обычно бывает в медицинских компаниях. Врачи, они невероятно в отрыве от всего остального. Этого я здесь не почувствовала. И это шло от главного врача. Когда я приехала в центр, была поражена: я не ожидала этой нежности. Вегетативный орнамент в оформлении, похожий на обложку простой классической книги. Также я не ожидала увидеть все вот это чеховское. Я только думала: а где же «Палата номер 6»?



ДМИТРИЙ КУХНО:

«ДАВАЙТЕ
СНАЧАЛА
СПРАВИМСЯ
С БОЛЬЮ»

Фото: Денис Клеблев

Главный врач клиники «Три сестры» Дмитрий Кухно об американском опыте, управлении болью и добрых самаритянах

Дмитрий Кухно — врач категории PM&R с общим медицинским стажем более 20 лет, 10 из которых посвящены реабилитации в США.

Как вы попали в реабилитологию?

Я всё время боялся медицины. Я жил в Киеве, работал в больнице «скорой помощи» хирургом. В 90-е годы к нам в основном привозили молодых и здоровых: например, человека ударили ножом или подстрелили — нам остаётся его только зашить. А когда впервые привезли бабушку 70 лет, я чуть в обморок не упал, потому что не знал, что с ней делать: страшно! В работе с пожилыми пациентами в тяжёлом состоянии нужно учитывать множество факторов.

Потом я уехал учиться в США и остался там. Сдал экзамены, нашёл там работу. Когда я впервые увидел пациентов в реабилитационном отделении американской больницы, подумал, что, если сейчас их в киевскую больницу положить и до конца недели 5% выживет, это будет круто! Настолько тяжёлыми были эти больные. Я проработал в реабилитационной клинике около 10 лет. Постепенно появились уверенность, опыт. А потом я решил вернуться к родителям: у меня родители в Донецке. Теперь живу в Москве. Шесть лет назад мне предложили возглавить центр «Три сестры».

Как сегодня выглядит ситуация с реабилитацией в России?

Я могу выделить четыре существующих в России типа реабилитации. Реабилитационное отделение в больнице; отдельно стоящий центр, как у нас; институты, например Склифосовского, в котором нет никакой рехаб-зоны, но есть отдельно взятый специалист, который ходит по палатам; четвертый — это полуамбулаторный. И у всех есть свои плюсы и минусы. Плюс реабилитационного центра — исключительная концентрация на процессе. А минус в том, что, находясь вдали от больницы, мы не можем брать, например, пациентов на искусственной вентиляции легких. Если случится что-то непредвиденное, не получится доставить его в больницу оперативно. Поэтому мы специализируемся на определённых заболеваниях:

инсульт, травмы позвоночника, черепно-мозговые травмы, ортопедия, онкология. Занимаемся детьми с ДЦП. Мы берём действительно тяжёлых пациентов — с гастростомами, трахеостомами, тех, которых в Москве никто не берёт. Да, смотреть на них тяжело, но я понимаю, чего опасаться в этих случаях. У нас сформирована команда, которая может работать с такими пациентами.

В чём вы видите основную проблему российской реабилитологии?

Главная проблема — это отсутствие профильного образования. Например, в США есть три типа медсестёр. Реанимационная сестра, диализная сестра и реабилитационная сестра.

У реабилитационной свои навыки: как поднимать пациента, как его переворачивать и так далее. Это более высокооплачиваемая должность. У нас такого нет. Нет школы физических терапевтов, официальной школы со стандартами. Эрготерапии нет. Медицинских психологов нет! Одним словом, нет специалистов мультидисциплинарного подхода.

То есть имело бы смысл первым делом отправить врачей на Запад?

Да. Мы наших сотрудников так и обучаем — они ездят по обмену в Швейцарию, Германию, Испанию, мы сами привозим тренеров.

Есть ли принципиальное отличие американских врачей от российских?

Дело в устройстве самого общества, в его ценностях. Например, в США действует закон доброго самаритянина, который защищает вас, если вы из добрых побуждений решили помочь человеку, но случайно сделали ему хуже. Это один случай на несколько тысяч,





но именно эта малая вероятность умножает страх в России, в которой Уголовный кодекс предусматривает за это наказание. Это касается не только обычных людей, но и работников экстренных служб и медиков. Человек вынужден не помогать. Это влияет на мораль. Волны уголовных дел и повсеместная бюрократия в России отнимают у врачей не только нервы и время, но и лишают их смелости в принятии решений в профессиональной сфере.

Кроме того, в Америке повсеместно распространена практика донорства органов. Что это значит? До того как я пришёл в реабилитацию, я работал анестезиологом. Однажды во время операции погиб пациент. Этот человек был донором. Когда у него диагностировали биологическую смерть мозга, информация об этом поступила в единую американскую систему донорства. Прилетели врачи из больниц разных штатов, где люди ждали органов на пересадку, — и забрали их. Интересно, что пересадка обычно происходит в пятницу ночью, потому что по пятницам гибнет много людей.

Вы — один из немногих в России специалистов по пэйн-менеджменту. Это новое направление, почти неизвестное в России, не имеющее прямой связи с реабилитологией. Почему вы этим занялись?

В России мы первые, рынок свободен. Как оказалось, это сложность. Мало кто знает об этом направлении, о том, что это вообще существует.

Вообще-то я хотел стать радиологом — врачом, который читает рентгеновские снимки, результаты МРТ. Стал хирургом. А на деле, если соединить хирургию и МРТ, получается специалист по пэйн-менеджменту. Это не требует операций по 8 часов, но требует от врача хороших знаний анатомии, высокой точности и уверенности в действиях.

Каждая процедура — это колоссальное напряжение. Пот буквально градом течёт! А потом ты сам не веришь тому, что пациент ещё двадцать минут назад заходил с болью, а сейчас у него уже ничего не болит. Ощущения непередаваемые.

Импульсом для развития реабилитации как направления в медицине послужила Первая мировая война. Сотни молодых ребят находились в «госпиталях скуки»: лечить их дальше было бессмысленно, но и выписать нельзя — они ничего не могли делать самостоятельно. Врачи поняли, что их нужно восстанавливать физически, и стали искать специалистов. Так появились первые реабилитационные центры.



Вскоре после того как я стал потенциальным донором, меня остановили на дороге за нарушение. Полицейский проверил документы и, к моему удивлению, отпустил без штрафа, увидев в правах значок донорства. Считается, что это почетно.



Кто ваши пациенты?

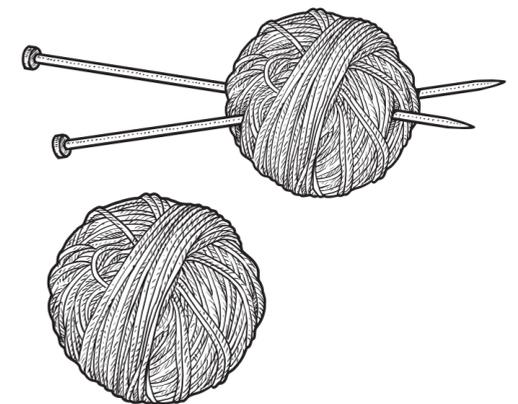
Основная жалоба, с которой приходят люди, — боль в спине. Это может быть грыжа или протрузия позвоночного диска. Часто это молодые люди, которые ведут сидячий образ жизни. У 15–20 % пожилых людей есть болевой синдром. Важный момент — люди часто попадают к нам после нескольких лет борьбы с болью. Сейчас всё устроено так: если у вас болит спина, вы идёте к неврологу, он назначает вам таблетки. Не помогает — идёте к физическому терапевту. Он пытается укрепить мышцы — не помогает. И только тогда тебя, возможно (и это в США!), пошлют к специалисту по пэйн-менеджменту. А как физиотерапевт планировал занятия, если у человека острая боль? Если обезболить сразу, пациент начинает спокойно заниматься, и при этом ходит на работу, живет обычной жизнью. В этом и заключается философия пэйн-менеджмента: давайте сначала справимся с болью, и восстановление пойдет быстрее. ☺

Иллюстрация: Bodor Tivadar / Shutterstock

Пэйн-менеджмент

Если боль не проходит в течение полугода, она считается хронической. От неё страдает каждый третий человек. Обычно человек годами ведёт борьбу с болью, и причина этому — отсутствие комплексного и мультимодального подхода к проблеме.

В Европе и Америке развито отдельное медицинское направление — pain management. В России едва ли наберётся хотя бы 20 специалистов, которые подходят к боли комплексно. Бывает и фантомная боль.



Управление болью в центре «Три сестры»

Врач осматривает пациента, определяет проблемную зону и решает, какая процедура подходит в конкретном случае. Мы практикуем малоинвазивное/интервенционное лечение: вводим лекарственные препараты в область повреждённого нерва или проводим радиочастотную абляцию иглой с электродом. Процедура выполняется под контро-

лем высокоточного рентген-аппарата. 3D-технологии помогают воздействовать на источник боли с ювелирной точностью. Облегчение приходит моментально — можно сразу пойти домой и даже сесть за руль.



Алексей Попогребский:

«Во мне есть экспериментальный наноматериал»

Известный кинорежиссер и куратор режиссёрского факультета Московской школы кино об опыте первой госпитализации, синдроме госпитализма и о том, как защитить диссертацию, снимая кино.

3D-модель

Год назад, после новогодних праздников, я неудачно упал с лестницы в загородном доме и, как мне показалось, подвернул руку. Рентген показал, что это отрыв головки лучевой кости. Меня впервые в жизни госпитализировали. Выяснилось, что, в принципе, существуют три стратегии лечения такой травмы. Я с большим интересом выбрал самую современную — операцию по новой технологии. С помощью 3D-принтера из наноматериала, который по своей термодинамике примерно соответствует термодинамике кости, была отлита 3D-модель головки моей лучевой кости и внедрена мне в руку. Теперь такой экспериментальный кусок во мне стоит.

Ты просто лежишь

После операции я провёл 5 дней в больнице. Прекрасно помню: в какой-то момент становится приятно вообще не думать о том, что ты должен что-то делать. Ты лежишь, к тебе приходят с уколами и процедурами, тебя кормят в определённое время — такое внутриутробное состояние. Довольно быстро ты становишься кем-то, о ком систематически и, не вникая в нюансы, заботятся, а ты просто лежишь. Это называется «синдром госпитализма», вот это постепенное ускользание локуса контроля, ответственности за себя. Появилось ощущение собственной хрупкости, того, что твоя телесная целостность может нарушиться так нелепо и глупо. Я ведь и упал не так сильно! Одеваться я не мог. Мне приходилось куртку набрасывать на плечи, а была зима, холодно. Ещё повезло, что пострадала левая, а не правая рука.

Меня заставляли чистить зубы левой рукой

Я знал про центр «Три сестры» из рассказов Анны Симаковой, директора клиники, поскольку она училась у нас в Московской школе кино. Условия клиники оказались для меня идеальными, потому что, с одной стороны, прекрасный режим покоя, а с другой стороны, ежедневная работа по графику, упражнения с двумя специалистами. Мы занимались не только моей рукой, но и моей спиной (традиционно проблемной), потому что это единый комплекс. Меня заставляли чистить зубы, заворачивать винты и вдевать шнурки левой рукой, чего я никогда не делал. Я чувствовал, что задача специалистов не помочь человеку, а помочь человеку помочь самому себе. Рядом со мной занимались люди с тяжелейшими травмами: и спинальными, и краеальными. И я понимал: Боже мой, какой пустяк у меня по сравнению с ними! Этот фактор стимулировал меня не оказываться в положении жертвы. Из центра я ушёл с комплексом упражнений, который мы разработали с моим физиотерапевтом Сергеем.

Простые вещи

Моя работа — это колоссальные нагрузки. Пишешь — сидишь, на съёмках сидишь, причём обычно даже не замечаешь, в какой бараний рог или штопор ты скручиваешься перед монитором. Во время съёмки я традиционно сплю по 4 часа. Потом приходится долго восстанавливать график. Телесно мне редко когда бывает хорошо. Для меня среда солёной воды, моря, самая гармоничная. А вот бассейн не переношу органически. Остаётся что? Каждое утро по полчаса делать разминочный комплекс.



Фото: Денис Клебеев

Страх смерти

Сейчас не могу делать отжимания от пола — делаю отжимания от подоконника. Приспособился печатать с такой же беглостью, как раньше, только уже не три пальца работают на левой руке, а один. Пальто надеваю сам, застёгиваю. По миллиметру, по микрону ситуация улучшается. Или, например, такая банальная вещь, как есть по правилам. Я вот не мог. Сейчас стал ловить себя на том, что да, беру вилку и ем левой рукой, нож в правой.

Поначалу не мог рукой дотянуться до носа — теперь могу спокойно водить себя за нос левой рукой. Дотягиваюсь рукой до уха и ставлю себе целью научиться вставлять наушник. Пока не получается, но эта жизненная задача — тоже эрготерапия. Концентрироваться на обычных действиях, которые пока недоступны, продолжать пробовать. Полного смыкания плеча с левой кистью, как было до травмы, не будет. Вопрос: ограничивает ли меня это как-то в моей жизнедеятельности? Нет.

Когда я ещё учился на факультете психологии МГУ и писал диплом на тему страха смерти, я беседовал с людьми, которые внезапно перенесли инфаркт. Исследовал, меняется ли у них что-то в смысловой сфере? Появляется ли задача на переосмысление жизни? Оказалось, что не всегда.

Потом я разрабатывал эту тему в диссертации — и не дописал ее. Ну потому что это такая непростая тема для человека двадцати лет.

Прошло довольно много времени, и мой научный руководитель на психфаке, Дмитрий Алексеевич Леонтьев, посмотрев фильм «Простые вещи», сказал, что в кино я на самом деле продолжаю работать над вопросами, которыми мы с ним занимались в институте. Темы эти, если сказать коротко — смерть и смысл жизни. Лично у меня острого страха смерти сейчас нет. Но чего крайне не хотелось бы — продолжительной болезни, которая обязывала бы меня существовать в роли пациента. ☺

ОЛЬГА КАМАЕВА: «Спасибо, что вы этому изумились»

Ольга Камаева — редкий пример реабилитолога, которому по силам совмещать теорию и практику. Являясь одним из ведущих российских тренеров, Ольга ездит по всей стране и учит современному подходу к реабилитации. Спрашиваем, как распознать в докторе хорошего специалиста, а пациенту выбрать правильный реабилитационный центр.

Интервью Анны Симаковой

За последние шесть лет реабилитация и в государственном, и в коммерческом секторе стала интенсивно развиваться. «Три сестры» регулярно изучает, кто из экспертов-тренеров есть в России. За шесть лет наш список не пополнился новыми именами. Что случилось, где они?

В реабилитации сейчас активная фаза развития. Недавно у нас даже была утверждена специальность врача физической реабилитационной медицины. Проблема с тренерами заключается в том, что нужно одновременно быть и педагогом, и клиницистом. А что происходит у нас в системе образования? Врач работает или как теоретик, или как практик. Специалисты на кафедрах очень быстро отрываются от практической медицины. Не так много людей, которые могут это совмещать. Но они должны появиться.

Почему вы активно продолжаете заниматься обучением реабилитации? Что вы черпаете в этом для себя?

Реабилитация — это очень осмысленное действие, это постоянно меняющиеся условия, динамический ребус, который надо всё время решать. Интересно

увидеть людей, которые в результате обучения смотрят на тебя изумлёнными глазами и говорят: «Я стал по-другому смотреть на своих пациентов! Я теперь лучше понимаю, что делаю». Я думаю: «Боже мой, спасибо, что вы этому изумились». Потому что для многих врачей реабилитация — это физиотерапия, лечебная физкультура.

Мы каждый год слышим, что нужно внедрить единые стандарты реабилитации. Чего от них ждать?

Я подозреваю, что в них войдёт очень важная вещь. Это стандартизированная оценка не только нарушенной функции, но и того, каким конкретно действиям человек научился в результате реабилитации. Долгое время успех оценивался по тому, что мышца, например, стала сильнее. В российской реабилитации существует святая вера, что если мы будем заниматься, заниматься, заниматься, то когда-нибудь всё восстановится. Если это касается не очень очевидных вещей, например проблемы с памятью, значит, будем её тренировать, и она когда-нибудь появится.

В зарубежной практике всё иначе. Адаптацию человека к его трудностям в текущий момент иногда даже ставят в вину зарубежным реабилитологам, подразу-

мевая, что они не восстанавливают пациента, а только приспособливают его к дефекту. Но это не так. Конечно, одновременно они занимаются дефектом. Коллеги из Кембриджского университета рассказывали про пациента Оливера, который может удержать в памяти только пятиминутный отрезок времени. Он мог быть очень тяжёлым инвалидом. Специалисты вели его в течение 8 лет, потихоньку умножая его навыки, и в итоге он сам готовит себе еду, делает покупки, у него даже есть скромный бизнес — он чинит ротанговую мебель. И это не потому, что у него восстановилась память. Она, конечно, улучшилась по сравнению с тем, что было, но дело не в этом: он пользуется множественными напоминаниями из внешней памяти. Была проделана колоссальная работа.

Еще пять лет назад никто не знал, что такое эрготерапия. Сегодня вопросов не задают, и любой центр обязательно указывает в перечне услуг эрготерапию. Как пациенту разобраться и выбрать качественное место для реабилитации?

Первым делом нужно задать вопрос: каким именно образом будет оценена эффективность реабилитации? Есть ли какие-то стандартизированные оценки по функциональным шкалам, такие, как шкала FIM, измеритель функциональной независимости. Может ли он теперь приготовить суп? Может ли он помыть посуду? Ещё один критерий. Задайте вопрос: чем у вас занимается эрготерапевт? И не дай бог вам услышать: восстановление мелкой моторики. Всё. Разворачива-

Ольга Камаева — преподаватель факультета адаптивной физической культуры Петербургского университета имени академика Павлова, физический терапевт, эрготерапевт (СПбГМА и Шведская ассоциация эрготерапевтов), эксперт фонда «Живи сейчас», помогающего людям с БАС.



емся, уходим. Потому что мелкая моторика нам нужна для того, чтобы бриться, накладывать макияж и самостоятельно готовить еду.

Под «мультидисциплинарным подходом» часто понимается разное. Что это означает на самом деле?

К сожалению, часто это воспринимается так, что есть несколько специалистов и вот они вместе все пришли, вместе посмотрели на пациента, их много — значит мульти. Или по-другому: специалист по лечебной физкультуре пришёл, позанимался, ушёл. Медсестра занималась своими делами в это время. Междисциплинарный — это тогда, когда люди знают о том, кто чем занимается. И поэтому логопед не просто позанимал-

И тут наш коллега из России, нейропсихолог, логопед, выслушав историю Оливера, говорит: «Угу, я теперь знаю, что сейчас с ним нужно сделать». «Что нужно сделать?» — спросили британские коллеги. «Нужно убрать вот эти все напоминания и посмотреть, восстановилась ли у него память. Действительно ли вы ему помогли?»

Существует традиционный тест «9 колышков». Раньше пациент вставлял колышки за 15 секунд, а теперь за 10 секунд. Значит, это хорошее восстановление! А научился ли человек застегивать пуговицы на пальто?

ся, но и дал совет другим специалистам. Если выясняется, что пациент на все вопросы отвечает «да-да», вся команда должна знать, что не нужно задавать вопросов, на которые он сможет ответить «да-да».

Как правильно ставить цели и работать с представлениями близких пациента о том, что для него полезно?

Цель пациента — это главное. Но учитывать желания близких тоже важно. Мы никогда не скажем, что человек не восстановится полностью. Может, будет, как раньше, ходить на лыжах. Но первый шаг — давайте научимся пересаживаться на туалетный бачок.

Когда я стажировалась в Швеции, я пришла вместе со специалистом по эрготерапии домой к пациенту, перенесшему инсульт. Пациент мог поддерживать равновесие только тогда, когда опирался на трость. И это не давало ему, например, возможности снять с себя брюки, когда он шёл в туалет. Эрготерапевт спрашивает: «Что вы хотите восстановить?» Он говорит: «Я хочу делать мух». Оказалось, что он не безумный, мухи — это манки, форель ловить. А жену передёрнуло, потому что сейчас, когда он штаны не может надеть, он хочет делать мух. Эрготерапевт говорит: «Я принесу вот такие тесочки, зажимчики, и мы с вами попробуем делать этих мух». Потом она мне объяснила: «Если мы сейчас скажем ему, что штаны — это важно, а мухи — неважно, то мы его потеряем. Мы сейчас начнем с ним мух делать, у него равновесие и улучшится». Важно объяснить это жене. Через неделю мужик натягивает штаны. Вот в этом красота реабилитации.

Отмечаете ли вы какие-то общие качества, которые говорят о том, что человек будет хорош в реабилитации?

Очень короткий ответ: эмпатия. Сострадание. Это ведь не только попытка почувствовать страдания другого, это еще и одновременная радость с пациентом. Когда ты видишь, что он в чём-то улучшился, ты приобретаешь новые силы, чтобы работать дальше. И ещё отсутствие суеверий.

Есть ли, на ваш взгляд, у нашего общества шанс стать инклюзивным?

Путь к инклюзивности — это воспитание в детях понимания того, что люди, которые не такие, как мы, они интересны. В школьную программу должны входить книги об этом. Дети должны садиться в инвалидные коляски и не бояться кататься на них, чтобы почувствовать, что испытывает человек, который не может дотянуться до окошка продавщицы мороженого. ☺

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ нейропсихология



Доктор Джилл Вайнгарднер — главный клинический нейропсихолог центра реабилитации Оливера Зангвилла в британском городе Или. В Россию с мастер-классами Джилл приехала не впервые, на этот раз в центр «Три сестры». Два дня реабилитологи центра вместе с Джилл разбирали истории пациентов и практиковались в постановке целей. После занятий мы расспросили Джилл об особенностях британского подхода и как он повлиял на российскую реабилитологию.

Что связывает британских и российских нейропсихологов?

История нашего сотрудничества началась несколько десятилетий назад с приезда в Россию британского невролога Полины Монро. У неё была цель — расширить представление о возможностях нейропсихологической реабилитации. Российская нейропсихологическая и в целом реабилитационная традиция построена на идеях Александра Лурия и сфокусирована на дефекте, то есть на нарушениях, и на том, насколько можно эти нарушения исправить. Британская же фокусируется на функционировании — как человеку жить качественно, несмотря на дефицит. Полина привозила специалистов, которые говорили о необходимости смещения профессионального интереса к реальной жизни пациента, к тому, чтобы он мог жить интересно и уметь обходиться без помощи, несмотря на ограничения. И вот когда в прошлом году у меня был воркшоп в Петербурге, стало понятно, что российские реабилитологи успешно используют британские принципы в своей практике.

Как нейропсихологи работают над тем, чтобы их цели совпали с желаниями пациента, если часто это желание — пусть всё будет как раньше?

Очень часто, особенно вначале, пациент имеет совершенно нереалистичные идеи о том, что возможно. Повреждение многих частей мозга приводит к тому, что человек не очень понимает, что с ним. Мы никогда не будем отнимать у человека мечту о том, что он пойдёт снова, будет снова работать. Но мы можем сказать человеку: «Да, вы хотите ходить, но на этом пути есть много разных шагов. Давайте в качестве первого шага вы пересядете в инвалидную коляску». В то же время нам важно помнить, что у пациентов есть проблемы с памятью и к следующему занятию они могут уже забыть о целях. Мы можем каждое занятие начинать с этого: «Здравствуйте, я Джилл, я ваш физический

У моего папы был инсульт, а он был президентом банка. Как-то к нему пришёл психолог и стал задавать вопросы из серии «Как называется этот предмет». Папа встал и ушёл. «Джилл, — сказал он мне, — он задает совершенно дурацкие вопросы, зачем он это делает?»»

терапевт, ваша долгосрочная цель — ходить, краткосрочная — учиться пересаживаться в коляску». Важно, чтобы у нас был дневник успехов, потому что пациенты чаще склонны замечать плохое. Каждое следующее занятие нам нужно показывать ему фотографию: «Смотрите, вчера вы уже стояли, а сегодня постоите немножко подольше».

Ваши пациенты — люди, столкнувшиеся с большими изменениями в когнитивной сфере. С этим непросто смириться, особенно если человек занимался умственным трудом. Его близким тоже нужны поддержка и рекомендации. Как на практике удаётся учитывать личность пациента и его семью?

Всегда важно объяснить, что да, некоторые из этих заданий могут вам показаться очень простыми, но мы должны это сделать, чтобы проверить, как функционирует ваш мозг. Человек чувствует себя очень уязвимо, под угрозой вся его жизнь. К счастью, не так много людей, которые хотят стать психологами, не имея эмпатии. Это часть нашего обучения, британская образовательная программа обязательно включает прохождение психологом психотерапии. В основе этой программы теория известного американского психотерапевта Джорджа Приггатано, одного из идеологов целостного подхода в реабилитации. Основатель центра Оливера Зангвилла профессор Барбара Уилсон привезла эту программу из Аризоны, перед тем как открыть наш центр в 1996 году.

Что завтра ждёт нейропсихологию как науку?

Всё больше людей выживают, несмотря на повреждение головного мозга. Соответственно, будет всё больше нуждающихся в этой помощи. Ещё двадцать лет назад не было таких задач: не было МРТ, и нейропсихологи должны были понять, где опухоль в головном мозге. А сейчас наша роль меняется в сторону компенсации нарушений и реабилитации. ☺



План поправок

Камилл Ахметов,
журналист, писатель, переводчик

Моей маме 81 год

Она кандидат химических наук, была учёным секретарём и заведующей лабораторией всемирно известного института ВНИИСИМС, который в советское время был лидером по разработке и производству искусственных самоцветов, синтезировала различные виды слюды и граната. Большую часть научных работ она выполнила в соавторстве с моим покойным отцом. На пенсии она увлеклась историей, выпустила небольшую книжку «Великий Сибирский Ледяной поход. Анализ материалов» и готовила к печати существенно более объёмный исторический трёхтомник. Как учёный старой закалки она привыкла к аналитической работе, ездила в Ленинку читать материалы, которых нет в сети. К тому же у неё сохранился особый режим дня, за который отец называл её «соловьём» — спать она ложилась поздно, а поднималась рано: ей хватало пяти часов сна, что увеличивало продолжительность рабочего дня.

9 марта

Разумеется, я читал в интернете «умные» статьи вроде «Ранних примет инсульта у ваших близких». Увы, это не помогло. 8 Марта я поздравил мою маму с праздником. Поздравил по телефону — ну конечно, ведь я тогда сдавал в издательство книгу и работал ещё над двумя. Никаких ранних примет инсульта по телефону я у мамы не заметил.

Созваниваемся мы с мамой почти каждый день, но 9 марта у меня была важная деловая встреча, и когда я включил телефон, посыпались сообщения: «у мамы очень сильная головная боль», «вызываем «скорую», «мама в реанимации»... Сейчас мне кажется, что я был в реанимации все трое суток, хотя я проводил там не больше двух часов в день. Случилось паренхиматозное

кровоизлияние: первые дни мама разговаривала как робот. Но сознание было ясное, положение активное: её жизнь была вне опасности.

Когда её перевели в отделение, улучшение уже было очевидно. Постепенно я начал усаживать маму в кровати, а в последние дни перед выпиской мы уже ходили: одной рукой мама опиралась на мою руку, другой — на штатив для капельницы. К выписке брат нашёл для мамы прекрасную сиделку Капитолину: мама до сих пор с ней созванивается. Заново научившись ходить, мама встала в очередь на медкомиссию по инвалидности. На улицу, в магазин, в банк, в поликлинику она выходила только с Капитолиной.

Несмотря на терапию, назначенную ей при выписке, и на назначения участкового терапевта, оставались серьёзные проблемы с давлением, аритмия и бессонница. К тому же мама совершенно забыла, как пользоваться компьютером и мобильным телефоном. Возникла путаница с банковскими картами — например, она почему-то была уверена, что пенсия приходит ей на социальную карту. Да и дрожь в руках была такая, что пользоваться банкоматом было невозможно. При этом она прекрасно понимала, что всё это для неё ненормально. Ведь всего пару месяцев назад мы с мамой сохранили финальные версии файлов её трёхтомника — теперь же, помня о них, она не знала, как их открыть.

19 апреля

Я знал, что существует реабилитация после инсульта и что она наиболее эффективна в течение трёх месяцев. В больнице нам говорили, что маму направят в специальный реабилитационный центр. В поликли-

«Трудно рождает земля самоцветы: многотонные давления, температуры во многие сотни градусов, столкновения разнородных элементов. И ещё десятки веков пройдут, пока солнце, воздух и вода раздробят кварцевую жилу...»



«Зачем ждать тысячи лет?» — подумали сотрудники опытно-экспериментального завода ВНИИСИМС. Большой стальной барабан насадили на горизонтальную ось. Засыпали в барабан бракованные куски аметиста, цитрина, кварца, алунда, порошкообразный корунд, налили воды. Включили ток, и электромотор принялся вращать эту конструкцию».

«...Барабан принялся мелко вибрировать. Так продолжалось ещё одну неделю. Наконец выключили ток, открыли крышку, запустили руку в тёмно-зелёную от оксида хрома воду искусственной речки. И ахнули. На ладонь легли фиолетовые, жёлтые, зелёные, голубые, бесцветные сверкающие галечки, чистые, как слеза».

Из книги Галины Ахметовой и Спартака Ахметова «От авантюрина до яшмы».

Юлия Зуева, нейропсихолог, руководитель когнитивного блока центра «Три сестры»:

В первую очередь нейропсихологи обратили внимание на специфику эмоциональной сферы пациентки и провели диагностику на предмет выявления депрессии. Специфика была в том, что Галина Леонидовна фиксировалась на событиях прошлого. Она с такой живостью и яркостью описывала события, связанные с мужем, что, когда выяснилось, что он умер 22 года назад, мы были очень удивлены. Когнитивные способности были в целом сохранены, но происходило соскальзывание к одним и тем же событиям прошлого. Мы позвали нейропсихиатра. Он считал, что депрессии нет, это специфика личностной организации. И тогда нейропсихологи предположили, что Галина Леонидовна может оказаться амбидекстром, или переученной левшой. Так и оказалось. Нейропсихологи стали использовать когнитивные стратегии, эффективные для восстановления людей со скрытым левшеством. Патопсихолог смог сосредоточиться на работе не с депрессивным состоянием, а с преодолением страхов от возможного повторения инсульта и проявлений беспомощности. Успешной оказалась практика «проживания» в эргоквартире. В случае с Галиной Леонидовной важным было не то, сможет ли она перенести отработанные навыки в свою повседневную жизнь, а преодолеет ли она страх для успешного осуществления этих навыков. Именно эта уверенность в сочетании с хорошо отработанными алгоритмами бытового самообслуживания позволила эрготерапевтам сделать вывод, что Галина Леонидовна готова к выписке.

нике подтвердили, что реабилитация показана и направление есть, но никаких сроков не обещали. «Поставим на очередь», — говорили они.

Я понимал, что у меня есть максимум полтора месяца на то, чтобы найти для мамы серьёзный центр постинсультной реабилитации. Видеть, как мама боится выйти на улицу без сиделки и мучается с простым кнопочным телефоном, было невыносимо, но родственники советовали мне успокоиться и принять как неизбежное, что это уже навсегда (и, возможно, ненадолго).

Не было бы счастья... Оказалось, что двое моих коллег, получивших недавно сильные травмы, проходили реабилитацию в центре «Три сестры». Я нашёл «Три сестры» в интернете и на первой же странице увидел слово «инсульт». Через полтора месяца мама попала в центр по квоте. Её поселили в одноместный номер с табличкой «Ручей». На семейной встрече врачи и специалисты расспросили о том, что нас беспокоит. Тренеры и массажисты занимались физической формой мамы, эрготерапевты заново учили её правильно вести себя дома и на улице: включать и выключать воду, свет и газ, собираться на улицу (ключи, деньги, документы, телефон), открывать и закрывать двери, садиться в автомобиль (в клинике есть и такой тренажёр!), пользоваться бытовой техникой, телефоном и компьютером. Мама гуляла по лесу, писала нам письма по электронной почте, читала книги. В конце первой недели скачки давления, аритмия, бессонница и тремор начали уходить.

26 ИЮНЯ

Незадолго до окончания трёхнедельного курса маму поселили на один день в «отдельную квартиру», где она была «предоставлена самой себе» и готовила завтрак, обед и ужин. Она была очень довольна тем, что справилась. Сейчас мы с мамой составляем план правок к трёхтомнику. Она по-прежнему «соловей», и я уверен, что она сделает всё, что задумала. ☺



Галина Ахметова, фото из архива Музея рукотворного камня ВНИИСИМС, 1982 год.

В октябре этого года мы пригласили возглавить наш ресторан нового бренд-шефа Ульяну Тихмянову. Она окончила известную поварскую школу Ragout и до прихода в «Три сестры» работала в ресторане на севере Италии.

Ульяна Тихмянова:

«Кто варит варенье в медном тазу, тот жить собирается долго»

Новый шеф-повар центра «Три сестры» о правильной еде в клинике и о том, каким станет новое меню.

О больничной еде. Мы привыкли к тому, что в больнице обычно такая еда, что нужно просто пережить время, пока тебя лечат. Вот выйдешь ты на свободу, тогда и поешь, наконец, по-человечески. Если говорить о «Трёх сёстрах», то это вообще и не больница. Это место, где люди живут долго и движутся к восстановлению. Еда, с одной стороны, должна их питать, а, с другой, должна радовать. Она не может быть совсем ресторанной, сверхизысканной, потому что наша задача — напомнить о домашней жизни, проявить заботу через правильную еду.

О психологии. Чтобы дойти до ресторана, многим пациентам приходится проходить через психологический барьер. «Я ем, у меня изо рта всё падает. Неловко. Можно, я буду есть в палате?» Лучше в ресторане, потому что ресторан — это не только про еду, но еще и про непрерывную реабилитацию. Я слышала, как пациенты говорили: «Я пришёл и увидел, что все, у кого была травма, проходят через это. Я перестал бояться».

О холодильнике. В наших палатах нет холодильников. Привезти своей еды, как это принято в нашей больничной традиции, нельзя, потому что отвечаем за здоровье пациента мы.

О меню. Я хочу, чтобы меню стало сезонным. Зимой мы будем есть больше корнеплодов, ту же репу, ее можно очень вкусно готовить. Хурму можно класть в салат. Или запекать травы с овощами. Обязательно появится возможность поесть простой еды. Сейчас, когда у нас появилось детское отделение, часто слышу: «Мой ребенок ничего, кроме этого, не ест». Просто макароны с маслом? Конечно!

О высоком. Однажды мы пекли торт на день рождения пациента, ему исполнилось восемнадцать. Нужно было отнести торт в палату, и я решила взять с собой повара. Вообще повара — отдельная каста людей, для которых пациенты существуют где-то там. «Пойдёмте со мной, Татьяна, посмотрите, чем вы на самом деле занимаетесь». В палате пациент был с родителями, сидел в коляске. И он так тепло нас поблагодарил, что Татьяна, когда мы вернулись, сказала: «Я прямо почувствовала, как мы его обрадовали, и мы это сделали своей работой. Как хорошо, что мы сходили!»

О жажде жизни. В июле поставим на террасе таз и будем варить варенье, потому что кто варит варенье в медном тазу, тот жить собирается долго! Это всё про жизнь, про её ценность. ☺

Сёстры Ксения Семичёва
и Екатерина Полудницына
работают в клинике
«Три сестры» с момента
её открытия.

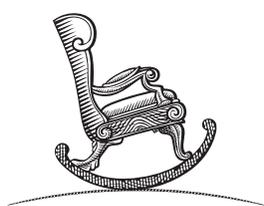
Ксения, эрготерапевт:

«Раньше мы работали в одной больнице, в реанимационном отделении. Потом ненадолго пришлось разъехаться по разным местам, вдалеке друг от друга было трудно.

Сейчас мы снова вместе и на работе, и дома — живём на расстоянии 500 метров друг от друга».

Екатерина, медсестра:

«У нас разница в возрасте год, мы с самого детства очень близки. В Москву из Новокузнецка приехали вдвоём, когда центр только открывался. На работе мы часто заходим друг к другу, созваниваемся по 15 раз в день».



Мы возвращаем простые радости