

ЖУРНАЛ О КУЛЬТУРЕ ЗДОРОВЬЯ

ТРИ СЕСТРЫ

2019 °3



ЛЕТИ, ЛЕТИ, ЛЕПЕСТОК



У меня трое детей. Все мальчики. Эксперименты со скейтами и велосипедами нам знакомы. И опыт реабилитации тоже. У первого сына три года назад был сложный перелом и две операции. К тому моменту я уже с головой нырнула в медицинскую тему, но даже представить не могла, какие сложности испытывают дети и их родители в обычной городской больнице. Разговор с оперирующим доктором был один раз и быстрее, чем обслуживание в Макдоналдс. Еще меня просили не высовывать даже голову из палаты в сторону операционной. Ребенка могли навещать или мама, или папа. И никогда вместе. Больно, страшно, грустно — совсем не считалось за тему для обсуждения.

В «Трех сестрах» мы тогда только открывали детское отделение реабилитации. И вот первой строчкой в описании вакансии у нас появилась фраза «нам нужен доктор, который любит детей». Со временем дополнительно к любви мы развили способность играть с детьми. Дальше научились разговаривать с родителями и вовлекать их в процесс. А теперь еще и создаем инклюзивную среду, организовав домашний детский сад для детей сотрудников.

Этот выпуск посвящен детям и их родителям. Интервью с известными детскими врачами, развенчивание мифов, разговоры о взрослении и истории наших маленьких пациентов.

Анна Симакова,
генеральный директор
Центра реабилитации
«Три сестры»

О редакции

Главный редактор
Екатерина Бондаренко

Арт-директор
Данил Владимиров

Верстка
Данил Владимиров
Анастасия Айгузина

Корректор
Екатерина Хрулькова

Адрес редакции
Московская область,
городской округ
Лосино-Петровский,
деревня Райки, улица
Чеховская, дом 1
+7-495-488-66-89
doctor@three-sisters.ru
three-sisters.ru

Ежеквартальное издание
Центра восстановительной
медицины и реабилитации
«Три сестры», №3, 2019 г.
Отпечатано в России.
Компания «Нетипография».

Подписано в печать 12.09.2019 г.
Тираж 1 тыс. экз.

Все права защищены. Перепечатка
материалов разрешена только
с письменного согласия
редакции.

Фото: Дмитрий Стеценский. Иллюстрация на обложке: Аля Дьякова

Содержание

2019/3

Факты

10 фактов о детях в клинике
«Три сестры» | 4

Лети, лети, лепесток

Что такое междисципли-
нарная бригада? | 8

Один день из жизни детского
физического терапевта | 12

Правда или ложь? | 18

Рената Петросян — главный врач клиники
«Чайка-спорт» — о мифах, связанных со
здоровьем и физической активностью
детей и беременных женщин

«А потом я стану футбо-
листом» | 30

Два года назад на пешеходном переходе
на Юру наехал КАМАЗ, и его ноги готовили
к ампутации. Сейчас Юра собирается
вернуться в школу. Как он к этому готовится?

Ставим мишке гастростому | 34

Как подготовить ребенка к медицинской
манипуляции через игру

Правильное детство | 38

Разные подходы к «нормальному»
детству: как выросли в России XX
века и что происходит сейчас?

Интервью

«Нужны новые материалы,
способные интегрироваться
в костную ткань» | 14

Руководитель отделения нейрохирургии
и нейротравмы клиники Рошалья Жанна
Семенова — о новых методах нейрохирургии
и о том, как работает клиника сегодня

«Мы должны адаптироваться
к ним, а не заставлять их беско-
нечно адаптироваться к себе» | 20

Екатерина Клочкова, один из лучших
специалистов по детской реабилитации
в стране, — об «игручести», связке «хирург-
реабилитолог» и ранней диагностике ДЦП

Выгулять внутрен-
него монстра | 44

Что случилось с детским кино и почему
подросткам полезно смотреть фильмы ужасов

Опыт

Мы все в ремиссии —
от рождения до смерти | 26
Впервые в клинику Ариша попала полтора
года назад с опухолью головного мозга.
В августе 2019 четвертый курс реабилитации
пришлось прервать из-за ухудшения ее
состояния. Рассказывает Юлия, мама Ариши.

Поздний ребенок | 37

Как я был официантом | 42
Десятилетний Ваня, сын директора клиники,
рассказывает, как прошлым летом две
недели подрабатывал в ресторане

Свои люди

Планы на вечер | 52
Как составляется программа концертов
в клинике «Три сестры»

Детский сад в клинике | 54



Моцарт два раза в день после еды. О терапевтических свойствах музыки
человечеству известно давно, но как именно она воздействует на нас? — с. 50

10 ФАКТОВ О КЛИНИКЕ «ТРИ СЕСТРЫ»

4

1



В «Трех сестрах» занимаются детской реабилитацией с самого открытия клиники. Сначала это были подростки с 14 лет, потом школьники с 7 лет, потом детишки с трех лет. Сейчас мы помогаем деткам от года в речевом и двигательном развитии с самыми разными диагнозами: ДЦП, травмы, инсульты, генетические заболевания. Каждый пятый пациент в клинике — ребенок.

2



Наши доктора и специалисты редко задерживаются в декретном отпуске. Обычно через четыре месяца уже возвращаются на работу в клинику. Для детей сотрудников на первом этаже клиники мы организовали детский сад. Туда ходят дети от года и проводят день с воспитателем. Если у родителей есть время, они могут пообщаться с ребенком.

3



В клинике нет распределения на детские и взрослые палаты. Если заезжает пациент-ребенок, то на двери палаты появляется наклейка лесного персонажа — ежик, белка, олень. Этот же персонаж по желанию ребенка может потом присутствовать на занятиях.

5

4



Мы заметили, что есть взрослые, которые очень тревожатся, когда планируют приехать к нам на реабилитацию. Как все будет устроено, кто будет со мной заниматься, когда я почувствую результат. Мы любим отправлять таким взрослым видеозвонки наших маленьких пациентов. После рассказа маленького человека о том, как он занимался, гулял, спал, и какие добрые врачи, взрослым тоже становится спокойнее. Они часто пишут в ответ, что их воодушевляет такой рассказ и избавляет от страхов.

5



Найти в клинику детского специалиста сложнее, чем взрослого. И это вопрос не образования, мотивации или финансовой компенсации. У детского реабилитолога должно быть обязательное качество. Мы называем его «игручность». Таких людей сразу видно — они приносят с собой костюмы, наряжаются в персонажей мультфильмов или берут с собой на занятия светящиеся шары. Это невозможно прописать ни в каком стандарте. Это человеческое качество — уметь играть даже во взрослом возрасте.

6

6



Каждый год мы проводим рождественские встречи для детей сотрудников всех возрастов: знакомим их с клиникой, пациентами, организовываем спектакли и мастер-классы, угощаем вкусным обедом. Маленькие дети могут поиграть в доктора — потренироваться делать УЗИ, раскладывать таблетки и даже ставить уколы. А для детей-подростков мы устраиваем полезные сессии, например, как пройти интервью при устройстве на работу или написать резюме.

7



Чтобы попасть к нам на реабилитацию, первый шаг пациента — прислать выписку с диагнозом и свое видео. Видео бывает информативнее выписки — на нем понятно, как пациент двигается, что умеет делать, как откликается на имя и звуки. Интересно, что взрослые пациенты почти никогда не присылают видео. А вот мамы детей всегда с легкостью, даже если еще не получили эту просьбу от нашего доктора.

8



Каждое лето в клинику на подработку приходят дети сотрудников: они могут помогать с в тех департаментах, где не нужно медицинское образование — ресторан, ресепшн, служба ухода. Недавно на ресепшн звонили из компании Amazon и спрашивали о стажере, который работал на ресепшн все лето два года назад.

9



Мы знаем, как трудно бывает маме болеющего ребенка. Для того чтобы родители чувствовали себя лучше и успевали отдыхать, мы проводим специальные психологические группы, фитнес-занятия и спа-процедуры.

10



Одна из самых ярких историй восстановления случилась с девочкой Соней. Она занималась на турнике, упала и ударилась головой. Была в коме, прооперирована, долго пробыла в реанимации. К нам поступила в совершенно лежачем состоянии с сильным болевом синдромом. К девочке нельзя было притронуться. Она все время плакала.

Через месяц Соня уехала, сидя в машине. Она передвигается по квартире на ходунках, может подняться по лестнице, сама ест, умывается и рисует.

7

Что такое междисциплинарная бригада

Когда в клинику на реабилитацию поступает ребенок, с ним начинает работать междисциплинарная бригада. Раз в несколько дней специалисты собираются и обсуждают пациентов, каждый со своей профессиональной точки зрения. Ставят краткосрочные и долгосрочные цели, отслеживают промежуточные результаты и общаются с родителями. Из кого состоит бригада и кто за что отвечает, рассказывают специалисты клиники.



Эрготерапевт ЕЛЕНА ГРИГОРОВА

Эрготерапевты занимаются восстановлением повседневной деятельности. Выбирая навыки, которые необходимо восстановить первым делом, мы рассматриваем те, которые помогают улучшить движение, чувствительность, внимание, взаимодействие с близкими.

Основные задачи эрготерапевта — ограничить чрезмерную опеку родителей и пошагово вовлечь ребенка в выполнение сложных действий. Вот пример работы с Ириной и ее мамой.

У Иры левосторонний гемипарез, сниженное равновесие в положении стоя. Она легко отвлекается от выполнения задания, из-за этого делает все очень медленно. Ира не успевает умыться и почистить зубы сама из-за нетерпеливости мамы. В начале работы мы предложили следующую реабилитационную цель: через 2 недели Ира будет умываться самостоятельно, стоя у раковины с поддержкой — поясом. Сначала поддерживающий ремень позволил «выключить» маму из процесса. А после практики использования двух рук и тренировки равновесия с физиотерапевтом Ира начала умываться сама.

Логопед (специалист по глотанию) ЕКАТЕРИНА УСЕНКОВА

В детской неврологической патологии мы часто сталкиваемся с нарушениями глотания, дыхания и речи. Вся медико-логопедическая работа с детьми основана на играх. У трехлетней Сеяны после удаления опухоли головного мозга отсутствовали голос, самостоятельное дыхание и спонтанная речь. Была диагностирована дисфагия (нарушение глотания) тяжелой степени выраженности. Сеяна дышала через трахеостому, ее кормили с помощью назоглоточного зонда. Передо мной стояла задача, чтобы Сеяна дышала через естественные дыхательные пути, потому что при длительном ношении трахеостомы голос и самостоятельное глотание могут не вернуться. Занятия мы начали с игры Микрофон.

Я ставила на трахеостому голосовой клапан и просила Сеяну на выдохе произнести звуки (А, И, У), слово «мама». После этого на трахеостому надевалась заглушка. Сеяна самостоятельно вдыхала через нос и выдыхала через рот, произнося короткие предложения. Начинали мы с нескольких минут и довели до 24 часов нахождения с заглушкой. Так, постепенно, ребенок научился дышать сам и после месяца занятий мы сняли трахеостому. Вернулся голос: звучный, хорошей наполняемости. Вскоре Сеяна начала самостоятельно есть.

Детский невролог ДИНАРА КАМЕЛДЕНОВА

Детский невролог в реабилитации ребенка играет ключевую роль. Именно невролог задаёт основное направление в работе ведущих специалистов и несет ответственность перед коллегами за интерпретацию симптомов. Невролог медикаментозно корректирует соматическое и психическое состояние пациента. На фоне активной реабилитации и физической нагрузки у ребенка начинают просыпаться те зоны головного мозга, которые «спали». Тут самое важное не упустить эпилептический приступ, вовремя сделать ЭЭГ-видеомониторинг и скорректировать терапию. Также именно на невролога ложится обязанность выстроить диалог с родителями и побудить их к максимальному участию в процессе реабилитации.

Медсестра НАТАЛЬЯ БАЗАДЖИ

Основная роль медицинской сестры заключается в том, чтобы обучить родителей манипуляциям, которые им придется самим делать дома. Вместе с родителями мы санируем трахеостому, вводим катетер в мочевой пузырь и кормим ребенка через назогастральный зонд или гастростому. К каждому маленькому пациенту нужно найти подход: мы отвлекаем детей от неприятной медицинской манипуляции с помощью игрушек, картинок или занимательного рассказа. Обтираем и моем тяжелобольных детей, подбираем средства по уходу. Часто задача медсестер и ухаживающих — дать возможность родителям ненадолго оставить ребенка в надежных руках и выпить чашку кофе, отдохнуть. Им важно набраться эмоциональных и физических сил для дальнейшей реабилитации.

Коррекционный педагог ОЛЬГА ЖУКОВА

Помощь коррекционного педагога требуется детям с разными диагнозами: ДЦП, задержка психического развития, синдром дефицита внимания и гиперактивности, слабослышащим детям, детям со слабым зрением. Коррекционный педагог проводит диагностику и ставит задачи по коррекции, находясь в тесном взаимодействии с врачами и психологами. Методики моей работы включают упражнения на развитие логического и пространственного мышления, различных видов памяти, способностей к удержанию внимания.

Например, как мы тренируем память и развиваем пространственное ориентирование с Соней. Соне 5 лет и у нее ДЦП. Сначала мы поможем зайцу выбраться из лабиринта. Потом построим для него дом из лего. Потом посадим всех зверей в автобус и отправим в путешествие. Я считаю до 5, задача Сони запомнить, кто где сидел. Нет, Соня, за рулем был еж. Попробуем еще раз?

Нейропсихолог и психолог КСЕНИЯ ВОРОНИНА

В реабилитационной команде центра психолог играет синтезирующую роль и может помочь другим специалистам повысить эффективность занятий. После полного обследования нейропсихолог понимает, какие трудности есть у ребенка: нарушение внимания, памяти, мышления, пространственные нарушения. Например, совсем недавно у нас была девочка Саша. После диагностики у нее выявились проблемы с памятью и чтением. Мы скорректировали работу Саши с другими специалистами — на занятиях с физическим терапевтом она стала бросать мячики и при этом запоминать слова. А на эрготерапии читала свое расписание и вспоминала время занятий.

Кроме того, детские нейропсихологи занимаются коррекцией эмоциональных и поведенческих проблем. Пятилетний Максим никак не хотел заниматься, плакал и убегал с занятий. Мы придумали для него дневник, в который после каждого занятия все специалисты приклеивали жетон в виде его любимого героя. В конце недели эти жетоны суммировались и Максим обменивал их на просмотр мультфильмов. Поведенческие проблемы были решены с помощью более значимой мотивации.

Физический терапевт АЛЕКСАНДР МОЛЧАНОВ

Детский физиотерапевт занимается восстановлением и поддержанием двигательных функций ребенка. Для своего пациента физиотерапевт должен быть другом, братом или супергероем. Четырехлетний Сармат, поступивший в клинику после черепно-мозговой травмы, не занимался ни с кем, кроме двухметрового физического терапевта, потому что ему сказали, что это Танос из фильма «Мстители». Если ребёнку просто дать задание выполнить упражнение, скорее всего, он этого делать не будет. Поэтому нужно включать фантазию и придумывать игры. Большинство игр придумываются на ходу, они связаны с любимой игрушкой ребёнка или построены по сюжету его любимого фильма. В работе с детьми важна мера. Вовремя остановиться и не переиграть, иначе ребёнок перевозбудится и не будет ничего делать. Следить, чтобы ребёнку не было слишком больно на занятии, иначе на следующем он будет ждать боли и не будет ничего делать. У шестилетнего Андрея ДЦП. Его мышцы постоянно напряжены так, что он не может сам повернуться и сесть. До центра он занимался ЛФК, там его растягивали через боль. В начале наших занятий, как только он видел кушетку, мышцы сокращались ещё сильнее, он начинал кричать и сопротивляться. Пришлось потратить не одну неделю, чтобы он понял, что занятия помогут ему, а не причинят боль. ☺

Один день из жизни детского физического терапевта



Текст: Александр Молчанов,
физический терапевт



и слон. Через 5 минут они договорились с Вадимом поиграть в гонки с препятствиями. Я подготовил трассу. Вадим с собакой и слонем легко обогнали своих противников. Потом я предложил посоревноваться со мной. Сначала Вадим не соглашался, но после того, как узнал, что в случае победы он получит в подарок мыльные пузыри, сразу согласился. Борьба была неравной — Вадим победил и забрал свой приз. Сегодня мы встретимся с ним еще не раз — Вадима выписывают.

11:15 К нам в центр приехала на консультацию Лиза с мамой и папой, у Лизы ДЦП. Вместе с врачами мы осмотрели ребенка и пришли к выводу, что реально научить её самостоятельно сидеть, и после реабилитации она сможет сама делать уроки. Родители с Лизой планируют заехать к нам через месяц.

12:45 Обедаем в ресторане центра. Сегодня рыбный суп, овощной салат и картошка с куриной грудкой, на десерт — желе с малиной. Обсуждаем с коллегами, почему футболист сборной России получил травму на вчерашней игре, и как бы мы его лечили. Шутим и строим планы на выходные.

13:10 У нашей бригады семейная встреча с Вадимом и его родителями. Рассказываем, чего добились за этот курс реабилитации: сейчас мальчик, держа за руку маму, может сам пройти 10 метров.

Фото: Денис Клебеев

7:30 Я просыпаюсь и включаю телевизор. Пока собираюсь на работу, смотрю мультики, чтобы быть в теме.

8:55 Рабочая пятиминутка. Мы обсуждаем поступивших пациентов. Сегодня, кроме занятий с детьми, меня ждет семейная встреча и консультация.

9:00 Первый мой пациент — Илья, ему 7 лет. Два месяца назад во время операции по удалению опухоли головного мозга он перенес инсульт. Сейчас он самостоятельно ходит и практически не отстаёт от ровесников. Илья говорит, что не хочет заниматься, потому что он устал и не выспался. Пять минут мы с ним договариваемся просто поиграть, столько же выбираем игру. Останавливаемся на вышибалах. Десять минут, и Илья окончательно просыпается. Начинаем делать упражнения для укрепления мышц ног и рук. Неожиданно Илья останавливается и решает побороться со мной. Он нападает со спины. Конечно же я выигрываю, так как я сильнее. Я говорю ему: — Хочешь быть таким же сильным,

как я? Тогда тебе надо больше тренировать руки и ноги. Илья у нас уже две недели, но никогда ещё я не видел, чтобы он работал так упорно. В конце занятия он снова нападает на меня, но в этот раз я поддаюсь и проигрываю. Он счастлив. Появляется папа Ильи, и мальчик бежит к нему с криком: — Я победил Сашу, потому что я ниндзя!

9:45 Никита приходит ко мне на занятия с ходунками. В свои 8 лет он перенёс 3 операции на головном мозге. Когда Никита поступил в клинику, он не мог самостоятельно садиться, вставать и ходить. Мы учимся стоять на четвереньках и ползать, чтобы он лучше контролировал свои движения.

10:30 Вадиму 4 года. Месяц назад он перенёс инсульт. Вначале Вадим не мог поворачиваться, сидеть, ползать и ходить. Кроме того, он очень плохо видит, и это усложняет наш процесс. Сегодня мы работаем над балансом и ходьбой. Вадим приходит, держа за руку маму. Когда они зашли в детскую зону, малыш испугался и заплакал. На помощь пришли наши мягкие игрушки — собака

14:00 Мы снова встречаемся с Ильёй, в этот раз на газоне перед центром. Он принёс с собой футбольный мяч, и мы начали заниматься: разворот и прием мяча, обвод мяча вокруг фишек. Эти упражнения улучшают баланс Ильи и координацию движений. В конце занятия мы просто играем в футбол.

14:45 Продолжаем работать с Ильёй, на этот раз в деле приспособления для ходьбы. Сначала ходим со скандинавскими палками и ходунками на колёсиках, потом он идет сам, а я придерживаю его за пояс. Илье тяжело — он переживает, что у него не всё получается сразу. Чтобы поднять ему настроение и дать отдохнуть, я катаю его на самокате по центру.

15:30 Третья за день встреча с Вадимом. Вместе с родителями мы повторяем упражнения, которые Вадим будет делать дома.

16:15 Приезжает пациент моего коллеги, Игорь Николаевич. Мы делаем слепок его руки, чтобы изготовить ортез. Его кисть будет зафиксирована, и он сможет сам держать вилку и ложку.

17:50 Я выхожу из центра. На газоне сидят родители с детьми. Я машу пациентам рукой и еду играть в футбол — на этот раз с друзьями. ☺

Жанна Семенова: «Нужны новые материалы, способные интегрироваться в костную ткань»



Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор



Жанна Семенова, руководитель отделения нейрохирургии и нейротравмы Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии, профессор кафедры детской нейрохирургии РМАНПО, главный внештатный детский нейрохирург Москвы и ЦФО, доктор медицинских наук.

Ежегодно через НИИ неотложной детской хирургии и травматологии на Якиманке, который обычно называют клиникой Рошаля, проходят 9000 детей с травмами головы. О новых методах нейрохирургии и том, как работает клиника сегодня, говорим с руководителем отделения нейрохирургии и нейротравмы клиники Рошаля Жанной Семеновой.

С какими травмами дети попадают в ваше отделение?

В структуре всех травм, которые случаются у детей, черепно-мозговая травма занимает лидирующее место, при этом легкая черепно-мозговая травма составляет почти 90%. С одной стороны, такая травма имеет благоприятный прогноз и может пройти бесследно, с другой стороны, под маской сотрясения случаются редкие, но фатальные осложнения. Речь идет о внутримозговых кровоизлияниях — гематомах, которые не сразу себя проявляют. Например, ребенок упал, ударился головой, была рвота, но быстро встал, вроде восстановился. В больницу не стали обращаться. Через час-два состояние ухудшилось — выросли головные боли, повторилась рвота, возможны судороги, угнетение сознания. По прибытии в стационар выясняется, что это было не просто «сотрясение», а перелом черепа, повреждение крупного сосуда, кровотечение в полость черепа с формированием гематомы, сдавление мозга, отек мозга и далее... Именно по этой причине все дети, которые получили значимую травму головы, должны быть обязательно осмотрены в специализированных стационарах.

Ежегодно через наш институт проходит более 9000 детей с травмами головы. Понятно, что далеко не все госпитализируются, в подавляющем большинстве, когда мы точно знаем объем повреждения и убеждены, что нет никаких угроз, мы отпускаем деток домой под наблюдение невролога. Понятно, что среди этого потока пострадавших есть и пациенты, которые нуждаются в хирургическом лечении — удалении гематом, репозиции вдавленных переломов и т.д. Сегодня в институте есть все возможности в короткий срок обследовать ребенка и принять решение о лечении.

Наиболее сложные пациенты — это дети с тяжелой черепно-мозговой травмой. Такие дети попадают к нам на лечение после тяжелых ДТП, падений

с высоты, встречается травма насильственного происхождения, даже огнестрельные травмы.

Можно сказать, что наш институт сегодня по России занимает лидирующую позицию в лечении тяжелой черепно-мозговой травмы у детей. У нас разработаны и внедрены современные стандарты, используются новейшие технологии. В лечении маленького пациента принимает участие большая мультидисциплинарная команда, которая включает в себя не только нейрохирургов, но и различных смежных специалистов, начиная от реаниматологов, специалистов лучевой диагностики, детских хирургов, челюстно-лицевых хирургов, травматологов, заканчивая специалистами по восстановительному лечению. Такой подход способствует сравнительно скорому выздоровлению. Вместе с тем остается достаточно высокий процент тяжелых инвалидов, что в значительной степени определяется непосредственно самой структурой и характером повреждений. Для таких детей мы стараемся найти возможность улучшить качество жизни, то есть речь идет, в первую очередь, о хирургическом лечении последствий тяжелой травмы и создании условий для дальнейшего восстановления. Кроме того, даже для тяжелых детей, находящихся в палатах интенсивной терапии, разработаны методы раннего восстановительного лечения.

Какова специфика лечения черепно-мозговой травмы у детей?

Конечно, травмы у детей очень отличаются от травм взрослых людей. Если взрослые из точки «А» возвращаются в точку «А» (к прежней жизни), то ребенок из точки «А» должен перейти в точку «Д» (стать взрослым). Он должен развиваться. Принципиальное значение имеет сохранение у ребенка возможности развития. Есть статистика, которая говорит о том, что чем раньше была получена травма, чем младше был ребенок, тем прогнозы его восстановления

хуже. Лучший прогноз восстановления у подростков и молодых людей. Эта группа пациентов характеризуется высоким репаративным процессом, зоны нейрогенеза достаточно активны, и вместе с тем формирование мозга ближе к его завершению.

Еще одна особенность — пластичность. Детский мозг отличается этим свойством. При утрате тех или иных функций пластичность определяет возможность обучения новым навыкам.

Нужна ли помощь родителям пострадавших детей?

Конечно, нужна! В случае тяжелой травмы первыми приходят на помощь психологи. Необходимо помочь родителям выйти из состояния шока, адаптироваться к ситуации. Вторая задача — научить родителей общаться с пострадавшим ребенком, особенно если он тяжело инвалидизирован. Для многих родителей это трагическая точка отсчета в жизни. Научиться в этом жить чрезвычайно сложно... Но и вместе с тем беду надо преодолеть!

Почти 10 лет назад у нас лечился ребенок. Сейчас ему 14 лет. Он попал к нам в клинику в крайне тяжелом состоянии, практически со смертельным огнестрельным ранением. Был многократно оперирован. Мы помогли ему пережить травму, но она прошла не без последствий: у него нарушены движения в правых конечностях (гемипарез), есть проблемы с памятью и обучением. Как социализировать такого пациента? Реальный мир в этой ситуации ему подарила его мама. Она тренер по плаванию. Она научила его прекрасно плавать. Мальчик — многократный призер по плаванию, по-моему, даже паралимпиец.

Бывают и другие примеры — когда ожидания родителей не соответствуют действительности, когда у них не находится возможности брать на себя ответственность. В такой ситуации чрезвычайно важно продолжать работать с родителями и помогать маленькому пациенту.

Расскажите про детский инсульт, почему он случается, и можно ли заметить ранние признаки.

Инсульты занимают 10-е место по причине смертности у детей и встречаются чаще, чем онкологические заболевания. Причин для инсульта очень много. Это могут быть врожденные заболевания, гематологические заболевания, сердечные заболевания и инфекции. Речь идет о таких серьезных инфекционных осложнениях как сепсис, васкулит и так далее.

Если у ребенка впервые возникли стойкие головные боли, если у ребенка была многократная рвота без каких-либо других причин, если у ребенка вдруг появилась какая-то неврологическая симптоматика, если у ребенка впервые возникли судороги или подзрение на них, его надо обязательно обследовать. Объем обследования определяется специалистом и включает в себя КТ и МРТ исследования. Сегодня мы имеем возможность быстро поставить диагноз, хотя важно отметить, что 50% инсультов могут иметь бессимптомное течение.

Что изменилось в детской нейрохирургии за последние 20 лет?

Я начинала свою трудовую деятельность в 85-м году как ургентный нейрохирург в небольшой больнице. Конечно, ни об оснащении, ни о технических возможностях, ни о диагностике, которая есть сегодня, даже речи не было. На самом деле медицина 20 лет назад и более шла вслед сложившимся осложнениям, а сегодня концепция лечения многих заболеваний, в том числе и нейрохирургической патологии, носит больше превентивный характер и направлена на то, чтобы остановить и предотвратить прогрессирование заболевания. Если говорить о травме мозга, то хирургическое лечение в условиях сложившихся осложнений всегда малоэффективно. Вместе с тем, если удастся сохранить пациента в рамках его первичной травмы, прогноз его восстановления на порядок лучше. Сегодня у детишек процент восстановления достигает 50% и больше. Снижается летальность, но увеличивается число глубоких инвалидов. Именно эта категория пострадавших представляется сегодня наиболее сложной во всех отношениях — дорогостоящее, длительное лечение, и, как правило, инвалидизация, которая

в том или ином объеме остается. Это большая социальная проблема.

Какие новые методики появились в нейрохирургии?

Развитие медицины сегодня связано прежде всего с появлением новых технологий. Это касается в первую очередь диагностики — компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и так далее. Эти технологии позволили взглянуть на многие заболевания иначе, появились более глубокое понимание природы заболевания, а следовательно, более щадящие подходы в лечении, я имею в виду хирургическое лечение. В нашу практику все шире и шире входит так называемая малоинвазивная хирургия. Конечно, и нейрохирургия не осталась в стороне — это микрохирургия и нейроэндоскопия, реконструктивная хирургия и функциональная нейрохирургия и многие другие разделы. Еще большие перемены ждут нас с внедрением аддитивных технологий, которые предполагают послойное наращивание и синтез отдельных поврежденных структур организма.

Сегодня как у взрослых, так и у детей после тяжелой черепно-мозговой травмы встречается такое осложнение как дефект черепа, который может быть гигантским. Условием дальнейшей реабилитации для пациента в такой ситуации является восстановление целостности черепной коробки. Принципиальное значение имеет ранняя реконструкция дефекта, которая способствует восстановлению перфузии мозга, а следовательно, предполагает клиническое улучшение. У маленького ребенка в первые пять лет жизни это грандиозная проблема. Имплантировать синтетический или титановый имплантат не представляется возможным, так как череп еще продолжает расти. Есть необходимость в создании новых материалов, способных интегрироваться в костную ткань. Такое производство в России пока отсутствует. Надеюсь, что в ближайшее время эта проблема разрешится, а пока мы решаем эти вопросы, используя импортные материалы. В клинике накоплен очень большой опыт лечения таких состояний.

Существуют ли травмы, которые раньше считались фатальными, а сейчас эффективно лечатся?

С одной стороны, результаты лечения действительно изменились, мы уже говорили об этом.

С другой стороны — поврежденный, разрушенный мозг не предполагает полное восстановление.

С момента осознанного существования человечества мечта о неуязвимости нашей плоти не покидает нас. Мы видим это в древнейших мифах всех народов мира — типологический «вечный» сюжет умирания и воскрешения. Отчетливое понимание этого пришло с томом «Поэзия и проза Древнего Востока» из «Всемирной литературы».

Безусловно, мы получаем некие новые знания и новые возможности в лечении больного, но и сегодня в большинстве своем наши усилия, направленные на излечение от болезни, ограничиваются возможностью облегчить состояние больного. И это особенно важно для пациентов с тяжелой травмой мозга.

Остаются мифы относительно клеточных технологий, неизведанных резервных возможностях человеческого организма. Сегодня мы имеем только инструменты контроля для того, чтобы не дать развиваться дополнительным осложнениям, которые могут усугубить исход.

Стремительные темпы развития фундаментальной науки позволяют надеяться, что в недалеком будущем откроются новые знания, которые качественно изменят лечение тяжелейших повреждений.

Вы работаете с детьми в критическом состоянии и их родителями, как вам удается справиться с такими эмоциональными нагрузками?

Безусловно, хирург страдает своему больному. Вместе с тем в конкретной ситуации ты должен оставаться хирургом — эмоциональная составляющая не способствует хорошей хирургии. Выбор объема и характер лечения должны быть тщательно выверенными. Не могу сказать, что это всегда возможно, но и вместе с тем к этому следует стремиться. А вот уже потом, когда пациент справился с тяжелой ситуацией и ты можешь сказать ему «Спасибо, мы победили вместе!», можно дать волю эмоциям. ☺

Правда или ложь?

Рената Петросян – главный врач клиники «Чайка-спорт», врач общей практики, эндокринолог – о мифах, связанных со здоровьем и физической активностью детей и беременных женщин



Текст: Рената Петросян, врач общей практики, эндокринолог, главный врач клиники «Чайка-спорт»



Иллюстрации: Ригга Черепанова

Беременные могут ходить на лыжах

ПРАВДА Европейские и американские ассоциации гинекологов-акушеров предполагают, что если женщина до беременности занималась каким-то спортом, он ей не противопоказан. Пока не станет тяжело и не начнет мешать живот. Бассейн – пожалуйста, с первого до последнего дня. Бегать можно долго. Беговые лыжи – хоть до девятого месяца. Конечно, если вы ничем не занимались, не надо, узнав, что вы беременны, начинать заниматься конным спортом. Но все равно нужна минимальная физическая нагрузка, гимнастика, потому что роды по затратам энергии сравнивают с подъемом на Эверест.

Ребенок должен облизывать пол

ПРАВДА Когда ребенок растет в стерильных условиях, он на все дает аллергическую реакцию. Чем больше ребенок будет валяться на полу и облизывать руки, тем меньше вероятность, что у него будет аллергия.

Девочек во время менструации нужно освобождать от физкультуры

ЛОЖЬ Я консультировала пациентку, девочку-пловчиху сборной Москвы, ей 13 лет. Рост – метр семьдесят. У нее начались месячные, родители повели ее к гинекологу по месту жительства. Он им говорит: «Плывать? Нельзя, вы что, ни в коем случае». Для меня эта проблема – исключительно гигиеническая. Существуют средства специально для девочек. Я ее спрашиваю: «Ты будешь использовать эти средства?» – «Нет». Я говорю: «Ну значит, занимайся сухой тренировкой». «А нам, – говорит, – гинеколог запретил даже сухую». Я не могу понять, почему? Если ребенок не падает в обморок, а такое может быть, когда цикл устанавливается, если он хорошо себя чувствует, тогда – тренируйся! Болезненные месячные лечатся физической нагрузкой, не в момент, когда больно, а постоянной регулярной физической нагрузкой. Много растяжки, пилатес и спорт. А не освобождение от физкультуры.

Беременным нельзя вакцинироваться

ЛОЖЬ Недавно пришла пациентка на сроке 32 недели вакцинироваться от гриппа. Я ее похвалила за это, мы вакцинировались, и потом она задала мне вопрос: «А когда мне делать вакцину от коклюша?» Это сознательность уровня Бог. У нас в стране это запрещено, но это неправильно. За рубежом от коклюша прививают на сроке 36 недель, потому что ребенок в первые два месяца никак не защищен от коклюша, и именно в это время, если он заболит, у него очень высокие шансы погибнуть.

Младенцев можно купать с первых дней жизни

ПРАВДА Некоторые родители не купают новорожденных первые три или четыре недели. Почему – непонятно. Грудных детей купать можно и нужно с первых дней жизни.

В спорте главное разминка

ПРАВДА Родители привели мальчика, он профессионально занимается большим теннисом, учится в 5 классе. У него болит плечо. Тренер отправил его к врачу. Наш врач-травматолог его посмотрел. Мальчик худой, растет быстро. При этом ему нужно большой ракеткой наносить удары, естественно, он весь перекошенный. Врач сказал: «Угу, подайте мне тренера». Дальше он спрашивает тренера: «Скажите, пожалуйста, сколько у вас идет разминка?» – «Мы разминаемся 40 минут». «Хорошо, а сколько у вас идет тренировка?» – «Два часа». Так быть не может. Должно быть 50% времени разминка, 50% тренировка. Ребенок заваливается на левую сторону, то есть нельзя качать только левую руку, должны быть упражнения, которые уравновешивают. По идее, это должен знать тренер по физподготовке, который с самого начала не даст этой асимметричности развиваться. Часто в профессиональных секциях тренера по физподготовке просто нет.

Екатерина Клочкова

Один из лучших специалистов по детской реабилитации в стране об «игручности», связке «хирург-реабилитолог» и ранней диагностике ДЦП

Врач, физический терапевт, директор
АНО «Физическая реабилитация»,
Санкт-Петербург

Фото: Надежда Шумина

«Мы должны адаптироваться к ним, а не заставлять их бесконечно адаптироваться к себе»

Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

В чем специфика работы специалиста по детской реабилитации?

У детского реабилитолога в фокусе внимания находятся три зоны. Первая — сам ребенок, который еще не до конца развил свои двигательные навыки, и ты включаешься в процесс его развития. Вторая — ребенок живет в семье, с которой ты тоже начинаешь взаимодействовать. И третья — окружающая среда, которая влияет на ребенка. Взрослый пациент, например, парень после спинальной травмы, может сказать: «Я хочу научиться все сам делать. Я поеду в реабилитационный центр один. Мне не нужен сопровождающий». С ребенком такое невозможно. Ему жить с родителями, ты должен учить маму. Родителям нужно очень много поддержки. Даже

во взрослой реабилитации иногда этого меньше. Если ты, например, со взрослым можешь поставить какие-то границы и сказать: «Я этого сделать не смогу, это не в моей компетенции», то с ребенком это крайне затруднительно. Детям психологически сложнее отвечать на трудные вопросы, особенно когда присутствует мама. «Буду ли я ходить?», «Полюбит ли меня кто-то?», «Научусь ли я когда-нибудь в туалет ходить сам?» Если не знаешь, надо говорить «не знаю». Ребенок часто ищет в тебе поддержку, потому что мама старательно уходит от этих разговоров, у нее нет сил об этом говорить.

Хорошо, чтобы людей не пугали тем, что все будет плохо, ваша жизнь закончилась, а говорили просто: «Смотрите, сейчас его задача развития — следить за предметом. Ему трудно. Он может следить очень короткое время. Обычно как люди делают? Вешают погремушку. Это не срывает, потому что он быстро потеряет интерес, начнет к ней относиться, как к шуму. Поэтому ее нужно взять и вот так поводить, и через минуту интерес у него угаснет. Давайте вместе попробуем и посмотрим, когда у него закончится внимание. Вот, у него закончилось внимание через 35 секунд. Давайте закончим эту тренировку через 25, чтобы он не устал. И потом построим ему глазки».

Иногда работа с семьей может носить абсолютно неформальный характер. И кажется — нет, должны быть границы, работать нужно только в рабочее время. Но в детской реабилитации так не получается.

Если еще говорить про отличия, редко бывает так, что взрослый реабилитолог встречается с каким-то неизвестным диагнозом. А детский реабилитолог работает с этим регулярно. Ко мне может прийти ребенок с диагнозом ДЦП, но я буду чувствовать, что это генетический синдром. Что для ДЦП у него есть какие-то странные дополнительные нарушения, что распределение мышечного тонуса немножко другое. И вообще, я много видела ДЦП, и этот никак не похож. Значит, его надо отправлять к генетикам.

Существует ли ранняя диагностика ДЦП?

У ребенка очень большой потенциал нейропластичности. Раньше было как? Родился ребенок, родился рано, у него какие-то повреждения в мозге, все ждали, думали: может, он выскочит, его там полечат немножечко в отделении выхаживания новорожденных. И дальше, если он в восемь месяцев сам не сидит, считалось, что это угроза ДЦП, и вот теперь нужно начинать что-то делать. Сейчас, если вы знаете, что новорожденный мог иметь, например, перинатальный инсульт, сосудистое или локальное поражение мозга, ребенку нужно сразу помо-

гать развиваться. На этом базируются современные программы раннего вмешательства. Например, ребенку делают МРТ и диагностируют одностороннее поражение мозга. И еще до того, как станет заметно, что одна рука отстает, ее стимулируют относительно предмета. И результаты очень хорошие. Существует еще один метод, его изобрел австрийский врач Прехтль, называется «анализ спонтанных движений». В чем он заключается: на видео снимают, как младенец сам двигается на пеленальном столике. И врач анализирует видео, есть ли двигательные особенности, свойственные ДЦП. И если они есть — это 80% вероятности заболевания. Я знаю прекрасного профессора в Санкт-Петербурге, который учился у Прехтля, он работает в перинатальном центре. Если он предлагает родителям — давайте пройдем раннюю диагностику, родители говорят — чур меня. В это время люди не готовы. Я, кстати, не знаю западной статистики, стоит ли там очередь из желающих узнать, будет ли у ребенка ДЦП.

Есть несколько подходов к реабилитации детей с ДЦП: одни говорят, что хватит двух курсов в год, другие, что заниматься нужно ежемесячно и интенсивно. Что думаете вы?

Конечно, бывают ситуации, когда нужна интенсивность, но если, например, ребенку три года, и его возят на четыре-пять курсов реабилитации в год, то непонятно, где ему учиться пользоваться горшком. В одном реабилитационном центре один горшок, в другом — другой. Возникает проблема освоения навыка самообслуживания, и как ему учиться? Важно, чтобы ребенок сразу начал использовать в повседневной жизни приобретенные навыки. Сейчас такой мировой тренд: ребенок два-три раза в неделю ходит на занятия в центры недалеко от дома. Это для родителей меньший стресс, чем везти на реабилитацию на несколько недель. Но в наших реалиях мы все время сталкиваемся с тем, что звонят родители, например, из Вологды и говорят: «У нас в Вологде нет ничего. Нам надо что-то делать». Пройти больше курсов, чем три раза по две недели за год — это нереально. Я знаю этого ребенка, и его родители делают, грубо говоря, домашнее задание, снимают



ребенка на видео и присылают мне, чтобы я посмотрела, как они справляются дома. На самом деле, я за такие формы.

Сообщаете ли вы родителям плохие прогнозы?

У меня есть личная про это история. Мой папа, мы с ним спорили всегда. Он говорил: «Я такой человек, если у меня будет рак, я не хочу знать, потому что если я буду знать, то это мне крылья

Я говорю: «Вы можете относиться к этому как угодно, но я должна вам это сказать. Вы же меня потом не простите».

Фото: Надежда Шумина

обрежет». Я ему всегда отвечала: «Я убеждена, что надо знать правду, потому что это твоя жизнь, и если что-то эту жизнь ограничивает, я хочу знать правду». И когда он заболел раком легких, он был полностью уверен, что я скажу ему правду. Врачи вели себя совершенно безобразно, они говорили: «Выведите его, и мы с вами будем разговаривать». Или: «Мы ничего не скажем, пока он здесь». Он совершенно спокойно уходил и в конце бросал у двери: «Я знаю, ты мне скажешь». И я, конечно, сказала. Я думаю, что в такие критические моменты где-то внутри каждого человека живет это желание знать правду.

На чем основана непосредственная коммуникация реабилитолога с ребенком?

Конечно, детский реабилитолог должен уметь играть. В детскую реабилитологию не приходят неигручие люди, они просто выбирают другое направление. Игры бывают разные, это очень индивидуально. Например, сидят три взрослые тети и решают, во что бы поиграть с десятилетней Алисой. У Алисы неуточненный генетический синдром. Она общается с помощью коммуникативной книги, выбирая глазами нужные картинки. Сейчас осваивает айтрекер — устройство, улавливающее движения глаз. Алиса не удерживает предметы в руках, и нам нужно придумать умную игру, учитывая это обстоятельство. Мы сидим и вспоминаем: окей, во что мы сами играли. У нас был театр, мы разыгрывали сюжеты из книг. И мы подумали, что Алиса с мамой могут читать книжку, а потом разыгрывать это с педагогом. Это будет спектакль, и у Алисы будет там роль.

Какие проблемные зоны есть сегодня в детской реабилитологии?

Отсутствие связки хирург — реабилитолог. Например, родители ребенка с нейроонкологией прилагают невероятные усилия и делают за огромные деньги операцию. После этого ребенок в реанимации лежит бог знает как: у него стопа отвисает, рука отвисает, никто его не позиционирует. Реабилитолог должен сразу начинать работать с родителями: «Вот смотрите, он сейчас болеет, ему очень тяжело.

Его организм борется. Мы стараемся и делаем все, что можем, но он должен быть правильно позиционирован, и на ногах у него в реанимации должны быть надеты кроссовки, чтобы стопа не отвисла. Так или иначе, мы не знаем сейчас прогноза, но многие из таких детей поправляются».

Как реабилитолог может помочь ребенку с адаптацией к внешнему миру?

Будет очень плохо, если мы будем играть в равные, бесконечные возможности. Я сейчас скажу ужасную вещь. Очень важным в моем экзистенциальном, простите за дикое слово, опыте было осознание того, что я не всесильна, что мои возможности, способности, самость неким образом ограничены. Я, конечно, могу выучить еще энное количество языков, если напрягусь, или могу научиться играть на барабанах, но я уже не буду чемпионкой мира по фигурному катанию.

Знать, что не весь мир для меня — это важное свойство личности.

Возможности может ограничивать какая-то банальная вещь. Вот человек с высоким интеллектом, может работать программистом или переводчиком, но для того чтобы работать в офисе, ему нужно самому справляться с туалетом. А он на электрической коляске и вообще-то он, к несчастью, это она, девочка. Поэтому просто подставить бутылку — не получится. И все, карьера летит к чертовой бабушке, потому что либо ты надеваешь памперс, либо ничего. А давайте мы с вами попробуем надеть памперс и пожить в нем, и понять, каково это. А те люди с инвалидностью, у которых есть когнитивные нарушения, и которые таких вопросов не ставят, у них другой мир, другое восприятие себя. Мы должны уважать это восприятие и помогать им жить с этим восприятием. То есть мы должны адаптироваться к ним, а не заставлять их бесконечно адаптироваться к себе. ☺

Мы все в ремиссии — от рождения до смерти

Впервые в клинику Ариша попала полтора года назад с опухолью головного мозга. В августе 2019 четвертый курс реабилитации пришлось прервать из-за ухудшения ее состояния.



Юлия Бутакова,
мама Ариши

Мы с мужем из города Новосибирска. У нас две дочери, Ариша старшая, ей шесть лет. Долгожданный ребенок, мы долго ее звали. Правильно питались, не пили, не курили, оба занимались спортом. До двух лет Ариша была на грудном вскармливании, росла здоровой, на гомеопатии, без антибиотиков. А в декабре 2016-го, перед самым Новым годом, у Ариши заболело ушко. Мы пошли к ЛОРу, пролечились, но состояние не улучшилось. Потом вдруг появился парез на лице, как после инсульта, когда люди ходят с перекошенным ртом. Мы побежали к самому лучшему неврологу, она решила, что был микроинсульт, но — «ничего страшного, обойдемся остеопатией».

Пошли утренники, у нас пышные платья, Ариша выступает, Ариша звезда. Парез держится минимально. Проходят каникулы, а меня все больше и больше крутит, у меня такое ощущение, что беда неминуема. И в первый рабочий день мы под наркозом сделали МРТ. Я так страшно переживала за наркоз. Сейчас я оглядываюсь, и это все очень смешно, потому что за эти два года человек перенес 59 наркозов, один из них 9-часовой.

После МРТ нас приглашают в кабинет и говорят, практически дословно:

«Мы сейчас не будем вас успокаивать, потому что нет таких слов. У вас опухоль ствола головного мозга. Диагноз, несовместимый с жизнью. Лечения во всем мире нет. Если вы сейчас будете спрашивать, каков срок, то неделя-две, максимум месяц, если вы ничего не будете делать. Если что-то будете, то год-два». Я мало что понимала, я была под колпаком ужаса. Это перелом всего организма пополам. Даже, наверное, не пополам, а на все мельчайшие запчасти.

Очень помогли люди вокруг. Знаете, как на войне? Один взял одно на себя, другой — другое. Деньги нашлись очень

быстро. Мой муж работает в МЧС, у них дружная профессия, поэтому откликнулся не только Новосибирск, но и все другие города. В общем, деньги пошли большим потоком. Мы понимали, что нам нужно бежать из России и довериться зарубежным докторам. Но все случилось наоборот. На наш запрос откликнулись два нейроонколога, которые считаются светилами в этой области. Один из них по счастливой случайности оказался отцом нашего друга. Алексей Леонидович Кривошапкин всю жизнь трудился в научном центре в Новосибирске, а потом переехал в Москву. Он сказал:



«Ребята, у вас неделя». Я еще так усмехнулась, думаю: «Что это значит? У меня ребенок прыгает и бегает». Он предложил операцию. Если честно, других вариантов не было. Прогнозы он нам сказал сразу. Фриске, Хворостовский, Задорнов — они все боролись с опухолью головного мозга.

У Ариши опухоль оказалась диффузной. Если объяснить на бытовом уровне — это как Fairy и губка. Когда моешь посуду, губка неотделима от Fairy, оно там внутри. Вообще, опухоль ствола головного мозга во всем мире считается неоперабельной. Потому что ствол головного мозга — некий бортовой компьютер всего организма. Оттуда идет управление всем, что человек умеет делать — дышать, ходить, думать, говорить.

Профессор пошел на жуткие риски. Он сказал: «Я вижу по МРТ, что опухоль может поддаться, но на функциях мы экономить не будем, и скорее всего, что-то не будет работать». У нас не было настоящего понимания, что это значит, и слава Богу. Сказать, что мы были в ступоре, — вообще ничего не сказать.

Вопреки всем прогнозам операция прошла успешно. Руки-ноги — все работало! Прогноз после первой гистологии был оптимистичный. Началась лучевая терапия. Младшую дочку мы оставили с бабушкой



и сняли квартиру напротив клиники, где проходили облучение. У Ариши было 54 аппликации, каждая под наркозом. За последнее время мы впервые очень долго были вместе всей семьей в течение трех месяцев. Ариша была счастлива. Казалось, она восстановилась. Наверное, через месяц она начала кататься на самокате.

Мы уехали домой. Нас встретили как героев-победителей, весь город ликовал, все приезжали к нам в гости. А через неделю мы идем гулять с друзьями, Ариша едет на самокате и вдруг она на меня поворачивается и, как в замедленной съемке, винтом уходит вниз. Мы делаем экстренное МРТ, оно показывает некроз тканей. Это, в общем, то, к чему стремится лучевая терапия, но некроз оказался очень обширным. Некроз — что это такое? Смерть клеток. А каждая клетка отвечает за какую-то функцию. У нас начал очень сильно косить один глаз. В какой-то момент Ариша просто слегла. Перестала ходить, начала подкручиваться нога, потом она перестала брать игрушки. Потом вообще перестала наступать на ногу, и у нее очень быстро случилась контрактура (ограничение подвижности сустава — прим.ред). Левую сторону полностью парализовало. Она не могла переворачиваться, не могла сходить в туалет. Нам сказали — вы доживаете, обеспечьте ребенку уход.

Наш хирург, он очень от многого нас уберег. Он оптимистично говорил: «Ребята, по сути, мы все находимся в ремиссии — от рождения до смерти. Она просто разной длины у каждого».

В течение года мы делали каждый месяц МРТ, и каждый раз нам говорили: «Это рост. Готовимся к самому худшему». Алексей Леонидович же все это время говорил: «Невозможно это идентифицировать. Я вам предлагаю думать, что это некроз. Состояние ликворной и желудочковой системы позволяет нам в это верить». В то же самое время мы перестали Арише давать гормоны, которые помогали справляться с отеком мозга, отмена заняла несколько месяцев. И вскоре она мне говорит: «Мама, я чувствую палец на ноге». И встала на четвереньки. Мы сделали еще одно МРТ, и оказалось, что да, это некроз. И несмотря

Иллюстрация: Рита Черепанова

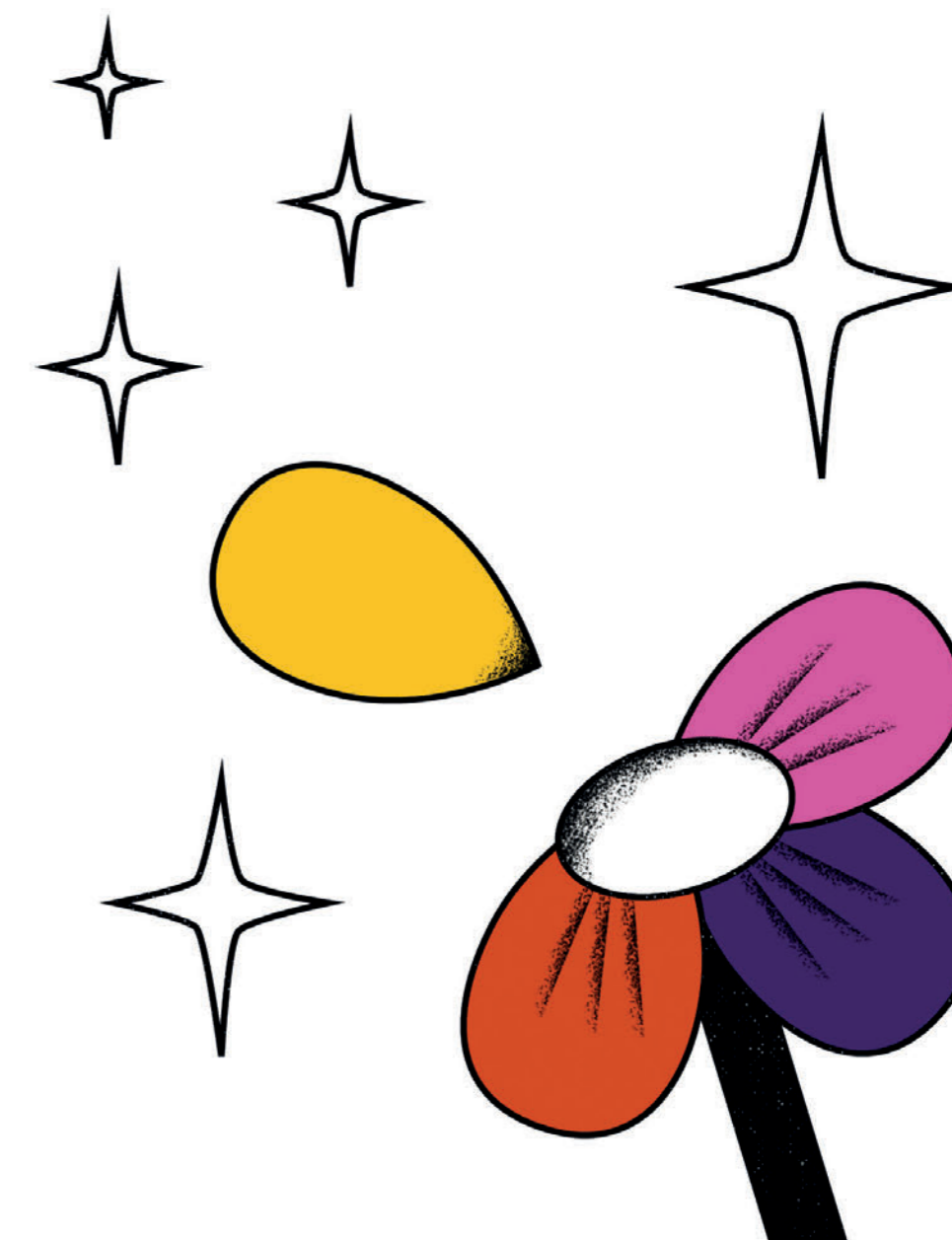


на все свои последствия, некроз — это гораздо лучше, чем опухоль.

Потери у нас были крайне серьезные. К тому моменту мы уже и ногу упустили в погоне за выживаемостью, и руку. Лимфатическая система встала колом, потому что человек лежит. О каком выздоровлении может идти речь? Мы поехали на встречу в клинику «Три сестры». В общей сложности мы прошли три курса реабилитации. Сначала учились сидеть, держать баланс, потом учились ходить с поддержкой и кататься на реабилитационном велосипеде. После третьего курса Ариша смогла самостоятельно сделать 5-6 шагов.

Что еще изменилось в жизни? Питание. Мы полностью убрали весь животный белок — молочку, мясо. Проще сказать, что мы оставили: каши, овощи, фрукты. По сути, мы веганы. У нас большое количество соков и воды. Мы ищем свои пути. По крайней мере, я уже начала готовить себя к мысли, что если что-то и случится, то к этому нужно с уважением относиться, как бы это печально ни звучало. Год назад я пошла рисовать маслом. Это была моя давняя мечта. В «Трех сестрах» я научилась бегать. Когда включаются ноги, отключается голова. Это такое прекрасное ощущение. Какие-то прогнозы? Знаете, я уже давно учу себя жить сегодняшним днем. ☺

Любимая Аришина сказка — «Цветик-семицветик». Нравится ей там буквально все: и что это цветок, и что у него лепестки разноцветные, и что их целых семь. И что мальчик болен и никто с ним не играет, а ему можно помочь. Эта сказка, она схожа чем-то с Аришиной жизнью. Сначала у нее было все — от внимания до игрушек, а потом ей самой пришлось надеть ортез и на него уродливые башмаки, потому что больше ничего не налезает. Ну и, конечно, ее любимое — скандировать «Лети, лети, лепесток».



А потом я стану футболистом

Юра не может усидеть на кровати, он все время в движении, он крутит мяч, задирает ноги и энергично комментирует рассказ мамы. Два года назад на пешеходном переходе на Юру наехал КАМАЗ и его ноги готовили к ампутации. Сейчас Юра собирается вернуться в школу. Как прошли эти два непростых года и возможно ли, что Юра отправится в школу самостоятельно, как все обычные дети? Как он к этому готовится?



Текст: Ольга Дарфи,
журналист

ОЛЬГА: Юра, привет! Тебе сколько лет?

ЮРА: Девять.

О: В школу пойдешь в сентябре? А сколько лет ты не был в школе?

Ю: Два года. Но я в тот же класс пойду, я в больнице занимался.

О: Здорово! Твое путешествие по больницам наконец-то заканчивается, как думаешь, ты уже сам пойдешь в школу?

ЕВГЕНИЯ: Думаю, на кресле до линейки доедем, а на линейку своими ногами пойдём, да, Юр?

В разговор вступает мама Юры, Евгения, энергичная молодая женщина. После жуткой аварии ноги Юры готовили к ампутации. Евгения два года провела в больницах вместе с сыном. В августе они третий раз поедут в реабилитационный центр «Три сестры», чтобы набраться сил и пройти очередной интенсивный курс тренировки перед школой.

Два года назад Юра шел на занятия по футболу в городе Московский, где живет с родителями и сестрой. Он переходил дорогу на зеленый свет, а из-за поворота выехал КАМАЗ. Рассказывает Евгения.

Е: Когда мне сообщили, а я работаю тут недалеко,

минут пятнадцать ехать, но я примчалась за три, и муж мой тоже, но Юру уже увезли... там стояли люди, они сказали, КАМАЗ наехал на ребенка, из машин стали выходить водители, перекрыли все движение, «Скорая» приехала мгновенно и его мгновенно отвезли, нам сказали, в Морозовскую, мы туда, а его там нет, мы искали везде часа полтора, наверное, нашли его через службу 112, там сказали, есть похожий ребенок, и он в клинике Рошалья, и его уже оперировали, когда мы приехали, девять часов длилась операция, мы ждали в коридоре. В Рошальевской больнице страшно, там спасают таких детей... когда нас привезли, у нас не было 70 процентов крови, ноги сразу на ампутацию, шок, сотрясение, кома, это уже мелочи, повезло, что оказалось, он гипотоник с рождения, жил с пониженным гемоглобином, ему ставили анемию, поэтому его организм смог справиться с такой потерей крови, а так бы он просто не доехал до больницы, ему поставили — многочисленные сочетанные травмы, несовместимые с жизнью, но золотые доктора сделали невозможное, они решили попробовать спасти ему ноги. А ноги были раздроблены все, все кости, все, операция шла девять часов, вышел врач и сказал, что если бы это случилось пять лет назад, то это

ампутация, а так попробуем, обе ноги собирали по кусочкам, поместили в аппарат Елизарова и нам сказали, езжайте домой и молитесь...

Я когда его увидела первый раз... я долго не заходила, меня не пускали в реанимацию, кажется, на 7-й день меня только пустили... пускали мужа, и когда он зашел первый раз, он вышел бледный и сказал, не ходи туда, это страшно. А потом я зашла через 7 дней уже, зашла и сразу упала прямо там. Он 14 дней был в искусственной коме, был болевой шок, было три операции в реанимации, потом в палате месяца три перевязки под местным наркозом, вливалась кровь постоянно...

О: Сколько было операций?

Е: На семнадцатой я перестала считать, кажется.

Ю: Операций сорок, наверное, — добавляет Юра

Е: Снятие аппаратов я уже не считаю...

Ю: А чего ты их не считаешь? Мне вообще-то больно было, — Юра широко улыбается и задирает ноги ко лбу.

Е: Много было операций по пересадке кожи, у нас же не было кожи на ногах вообще, и ее пересаживали со всех мест, правую ногу пилили два раза, у нас

ещё тени в бедре до сих пор стоят, ну чтоб держалось бедро, скоро убирать будем, в левой ноге нет коленного сустава, его можно будет поставить только когда ему четырнадцать будет, когда организм подрастет. И первый раз в истории института для ноги у ребенка кожу брали с живота, ему и со спины брали тоже. В общем, девять месяцев мы провели между реанимацией и обычной палатой, то там, то там, то у него тромбы пошли после операции, пригласили гематолога, нас опять в реанимацию, то нога отекала страшно, голеностопа у него тоже нет...

О: Юра, а ты когда вышел из комы, помнишь, как это было?

Ю: Ну у меня вот так все вертелось перед глазами, ну как на карусели, и все были вверх ногами, ну как будто в кино, как камера падает... А потом все встали на место.

О: А ты злишься на водителя?

Ю: Да.

Е: Мужу показывали видеорегистраторы, случайные водители снимали, мне это не показывали где-то полгода, наверное, так вот... там все видно, как все было, но судья посчитал, что дело надо закрыть.



Фото: Антон Карлинер



ЮРА ЗАНИМАЕТСЯ С ФИЗИОТЕРАПЕВТОМ КСЕНИЕЙ СЕМИЧЕВОЙ

Мы написали апелляцию, нам депутаты помогли, вот ждём ответа, посмотрим, что будет. Но надо сказать, что ДПСники, которые приехали на место аварии, и ребята из «скорой», которые первые приехали, и следователи, которые вели дело, звонили мужу каждый день, наверное, полгода и спрашивали, как у Юры дела, как он, это было, конечно, здорово, что все за него так переживают. Пока он лежал в реанимации мы, конечно, учебой не занимались. Но потом сразу стали заниматься, к нам учителя ходили, мы дома и в больницах занимались, надеюсь, мы не очень сильно отстали, вот и сейчас мы наверстываем программу. Нет, одноклассники его не навещают, но друзья приходят, в больницу братья его двоюродные приезжали и сестра.

О: А что за школа у вас будет?

Е: Мы пойдем в обычную районную школу, в тот же класс, где он уже учился, и это будет обучение в обычном режиме, как и все дети, он будет каждый день ходить в школу.

О: Там есть пандусы?

Е: Нет, никаких пандусов там нет. Я разговаривала с директором, они думают, как поступить, но скорее всего, его класс переведут с третьего этажа на первый, это самое оптимальное решение. Так мы справимся. Предполагаю, что до школы мы будем ездить на коляске, а в школе, по классу и на перемене он будет ходить самостоятельно. Ну если будет уставать, будет просто отдыхать на стуле, да? Конечно, я буду его встречать, провожать, разумеется, раньше я этого не делала, сейчас я его одного не отпущу.

Ю: А чего это? Я и сам могу!

Е: Ну, возможно, на следующий год и сам пойдешь, а пока со мной. И мы поедем опять в «Три сестры», чтобы как раз перед школой укрепить наши навыки ходьбы, он там будет усиленно заниматься с врачами, так что, может, в школу он даже без коляски отправится, посмотрим. Это и есть наша подготовка к школе. О школьной программе мы не волнуемся, он догонит быстро, а вот чтобы он не слишком

отличался физически от других детей, вот это мы должны достигнуть. И надеемся, что для него в школе ничего не изменится, все будет так же, как и до аварии, да, Юр?

О: Через неделю вы в третий раз отправитесь в реабилитационный центр «Три сестры», да? А как вы туда попали изначально?

Е: Первый раз мы попали туда совершенно случайно, просто по квоте, мы про него ничего не знали, а нас там поставили на ноги. Это было невероятно, я не верила своим глазам. Мы были там 21 день, и Юра там сделал первые шаги, нам очень там понравилось, подход, персонал. И потом я написала в фонд ДТП, и они нас туда отправили во второй раз. И вот теперь мы хотим только туда ездить и опять по квоте поедем. Когда у нас закончились все больницы, нас отправили на реабилитацию в наш центр в Московском, приходишь, занимаешься час ЛФК и уходишь, результата не было вообще никакого. А в «Трёх сёстрах» нас сразу же поставили, не знаю, как им это удастся, мы попали туда, когда ещё у нас был аппарат Елизарова, и мы прямо с ним делали первые шаги. А когда были во второй раз, стали ходить уверенней, и вот сейчас он может ходить уже без ходунков, он сам может выйти из квартиры, сесть в лифт, спуститься по ступенькам, выйти из подъезда, и там я его уже сажаю в кресло. И это какое-то чудо. На улице он уже может лазать по горкам, вот сейчас мы отдохали в деревне два месяца, и он там много ходил, все удивлялись, как он это делает. Когда мы были во второй раз в центре, он уже был без аппарата Елизарова, и нас там научили ходить по ступенькам, невзирая на то, что у нас нет коленного сустава, левая нога не сгибается вообще, но мы ходим по ступенькам!

О:Юра, в чем фишка?

Ю: Ну мне просто Ксения, это физический терапевт, ну она просто мне объясняла, как идти, говорила, вот так ставишь ногу, так вот, и как вторую ногу ставить... вот иди и все... Главное иди... вот сначала идёшь от лифта до пандуса, я шёл сначала 30 метров...

О: И как тебе было идти первый раз? Ты сразу до пандуса дошёл?

Ю: Да!

Е: Ну что ты обманываешь! Три шага он даже не сделал...

Ю: Нет! Я с передышками, но сразу все прошёл!

Е: Ну если передышки считать, да, первый раз мы шли до пандуса минут 45, это 30 метров-то, а сейчас он доходит за 8 минут. На тренажерах руки он качал, пресс.

О: Здорово! А какая у вас задача максимум?

Е: Ходить без кресла и без ходунков. Правая нога у нас сейчас несколько короче левой, вот, чтобы

он ходил адекватно, ну не так, как раньше, но все же, нужно поменять коленный сустав, поэтому надо ждать до четырнадцати, а потом дальше тренироваться.

О: А это реально вообще, ходить без палочки?

Е: Конечно! Во всяком случае, врачи говорят, что это реально. Мы будем стараться, да, Юра? Он же занимался спортом раньше.

О: А какие задачи тебе сейчас ставят врачи из центра?

Ю: Ну мне надо ходить каждый день, чем больше, тем лучше.

О: И сколько ты сейчас ходишь?

Ю: Раз пять в день, на горке много жожу.

Е: Да. Он сам себе уже задачу поставил встать, и он не ленится. Еще недавно у нас была большая опухоль на голеностопе из-за операции, и нога не влезала ни в один башмак, и мы придумали специальную технологию, как ногу можно забинтовать специально, чтобы ходить удобно было, придумали такую конструкцию, что все угорали над нами. Но врачи сказали, что чем больше он будет ходить, тем быстрее сойдёт опухоль, и вот сейчас мы уже влезаем в кроссовки и в любые сандалии. И ему еще надо нарастить костную мозоль на бедре, чтобы выгнать тени, для этого тоже надо много ходить. И это, конечно, очень больно.

Ю: Мам, сейчас уже не так больно, как раньше.

Е: Мы еще два раза в день уже полгода колем фрагмин, разжижающий кровь препарат, чтобы тромбов не было, я уже сама колоть научилась.

О: И вы до сих пор не работаете, да?

Е: Да, только муж у нас работает. А я работала кассиром в «Метро». Плохого ничего не могу сказать про начальство, они вошли в положение, как это случилось, я сразу перестала ходить на работу, три месяца мне платили по больничному, полгода держали место, а потом все...

О: А пособие по инвалидности есть?

Е: 12 000 рублей.

Ю: Мама, какая ещё инвалидность?

Е: Да ты не инвалид, успокойся!

О: Это просто так называется пособие, чтобы легче понимать было. А кем ты хочешь стать, ты уже придумал?

Ю: Да! Я хочу быть футболистом! У меня уже и мяч есть, мне подарили, из центра приезжала ко мне врач Динара Балажановна и физический терапевт Дима, он мне мяч футбольный подарил. И шоколадки вкусные.

О: Ой, ну круто! Значит, через какое-то время увидим тебя по телевизору в футбольной команде?

Ю: Ага.

Юра по-деловому кивает, встает с кровати, идет к тумбочке и достает футбольный мяч. ☺

Ставим мишке гастростому

Как подготовить ребёнка к медицинской манипуляции через игру



Автор: Диана Карлинер
 Эксперты: медицинский психолог НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва и БФ «Подари жизнь» Наталья Клипина, психотерапевт Александр Кудрявицкий

Почти все дети боятся уколов, лечения зубов, а вид белого халата может вызвать истерику. Еще сложнее приходится детям, вынужденным часто посещать врачей, находиться на длительном лечении, готовиться к операциям. В помощь ребенку психологи рекомендуют родителям и медицинским работникам использовать игру до, после и во время медицинских манипуляций. Игра помогает ребенку справиться с переживаниями и смягчить травматичный опыт в больнице. Этот метод называется *medical play* и широко применяется в медицине в странах Европы и США.

Первым осознанно начал использовать игру в практике детской психотерапии Фрейд. Он считал, что ребёнок способен через игру преодолеть страхи и справиться с переживаниями.

К этой идее Фрейд пришёл, наблюдая за игрой своего племянника. Когда мама уходила, ребенок доставал деревянную катушку, обвитую ниткой, забрасывал катушку под кровать так, что она исчезала, и произносил: «о-о-о-о!». Затем снова вытаскивал катушку за нитку и встречал ее появление радостным «тут!». Так он делал много раз, пока не приходила мама.

Ребенок не только утешался игрой. Он отыгрывал опыт исчезновения матери и пытался пережить новую для него ситуацию.

Медицинский психолог, психотерапевт Александр Кудрявицкий: «Благодаря игре у ребенка появляется целостное ощущение, что он может участвовать в своем лечении и влиять на этот процесс. Вместо роли потерпевшего ребенок в игре принимает роль активного участника. Игра дает возможность ребёнку из объекта стать субъектом».

Медицинский психолог Центра им. Рогачева и фонда «Подари жизнь» Наталья Клипина: «Нужно разделять игротерапию как лечение с помощью игры в психотерапии и *medical play*. Если ребенок уже получил травматичный опыт и активно выражает свои переживания (проявляет агрессию к заболевшему брату/сестре, притворяется заболевшим и т.д.), вероятно, нужна помощь психолога, который обладает нейтральностью и знает, как правильно использовать игру в терапии».

Ребенок боится врачей, не хочет ехать в больницу

Н. Клипина: Похоже, что у ребёнка уже был негативный медицинский опыт или он слышал что-то плохое о врачах. Первое, что нужно сделать, — объяснить, что с ребёнком происходит и почему возникла необходимость поехать в больницу. Такой разговор поможет сохранить у ребёнка чувство безопасности. Замалчивание приводит к обратному эффекту.

Во время разговора можно рисовать, чтобы ребенок мог представить, что его ждет. Это представление должно быть реалистичным: если ребенку предстоит МРТ, значит, схематично рисуем аппарат МРТ. Не нужно говорить, что будет не больно, если это не так, и обещать невыполнимого, если ребенок это потом не получит или вы в этом не уверены сами. То, что говорят родители, должно быть правдой, иначе ребенок не поверит в следующий раз.

Важно создать позитивный образ больницы и врачей, чтобы было не страшно. Можно нарисовать ребенка в халате доктора. Можно заранее прочитать, а потом взять с собой в дорогу книгу о добром докторе Айболите или любую другую книгу о том, как зверята лечат друг друга, или про детей, которые создали лесную клинику. Лечить и ухаживать за кем-то — одна из любимых фантазий детей.

В больнице вы можете предложить ребёнку вместе выполнить какое-нибудь интересное задание: найти цветную комнату или фонтан (если он есть), посчитать деревья на территории, посмотреть, какие цветы растут рядом. Так ребенок будет чувствовать себя не наблюдателем, а активным участником в этой поездке.

Попросите у врача или медсестры после приёма небольшой медицинский предмет для дальнейшей игры. Игра после пережитого опыта поможет ребёнку выпустить неприятные эмоции, а взрослому понять, что ребёнку доставило дискомфорт. А ещё у каждой девочки или мальчика может быть игрушечный набор доктора.



Ребёнок плачет при виде шприцев

Н. Клипина: Предыдущий опыт боли формирует у детей негативное мнение о медицине в целом и усиливает восприятие боли в последующем. Важно проконсультироваться с врачом о препаратах и способах обезболивания, даже если речь идет о кратковременной процедуре.

В некоторых американских клиниках для забора крови используется машинка, которая имитирует аварию с пальцем. При столкновении незаметно делается небольшой порез и медицинский сотрудник берёт кровь на анализ. Ребенок понимает, что в аварии может произойти что-то неприятное: такая игра позволяет отвлечься и почувствовать себя героем интересных событий. «Ранение», полученное в игре, воспринимается иначе, чем травма от медицинских процедур.

В России редко пользуются шприцами неформального вида. Но вы можете предложить ребенку аналогичный инструмент: пусть он сам возьмёт шприцем «кровь» у игрушек или у родителей. Привлечение детей к медицинскому сообществу позволяет снять стресс, подготовиться к манипуляции. Не забывайте поддерживать интерес ребенка во время самой процедуры: он может выбрать, из какой руки взять кровь, подержать повязку, которая потом пригодится, или следить за песочными часами. Это дает ощущение равноправия и контроля над ситуацией.

Совет. Не просите ребенка сдерживать свои эмоции. Если ребенку хочется кричать — не мешайте ему в этом. Эмоции помогают справиться с болью и пережить неприятную ситуацию. Фразы «ты же мальчик» или «ты уже такая взрослая, потерпи» не работают. Они увеличивают уровень стресса и ощущение боли во время процедур.



Ребёнок отказывается устанавливать гастростому

А. Кудрявицкий: Здесь очень важен этап подготовки к процедуре, потому что обычно дети быстро забывают про гастростому после ее установки (если это была ожидаемая процедура). Гастростому устанавливают под наркозом, поэтому человек только первые несколько минут чувствует дискомфорт. Если же с детьми заранее не поговорили об этом, они могут пытаться вытащить жизненно необходимые стомы и катетеры из своего тела, просто не понимая, что это и для чего, или желая их рассмотреть поближе.

Визуализируйте, почему так важно установить гастростому: нарисуйте ребенка с трубочкой и покажите, как по ней поступает пища. Вы можете рассказать историю, почему важно доставить еду в желудок. Когда еда перестает поступать, желудок превращается в пустой термос, на стенках которого живут бактерии. Еда нужна не только для восстановления сил, но и для того, чтобы наполнить его хорошими бактериями и витаминами. Предложите ребенку вместе установить гастростому мишке, например, используя коктейльную трубочку. В процессе игры ребёнок может уговаривать мишку согласиться на процедуру.

Совет. Играйте с ребенком только тогда, когда ребенок готов с вами играть.

Ребёнок отказывается лечить / выдергивать зуб

Н. Клипинина: Важно спросить у ребёнка, что именно пугает. Иногда дети боятся громкого звука бормашины — можно предложить беруши или плеер с приятной музыкой. Страх может вызывать боль и вид шприца. Если вы поймете, чего боится ребенок, медицинскому персоналу будет понятнее, как себя вести. Сейчас есть стоматологические клиники, где на потолке показывают мультики, пока врач лечит ребенку зуб. Переживая что-то неизбежное и неприятное, ребенок получает бонус в виде мультфильма. Вынужденное положение жертвы заменяется ощущением превосходства: ведь остальные посетители в данный момент не могут наслаждаться мультфильмом, доступным ему.

Бонусом может стать вознаграждение из «коробки храбрости» (ящик, в который родители могут положить сладости, книги и игрушки). Если речь идет об избавлении от молочного зуба — можно вспом-

нить историю про Зубную фею и выбрать с ребенком специальную коробочку, в которую он потом положит этот зуб. И заранее посмотрите с ребенком мультики, в которых герои оказываются в подобных ситуациях. Например, как свинка Пеппа или фиксика готовятся к потере зуба.

А. Кудрявицкий: Хорошо бы найти доктора, который расскажет, какие машины для лечения зубов у него есть, что они приносят пользу людям и что не нужно их бояться. Предупредите ребенка, сколько будет длиться процедура. Нам проще пережить ситуацию, когда мы понимаем, когда она закончится.

Ребёнок стесняется протеза / инвалидной коляски

Н. Клипинина: Когда мы живём в пространстве, где пандусы есть на вход в метро, а на выходе их нет, — стеснения избежать крайне сложно. Мы не можем требовать от ребенка, чтобы он не стеснялся, когда общество противостоит этому. Когда вокруг нас много людей на колясках, есть доступная среда, люди ходят в медицинских масках, осознавая ответственность перед своим здоровьем и заботясь о других, — стеснения нет.

Можно смотреть с детьми ролики с участием паралимпийцев, которые, несмотря на сложности, добились признания общества и развили уникальные качества благодаря своей болезни. И к счастью, индустрия протезов и колясок развивается на уровне современных гаджетов, которые превосходят возможности человека (можно развить высокую скорость на коляске, пользоваться не рукой, а особой кибер-рукой). В таком случае дети чувствуют себя супергероями. Важно, чтобы общество и родители не акцентировали внимание на проблеме и относились к людям с инвалидностью так же, как и к другим людям. ☺

Поздний ребенок



Текст: Анна Валл,
филолог, тренер по речевой
коммуникации

Есть такое устойчивое словосочетание — поздний ребёнок. Вдох грусти и радости.

У меня поздний ребёнок. Долго-долго-жданный. Уступка строгой судьбы. Мне было 36 лет. Все стартапы были пройдены и даже успели состариться: студенчество, аспирантура, начало трудовой деятельности — всё уже. Дружеские самоотдачи тоже успели уместиться в разумные пределы. Я всю себя могла посвятить ей. Весь мир был ею. У вселенной появилось имя — Оля. Счастье вошло в дом.

И тревожность. Ничем не снимаемая, по сей день живущая, жгучая тревожность. Сначала казалось, что «так должно быть». Кто не вздрагивал среди сна от ужаса «дышит? не дышит?», кто не леденел от «показалось, что температура», кто не ... Все.

Но есть другая тревожность — тайная, глухая. Её исток именно в слове «поздний». Успею ли? Нагоню ли? И гонка начинается, и её, лихорадку, трудно сбить. Если вообще возможно. У этой гонки разные этапы и разные проявления. Разумеется, мы Олю завалили всем и сразу («и того, и другого побольше»). Музыка, спорт, театр (домашний в том числе), двуязычие, путешествия, город, деревня, жизнь не в одной стране, животные, танцы, детские праздники — дышать некогда, как здорово и радостно!

И тихо ноющая тревожность. Хорошо ли? Всё ли? Передалась ли она Оле? Да.

В её детском этапе моей «гонки» она боялась спать одна. Ей будет 4 года, когда я запишу в дневник её отчаянное «Почему так? Взрослые, которые ничего не боятся, спят вдвоём, а ребёнок, которому так страшно — один! Почему?» И глаза, полные слёз. С тех пор она засыпала с нами. Глубоко и спокойно заснувшую, муж относил её в детскую.

(Ей сейчас 28 лет. Когда она прилетает ко мне в гости одна, без друга, спрашивать, где постелить — лишнее. Спать мы будем в обнимку, с долгим шёпотом, с тихим хохотом (ночь же! тише!), с удивлением (ну у тебя и ноги длиннющие! шлагбаумы прям! сложи вбок! Ма, ну ты совсем маленькая стала! ты всегда такая была?)

Это её взрослый этап моей «гонки». Оля боится за меня. «Ну хватит работать! Ну прошу тебя. Ты ведь не умрёшь, мам?»

Поздний ребёнок. Мы завёрнуты в одну пелёнку тревожности. И нам так спокойней.

ПРАВИЛЬНОЕ ДЕТСТВО

Сегодня представления о том, как должно быть устроено взросление, вызывают много споров. Апелляция к «нормальному» детству мало что проясняет. Причина в том, что идея «правильного» подхода не раз менялась. Как выросли в России XX века, и что происходит сейчас?

Текст: Артем Кравченко,
историк

«Имперское» детство

Вариантов, как растить ребенка, в начале века было не так уж много. Всего два, и они определялись сословием. Крестьяне очень мало «воспитывали» детей — скорее просто включали их во взрослые дела. Жизнь в деревне не позволяла соприкасаться с «большим» миром. Только некоторые дети могли научиться грамоте и счету, если неподалеку располагалась, например, церковно-приходская школа. Уход роди-

телей и родственников за детьми был, прежде всего, связан с первыми годами жизни. Детей к тому же обычно было много — младших часто оставляли на старших детей или совсем пожилых жителей дома. Впрочем, сами подрастающие дети свободно перемещались по хорошо знакомому деревенскому пространству. Но мир их был заполнен не только играми и забавами — как только ребенок чуть подрастал, он включался в работу по хозяйству.



В крестьянском представлении детство не является особым периодом жизни, ребенок в некоторой степени предстает как недорослый.

Совсем по-другому устроена жизнь молодого отпрыска обеспеченной фамилии. Детская комната отделена от остальной части дома. Обеспеченные родители стремятся оберегать и заботиться о детях. Существенное внимание уделяют и воспитанию, обучению, и «правильному» поведению. Но дело не только в этом. Само детство предстает

Иллюстрация: Катя Вакуленко

для взрослых чудесной, прекрасной и даже немного волшебной порой. Жизнь ребенка прежде всего заполнена играми и обучением. Сначала на дому, затем в гимназии. Там ему преподносят не только знания, но целую систему правил и ограничений. Нарушение этих правил может вести к наказанию — в том числе и телесному.

«Советское» детство

Пришедшая к власти в России большевистская партия принесла с собой запрос

на радикальное изменение общества и человека, а как следствие — на масштабный воспитательный проект. Нарком просвещения Анатолий Луначарский писал: «Коммунисты работают для будущего, и поэтому нам надо завоевать будущее, а завоевать будущее значит завоевать молодые, а затем и детские сердца».

Изначально советский воспитательный проект был направлен на детей напрямую, по сути, минуя семью.

В отличие от преобладавшей на Западе в то время мысли о необходимости отделять мир детский

В советских текстах для детей 1920-х гг. не редкость пассажи, где юные персонажи хотят попасть в советский детский дом, потому что там они непременно станут свободнее и счастливее, чем в обычной семье.

от мира взрослых большевистские педагоги, напротив, были уверены, что дети должны быть вовлечены в мир взрослых — в строительство социализма. Также советская педагогика в целом делала акцент на воспитании коллективиста и, нередко, на воспитание коллективом. В этом смысле не случайно в СССР канонизировали педагогический опыт именно Антона Макаренко.

Большевики боролись с тем, что считалось устаревшим: выступали против применения телесных наказаний, спорили о том, что допустимо в советских детских книгах. Разрасталась система школьного образования, которое в итоге стало всеобщим. Была создана и постепенно приобрела de facto всеобщий характер пионерская организация. Правда, от исходного революционного радикализма пришлось во многом отойти. В воспитании детей, как и во многих сферах в 1930–1940-е гг., произошел «консервативный поворот» — вернулся акцент на важность участия в воспитании семьи. На некоторое время даже вернулось раздельное обучение мальчиков и девочек, самоуправление школьников ограничили.

Образ жизни многих менялся невероятно. Происходил масштабный процесс переселения жителей сел в города, деревенский уклад жизни разрушался в результате коллективизации. Вторая мировая война оставила множество детей сиротами. Установки, которые ребенок получал в семье, стали отличаться от того, чему его учили в школе или в пионерии. В этом конфликте не всегда было ясно, кто одержит верх.

Характерна канонизация фигуры пионера Павлика Морозова. Чем дальше, тем больше его показания против собственного отца у советских людей вызывали осуждение. К позднесоветской эпохе семья проявляется как пространство, отделенное от школьного и пионерского официоза.

Но была как минимум еще одна сфера, с которой соприкасались многие — это улица. Присмотреть за ребенком при необходимости могли и соседи. Элемент коллективного воспитания перекликается здесь с ситуацией деревенского взросления, хотя и в урбанизированном виде.

В последние десятилетия в СССР окончательно сформировалось представление о детстве как о том, что необходимо отделять от взрослых проблем. Удивительный и сказочный детский мир в советских книгах и фильмах показан как прекрасное время, которое нужно оберегать от взрослых.

«Современное» детство

Сегодня родителям непросто понять, как выстраивать пространство детства. Представлений о том, как это должно быть, слишком много. Идея «детской» как заповедника не исчезла. «Дворовые» практики взросления стали менее распространены, но все еще сохраняют свое влияние. Идея воспитательной функции государственных детских организаций все еще остается довольно влиятельной в обществе, при этом ощущим кризис доверия районным школам и поликлинам. Растет количество родителей, предпочитающих домашнее обучение или обучение в небольших группах вне привычных рамок школьной системы. Эта ответственность распространяется и на сферу здоровья детей: где наблюдать ребенка? Прививать ли его и по какому графику? Право решать перешло от государства к родителям. Все это увеличивает груз ответственности пап и мам, накладывает на них больше финансовых и эмоциональных затрат. Теперь перед родителями стоит новая задача: выбрать для ребенка свой формат детства, ограниченный семейными и индивидуальными представлениями о том, что такое хорошо. ☺



Иллюстрация: Катя Вакуленко

«Ваня с раннего детства любит приезжать со мной в клинику. Можно сказать, он в теме инвалидности давно, и для него не существует неловкости. Мы много путешествовали с нашей подругой Женей Воскобойниковой (журналист, автор книги «На моем месте. История одного перелома» — прим. ред.), он катался на ее коляске и даже шутил над ней, она к этому нормально относилась. Ваня знаком с врачами, регулярно общается с пациентами. Мне было важно, чтобы он познакомился с понятием «труд», потому что есть ощущение, что дети сегодня не вполне могут оценить сложность чужого труда. Им нужно попробовать самим, чтобы быть благодарными. Кроме того, в США не зря рядом с домами престарелых строят детские площадки: я вижу, как улыбаются наши пожилые пациенты при виде детей.

Конечно, Ване платила не клиника, а я. Мы все разыграли: он пришел в бухгалтерию, распечатался и получил первую зарплату».



Фото: Денис Клеблев

Как я был официантом

В клинике «Три сестры» регулярно стажировались дети сотрудников: кто-то сидит с администраторами на ресепшн, кто-то помогает горничным, а кто-то носит в палаты еду. По просьбе журнала Ваня, сын директора клиники, рассказывает, как прошлым летом две недели подрабатывал официантом. Комментирует Анна Симакова, мама Вани.

ВАНЯ: В клинику я сначала приезжал просто так, ради веселья: на ресепшене сидел, писал, рисовал, смотрел видео. Развлекался! Потом я сломал руку и стал амбулаторным пациентом. А в прошлом году мама предложила мне поработать у нее в центре официантом. Через неделю после того, как она мне предложила, я согласился. Было лето.

АННА: Сначала был тренинг, да?

В: Тренинг был в конце.

А: В начале.

В: Ну в середине. Нас учили, как правильно обходить конфликты, как правильно угодить, учили вежливости. О, смешно рассказывали про нормальное русское лицо — оно должно быть не улыбистое, а такое, хмурое. (показывает)

А: А зачем вам про нормальное русское лицо рассказывали?

В: Да это просто шутка была.

А: Нет, это чтобы когда приходят клиенты, официант не сильно улыбался. Нейтральное, немного грустное. (показывает)

В: На тренинге я уснул. Закрыв глаза, потом открыл — никого нет. Первые два дня я вытирал ложки.

А: Натирал столовые приборы.

В: Потом начал мыть посуду. Потом стал готовить фреши, графинов десять фрешей в день. Наливал в стаканы, подавал. Брал заказы и разносил еду. Подсказывал, куда сесть в час пик.

А: А как ты общался с пациентами, которые не могут говорить?

В: Тем, кто не может говорить, я давал меню и просил показать пальцем. Или сиделка говорила, что ему заказать.

А: А потом у тебя случился карьерный скачок.

В: Я стал носить еду в палаты. Я носил не только еду

в палаты, я стал носить кофе в палаты.

Мне давали чаевые.

В: Пациенты ко мне относились не как к обычному официанту, не просто — «да, здравствуйте, дайте поесть», а такие — (с умилением) «ой, привет»!

А: Тебе нравилось такое отношение?

В: Ну не особо.

А: Ты сильно уставал?

В: Ну я не то чтобы много бегал по палатам. Я бегал только минут тридцать на полднике.

А: А когда ты садился потом в машину...

В: Да, когда я садился в машину, я сразу засыпал. Каждый день я работал по 4-6 часов и заработал 8 тысяч рублей. Я думал, что заработаю гораздо больше! Потом мы уехали в отпуск в Барселону. Там в магазине «Дисней» я увидел костюм Шастика из «Суперсемейки-2». Он стоил 2 тысячи, и я его купил на свои деньги. На улицу я его надел один раз, в нем было очень жарко. Оставшиеся 6 тысяч рублей я положил под компьютер. Однажды их заметил Стасик, мой дядя, ему сейчас 17 лет. Он подошел, поднял компьютер и говорит: «Вань, отдай мне эти деньги, у меня скоро день рождения». И как назло, это было правда, день рождения у него 7 августа. Пришлось отдать.

Потом в школе я сделал презентацию про то, как провел это лето. Я рассказал, что был официантом.

А: В твоей презентации главный факт был, что ты уснул на тренинге.

В: А еще я принес справку. Я не понимаю, если честно. Нам на лето так много всего задают, три настоящих учебных месяца! Поэтому, когда меня спросили, какие книги ты прочел, я принес справку из центра о том, что работал. ☺



Всеволод Коршунов

ВЫГУЛЯТЬ ВНУТРЕННЕГО МОНСТРА

Кандидат искусствоведения, редактор, киновед, куратор курса
«Практическая кинокритика» Московской школы кино

Фото: Денис Клеблеев

Что случилось с детским кино и почему подросткам полезно смотреть фильмы ужасов

Автор:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Куда делось детское кино?

Детского кино нет, его не существует. Да, в нашем закрытом советском пространстве оно было. И оно было замечательным. Я до сих пор считаю своим любимым фильмом «Гостью из будущего». Это телевизионный, конечно, вариант, но тем не менее. Если ретроспективно смотреть, то сейчас я уже вижу, сколько там ошибок, каких-то багов, но это не мешает мне его любить, понимаете? Мы, советские школьники, были самостоятельные, мы сами ходили в кино, или нас водили классом. Кто сегодня отпустит ребенка одного в большом городе даже за молоком сходить? Мир изменился, и сегодня большой вопрос — нужно ли отдельно сегментированное детское кино. Если да, то мы тут же сталкиваемся с дистрибуцией детского кино

— а где его показывать? Это что, те же утренние детские сеансы? Поэтому кино ушло на телевидение, на каналы «Фокс» и «Disney». А сегодня, да уже с 70-х годов, западное кино перестроилось на модель такого многослойного кино, которое называется семейное. В этом смысле «Пираты Карибского моря», «Гарри Поттер» — вполне себе семейные картины, и они на самом деле не так просты, как кажутся.

Как семейному кино удастся заинтересовать зрителей разных возрастов?

Сейчас я приведу намеренно дурацкий пример, чтобы стало понятно, как одна сцена фильма может развернуться на разных уровнях. Например, у нас есть сцена целомудренного поцелуя двух

влюбленных. В этот момент приходит отрицательный персонаж и портит воздух. Дети в восторге. При этом у героини пуговичка отстегивается, и там видна грудь. Папы радуются. Мама довольна, потому что главный герой разговаривает голосом известного артиста, которого все любят. И в эту секунду звучит песня из условной «Серенады Солнечной долины», и все бабушки и дедушки замирают. Каждый получает свою дозу удовольствия.

Кажется, что сменились задачи. В советском кино часто присутствовал воспитательный момент, направленный непосредственно на ребенка. Сейчас ощущение, что кино для детей отрабатывает тему внутрисемейных коммуникаций.

Да. Ну вот недавнее. Мы с мамой сходили на «Король Лев». Там ровно та самая внутрисемейная коммуникация. Сам сюжет фильма устроен так, что есть несколько точек подключения зрителя к персонажу. Детям будет важно порадоваться самостоятельности Симбы, ведь у них тоже есть такое стремление. Дальше Симба попадает к хиппи, Акуна Матата. Травка, алкоголь, все замечательно. А потом принятие ответственности, судьбы. В авантюрных, в приключенческих фильмах существует такой поджанр — открывающаяся судьба. Это вот то же самое. Я от нее убежал, и вот я должен прийти, возглавить, взять на себя ответственность, взять на себя часть вины, отдать кому-то навязываемую мне вину. То есть каждый из взрослых увидит себя в повзрослевшем Симбе. Мама моя, которой, между прочим, 73 года, была счастлива. Она сказала, мне кажется, как пятилетний ребенок: «Ой, какие милые зверушки».

Тема взросления, сепарации от родителей очень важна для нашей аудитории. У нас вообще связи между поколениями неразрывны, мы эту пуповину психологическую не рвем, у нас нет понятия границы, своего я, четкого обозначения, где кончаюсь «я» и начинаемся «мы».

Зачем подросткам смотреть фильмы ужасов?

Во-первых, ребенок в пубертате очень активно интересуется, и не может не интересоваться, трансформациями своего тела. Гормональный фон меняется, какие-то волосы начинают появляться, голос начинает меняться, ты начинаешь интересоваться другими людьми. И это страшно, действительно страшно. Потому что это тема табуированная, и ничего про это мы не знаем. Мне родители сунули книжку, не помню, как она называлась, но что-то типа «Что нужно знать мальчику». Там очень корявым языком, очень целомудренно все было описано. А в целом родители вообще про это могут не говорить, тогда возникают дворовые страшилки «про это». Это еще ужаснее, понимаете, да?

Во-вторых, ребенок начинает сталкиваться со смертью. Лет с 10–11 уже могут на кладбище привести, и становится понятно, что бабушка не на облаке, а лежит вот здесь. Эти темы накладываются друг на друга: что происходит с моим телом, когда перестает биться сердце? Когда появляются, извините, опарыши? За какое количество времени они обгладывают тело? Это такие очень циничные вещи, но тем не менее это очень важно для ребенка. Поэтому возникает интерес к смерти, слизи, опарышам, крови, кишкам, тому, что происходит внутри человека.

Оправданы ли опасения родителей, что фильмы с насилием и мертвецами могут пагубно повлиять на психику детей?

Я утверждаю, что не оправданы. Существует социально одобряемая и социально неодобряемая территории. Фильм ужасов позволяет зайти на эту социально неодобряемую территорию и в темноте кинозала выгулять своего внутреннего монстра. Во всех нас много агрессии. Все мы приличные мальчики и девочки. Нас всех воспитывали, что кричать нельзя, дергать за косичку не нужно, вообще подставляй вторую щеку, третью, пятую, сколько у тебя щек, подставляй все.

В хорроре мы находимся в странной очень ситуации двойной идентификации. Это

уникальный жанр, в котором мы подключаемся и к герою, и к монстру. Очень удобный поджанр слэшер, там хоррор связан непосредственно с подростковой схемой. Вот, например, школьник, влюбленный в красотку. К ней подкатывает другой, очень понятная тема. Мы себя идентифицируем с этим подростком. Следом появляется монстр, который начинает крушить не нашего подростка, а того парня, который увел красотку. А потом и саму красотку. И понятно, что вонзить в череп красотки бензопилу очень приятно. Той самой недоступной мне красотке, потому что я полный, прыщавый, потеющий, очкастый подросток.

Как утверждают психологи, невроз — накопленная и не могущая найти выход агрессия. Фильм ужасов один из легальных способов эту агрессию выплеснуть.

Понятно, что я ни в кого эту бензопилу не вонзаю. Но за меня это делает монстр. Таким образом я свою агрессию выплескиваю, находясь вот в этой безопасности. Дальше очень важно, что монстр начинает перегибать палку. Он начинает убивать друзей этого нашего потного очкарика и уже к нему самому подбирается. И с помощью таких специальных приемов зрителя ближе к третьему акту, то есть к последней части фильма, отключают от этого самого монстра, и зритель переходит обратно на социально одобряемую территорию. Очень часто еще делается так, например, что мир социального одобрения, он сам гнилой, как в «Кошмаре на улице Вязов». Эти люди, которые такие все добренькие, хорошенькие, что они сами-то сделали с Крюгером? Он — дитя группового изнасилования. А выглядит он так плохо, если помните, потому что они его пытались сжечь заживо.

Про последствия — если бы, например, кровавые убийства совершались с помощью

крутящейся двери на выходе из кинотеатра, у подростка не было бы ни одной мысли, при правильно проведенной работе внутри фильма, убить кого-то этой дверью. Он бы вежливо подержал ее и пропустил вас вперед. За психически больных людей мы, к сожалению, отвечать не можем. Это всегда зона риска. Но если думать про это, то мы должны смотреть, снимать и показывать только «Телепузиков».

Когда я работаю со студентами, мы всегда себя спрашиваем — монстр в этих фильмах

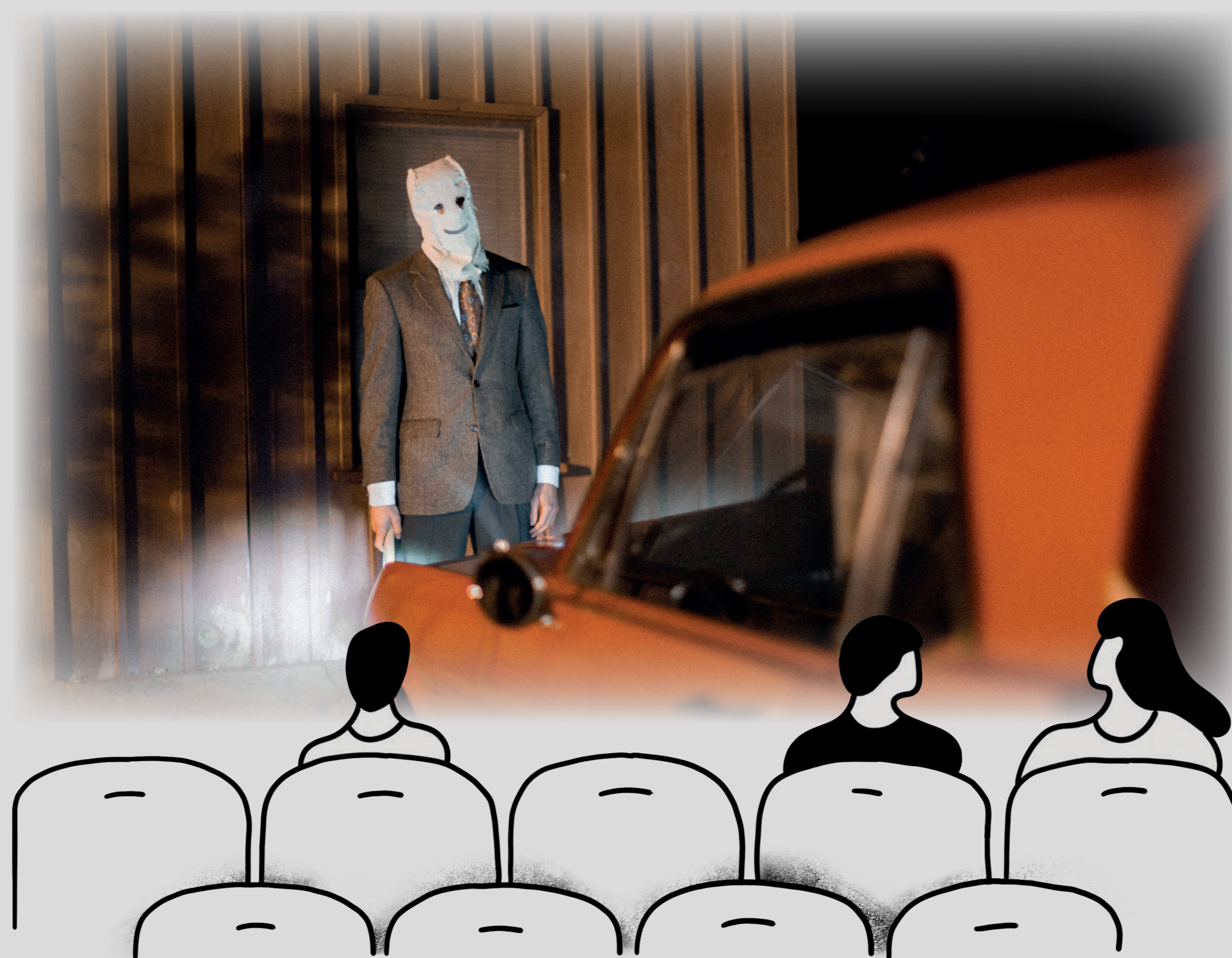
является метафорой чего? Часто это может быть социальная метафора. Вампир, например, когда он появляется в кино очень активно, в 20-е годы, — это метафора аристократии, которая пьет кровь простого народа. В 30-е годы на смену вампирам приходят зомби. Это уже безликий пролетариат, мстящий за социальную несправедливость. В 60-е годы Джордж Ромеро с этим очень активно работает, это может быть уже консьюмер, зомби как консьюмер, не имеющий своего нутра, действу-

ющий по приказу других. Или те же самые слэшеры, опять же в 70-х — 80-х они отрабатывают вещи, связанные с чувственностью. Потому что это время рефлексии на случившуюся сексуальную революцию и реакция на неоконсервативный разворот 70-х — 80-х.

Можно идти еще глубже и искать психологические аспекты, очень конкретные, уникальные. Я очень люблю австралийский фильм «Бабадук». Главная проблема героини в том, что она никогда не празднует день рождения сына, потому что это день траура. Когда они с мужем ехали в роддом, машина попала в аварию, муж погиб. То есть это одновременно день счастья и день большой беды. И героиня решила, что не нужно лить слезы, нужно собраться, «ты нужна этому ребенку». Режиссер Дженнифер Кент говорит, что для нее «Бабадук» — это метафора непрожитого горя. Важно прожить то, что мы называем негативными эмоциями, — иначе они возвращаются из бессознательного в искаженном, еще более ужасающем виде.

Существующая сегодня система возрастных цензов довольно условна. На что ориентироваться родителям, решая, разрешать ли ребенку смотреть кино или нет?

Ни государству, ни родителям не нужно превращаться в запретителя. Конечно, есть исключения, порнография для детей недопустима. И тем не менее, если ребенок хочет посмотреть что-то, на ваш взгляд, не по возрасту, не надо говорить ему: «Нет, потом посмотришь, когда вырастешь...». Нужно спросить: «Почему тебе это надо? Давай начнем вместе это смотреть». Если действительно это приемлемо. Или объяснить, почему ты не хочешь, чтобы он это смотрел. Ну, разговаривать надо с людьми. Знаете, так удобно не думать. Запретить и закрыть этих детей, извините, в кинотеатре на ключ, не думая о том, может случиться пожар, не может — неважно. Как бы спокойнее всем. Это очень страшно. Для меня это очень важная метафора. Вот это «спокойнее всем» кончается чудовищными последствиями. Это, мне кажется, очень важно помнить. ☺



Моцарт два раза в день после еды

Неполный список болезней и состояний, при которых применяется музыкальная арт-терапия, включает в себя онкологию, депрессивные и психопатические расстройства, расстройства аутистического спектра, инсульты. О терапевтических свойствах музыки известно давно, но только сейчас ученые стали подступаться к тому, как именно она воздействует на нас.

Текст: Марина Дадыченко,
журналист



Российский композитор Виссарион Шебалин (1902-1963), даже потеряв способность пользоваться речью после серии инсультов, продолжал сочинять симфонии до конца жизни.

Иллюстрация: Аля Дьякова

Влияние музыки на человеческое тело и психику — сложный предмет для изучения. Первые научные работы на эту тему появились в конце XIX века, однако вплоть до второй половины XX века в распоряжении ученых было в основном внешнее наблюдение за ее эффектами. Появление МРТ в 1973 году позволило заглянуть внутрь человека, но вопрос интерпретации полученных данных остался открытым. Тем не менее определенные успехи в изучении природы влияния музыки на человека есть.

В 2016 году ресурс PubMed Central опубликовал исследование, посвященное мета-анализу музыкальной терапии в восстановлении двигательных функций после инсульта. Исследования проходили в разных странах с 2003 по 2016 годы и преследовали целью улучшение моторных функций пациентов. В группах — исследуемых и контрольных — состояло от 10 до 62 пациентов примерно одного возраста. Всего было обследовано около 400 пациентов. Упор делался не просто на прослушивание, но и на пение и игру на инструментах. И у исследуемой, и у контрольной группы продолжалась обычная терапия.

Длительность исследований составила от 2 недель до 6 месяцев с применением разных методик анализа. В итоге 7 исследований подтвердили эффективность поддерживающей музыкальной терапии для моторной дисфункции: и с помощью тестов, и субъективно пациенты отмечали улучшение состояния.

Как же это работает? Занятия музыкой, освоение инструментов или овладение своим голосом изменяют человека на физическом уровне — слой серого вещества, того самого, которое отвечает за наше сознание и высшие психические функции (мышление, восприятие, память, речь), становится более плотным при занятиях музыкой — больше, чем при любом другом обучении. Но изменяется не только серое вещество: более древние структуры мозга также отзываются. Так, установлено, что у пианистов мозжечок больше, чем у других людей, а эта часть мозга отвечает за чувство баланса и двигательные функции. Документально подтверждено, что занятия музыкой способны улучшить связи между полушариями мозга, и это уникальный эффект, который не дает никакого иного занятия. Благодаря им утолщается мозолистое тело, пучок нервов в самом центре головы. Нейробиолог Стив Пинкер называет музыку «чизкейком для ушей», имея в виду, что мы очень любим структурированные звуки. Музыка задействует те же отделы мозга, которые мы используем для работы с грамматикой языка, стихосложением и другой речевой деятельностью. При этом, если у пациента нарушена функциональность в этой области, он все равно может наслаждаться и сочинять композиции, что очень важно для пациентов с афазией, которые часто чувствуют себя подавленными из-за своего состояния.

Доктор Виктория Вильямсон из Университета Шеффилда, изучающая влияние музыкотерапии на пациентов с деменцией, полагает, что структура нашего мозга — то, как мы им пользуемся, — в каком-то смысле напоминает структуру музыкальных произведений.

Исследователь Сильви Нозарадан из Института MARCS в Западном Сиднее нашла доказательство этой гипотезе. Ее исследование было призвано ответить на простой вопрос: почему мы начинаем стучать в такт, когда слышим любимую музыку? Оказалось, что мозговая активность добровольца, которого исследовали, при звуках музыки синхронизировалась с ритмической структурой мелодии, особенно с ее частотой. Басовые частоты используют нейрофизиологическую структуру нашего мозга, заставляя его подстраиваться под нее.

Доктор Теппо Саркамо (университет Хельсинки) во время своего исследования наблюдал, как менялись результаты МРТ у его пациентов — всего за шесть месяцев регулярных занятий произошли видимые изменения не только в речевых структурах мозга, но и во многих других отделах. В 2008 году он обнаружил, что группа из 54 человек, которой он давал музыкальные пластинки, парадоксальным образом показала лучшие результаты в восстановлении речи, чем та, которая пользовалась аудиокнигами.

Габриэль Джиффордс, американский сенатор, у которой развилась афазия после выстрела в голову во время покушения в 2011 году, считала, что только занятия музыкой смогли вернуть ей способность говорить, читать и писать.

Другие ученые исследуют, каким образом музыка может предоставлять среду для социализации. Кристиан Голд, преподающий на кафедре музыки в Академии Грига (Норвежский Университет Бергена), отмечает, что «музыка — вся о межличностных взаимодействиях». Играя в дуэте, трио, оркестре, человек учится замечать у партнера микроэмоции, малейшие изменения в мимике и тембре — и это используется в подавляющем количестве видов музыкально-терапевтических занятий. Ряд исследований раз за разом показывает, что совместные занятия куда более эффективны в реабилитации, чем одиночные сессии. Пациент снова чувствует себя полноценным членом общества, человеком, который так же может влиять на происходящее и наслаждаться этим, как и все остальные. Это контекст, который объединяет людей, и при этом подтверждает важность каждого из них. ☺

ПЛАНЫ НА ВЕЧЕР

Текст: Николай Абрамов

Почти каждую неделю последние полтора года в клинике «Три сестры» проходят концерты для пациентов. О специфике работы для необычной аудитории рассказывает автор музыкальной программы, пианист Николай Абрамов.



Фото: Денис Клеблев

Наши концерты проходят в неформальной обстановке. Мне кажется важным факт того, что мы выводим людей из палат и предлагаем вместе послушать классическую музыку. Иногда после концерта проходит «второй акт», пациенты сами просят сыграть что-то любимое. Я замечал, что больные в вегетативном состоянии тоже реагируют на музыку, на ее характер.

Наши концерты длятся 30–40 минут. Лучше, чтобы слушатели почувствовали сожаление, что все закончилось, чем пере-

утомились и заскучали. Хорошо, если человек уснул на концерте, значит, он нуждался в расслаблении, и музыка ему помогла.

Я обращал внимание, что произведения разных эпох воздействует по-разному. Например, произведения классиков: Моцарта, Гайдна или Бетховена — так логичны и структурированы, что мысль упорядочивается, а сознание успокаивается. Шопен способен скорее взволновать, потому что он использует раскрытую структуру. А музыка минималистов оказывает гипнотическое воздействие.

Я играю на фортепьяно или, если в дуэте, то на кларнете. Также играю на органе, но его в клинику не принесешь. Считается, что орган оказывает возбуждающее воздействие, но на самом деле на нем можно играть и тишайшую музыку. Это сильнодействующий инструмент, не зря его церковь использует для богослужений. У него огромное количество звучаний, самый большой орган включает в себя 40 000 труб, таким образом органист может настраивать разные регистры. Например, в госпитале Бурденко стоит электронный орган,

а раньше был настоящий. На нем исполняют музыку для пациентов.

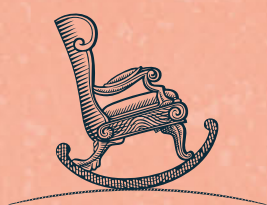
По моему наблюдению, очень сильно на слушателей воздействует вокал. Я это связываю с силой вибраций живого голоса. И духовые — сильнее, чем струнные. Думаю, дело также в специфике вибраций. Люди любят эффектные произведения. Все реагируют на известную баховскую токкату ре-минор, на турецкое рондо. Я стараюсь совмещать популярное и малоизвестное и обязательно рассказываю о композиторах. ☺

Детский сад в клинике

В центре «Три сестры» 230 сотрудников. При этом если сосчитать фамилии, то окажется, что их 200. Причина в том, что в клинике работают семьями. Пока родители заняты, ребенок может остаться в детском саду на первом этаже. Там все по расписанию: едим, занимаемся, а потом — на прогулку!

Фото: Денис Клеблев





Мы возвращаем простые радости