

ЖУРНАЛ О КУЛЬТУРЕ ЗДОРОВЬЯ

ТРИ СЕСТРЫ

2019°4



ДО И ПОСЛЕ



До и после. Между ними – трансформация. И этот номер посвящен ей.

Для «Трех сестер» весь этот год был связан с изменениями в коммуникации. Сначала мы поняли, что готовы экспертно говорить о реабилитации и вместе с Екатериной Бондаренко начали выпускать журнал. Каждый квартал мы рассказываем о реабилитации и культуре здоровья.

Встреча с Анной Сонькиной и ее школа коммуникации для медиков «СоОбщение» меняют жизнь. В этом номере рассказываем не только про ее школу, но и про опыт работы в паллиативной помощи и любовь к пению.

Людмиле Сарычевой я написала после прочтения «Пиши, сокращай», обязательной книги для сотрудников клиники. Люда пришла к нам и придумала, как можно заботиться о пациентах еще до приезда в клинику. Рассказываем, как это работает.

А еще – новый взгляд на благотворительность, опыт предпринимательства, нейрохирургию и адаптацию квартиры.

Таким был этот год. Скоро наступит новый. И все, о чем мы говорим сегодня, превратится в «до».

Анна Симакова,
управляющий партнер
Центра реабилитации
«Три сестры»

О редакции

Главный редактор
Екатерина Бондаренко

Арт-директор
Дарья Винокурова

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», № 4, 2019 г.
Отпечатано в России.
Компания «Нетипография».

Подписано в печать 16.12.2019 г.
Тираж 1 тыс. экз.

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

Содержание

2019°4

Факты

5 фактов о клинике
«Три сестры» | 4

Как это работает

Кто такой эрготерапевт? | 6

Словарь эрготерапевта | 10

Один день из жизни
эрготерапевта | 12

Возвращение домой:
как адаптировать квартиру
после выписки | 14

До и после

Время навестывать | 18
История человека после тяжелой
травмы головы

Революция в письмах
и выписках | 27
Редактор Людмила Сарычева –
о новом формате общения с пациентами

Постработа и забота | 30
Работа будущего: как получить стабильный
доход за заботу о близких

Редактируя человека | 38
Последние открытия и главные тренды
в медицине в 2019 году

Дежурство Деда Мороза
Новый год в больнице: истории врачей и медсестер – с. 46

Интервью

Восстановление черепа
как хирургическая
реабилитация | 22
Нейрохирург Александр Кравчук
о технологиях пластики черепа

Татьяна Апатова:
«Благотворительностью должны
заниматься профессионалы» | 24
Директор благотворительного фонда
«Правмир» о сотрудничестве с клиникой
«Три сестры» и работе фонда

Из Франции – с любовью
к неврологии | 40
Невролог Мария Прилепина рассказывает
о двухлетней стажировке во французской
больнице

Строить – это драйв | 42
Анна Симакова и Илья Беспалый: как строили
клинику «Три сестры» и можно ли заниматься
искусством, если ты предприниматель

Портрет

Специалист по паллиативной
помощи Анна Сонькина-Дорман:
«Не выношу дилетантство
и авторитаризм» | 32

Свои люди

Фотопроект «Врачи до и после» | 48

фото: Дмитрий Стеценский. Иллюстрация: Рита Черепанова



5 ФАКТОВ О КЛИНИКЕ «ТРИ СЕСТРЫ»



До того, как открылась клиника «Три сестры», на ее месте был брошенный пионерский лагерь. Сейчас здесь четырехэтажный современный реабилитационный центр, где работают по международным медицинским протоколам и помогают восстанавливаться детям и взрослым после травм и инсультов.



До того, как у человека случается инсульт, или он попадает в ДТП, часто он и понятия не имеет о реабилитации. Принято считать, что это необязательная опция, санаторий с минеральной водой. На самом деле нет. Реабилитация — неотъемлемая часть лечения. Результаты восстановления зависят от того, насколько рано началась реабилитация и насколько интенсивной она была.



После того, как человек устраивается на работу в «Три сестры», его жизнь начинает бурлить. За эти годы мы зафиксировали в жизни наших сотрудников 7 свадеб, 12 квартир, 15 новорожденных, 20 новых машин, 87 обучающих программ, 100 путешествий.



После того как пациент выписывается от нас, мы продолжаем сопровождать его дома. Можно задать врачу по WhatsApp, получить видеоурок от физического терапевта, адаптировать квартиру вместе с эрготерапевтом или встретиться с командой по скайпу. Философия реабилитации — вернуть человека в прежний мир независимым и способным самостоятельно делать выбор.



До 2020 года у нас была одна клиника за городом на 100 мест. А **после** появится амбулаторный центр, где мы будем поддерживать пациентов, помогать им оставаться в физически стабильном состоянии, строить коммуникацию с обществом и реализовывать себя в профессии.

КТО ТАКОЙ ЭРГОТЕРАПЕВТ?

Как отдельная специальность эрготерапия сформировалась в США после Второй мировой войны.

Международная организация эрготерапевтов — World Federation of Occupational Therapists была основана в 1951 году, Россия вошла в нее в 2004.



Текст:
Елена Григорова,
старший эрготерапевт
клиники «Три сестры»

Чем занимается эрготерапевт?

Эффективность реабилитации зависит от командного подхода, в котором каждый из специалистов играет свою уникальную роль. Невролог занимается медикаментозной поддерживающей терапией. Физический терапевт – движением. Логопед – речью и глотанием. Нейропсихолог – эмоциями и мотивацией. А эрготерапевт – специалист, который прикладывает успехи всех членов междисциплинарной бригады к жизни пациента, занимаясь с ним важной для него деятельностью. Эрготерапию еще называют «лечение занятостью» (occupational therapy).

Где учат эрготерапии?

Первая программа обучения эрготерапевтов в России открылась в 1999 году на базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени Ильи Мечникова при поддержке Шведской ассоциации эрготерапевтов. Эрготерапевт – специалист, который, кроме самой эрготерапии, учится еще психологии, педагогике, социологии, физической терапии, биомеханике движения человека.

Когда нужно начинать эрготерапию?

Эрготерапия должна начинаться уже в реанимации. Например, пациенту после операции важно следить за временем, так у него появляется чувство контроля над происходящим. Эрготерапевт находит электронные часы с большими цифрами и удобное место для них. Теперь пациент может, не поворачивая головы, узнать, скоро ли придет жена. В реабилитационном центре эрготерапевт встречает пациента в день его заезда.

С чего начинается работа?

Первым делом эрготерапевт проводит интервью с пациентом и его семьей. Что за человек перед ним? Какие у него требования к жизни? Что делает его счастливым? Как он жил до болезни? Ответы на эти вопросы дают эрготерапевту ключи для последующей работы.

Реабилитация начинается с обучения навыкам самообслуживания: личная гигиена, одевание, самостоятельный прием пищи, поддержание баланса. Эрготерапевту важно найти для пациента такое занятие, которое бы воодушевило его и придало сил, и в то же время было полезно для рутинной деятельности, заниматься которой впрямую не так интересно.

Например, пациентка Ольга, 43 года, 3 месяца назад перенесла инсульт. Теперь ее правая рука неподвижна. Общий настрой и мотивация Ольги снижены. Муж пациентки считает, что первым делом жена должна научиться самостоятельно есть и одеваться. Учиться держать ложку левой рукой ей сложно, получается неопрятно, Ольга расстраивается. Тогда эрготерапевт предлагает ей вышивать: до болезни пациентка увлеклась вышиванием, была активным участником интернет-сообществ, посвященных вышивке. Эрготерапевт устанавливает станок для вышивки с креплением на стол, предлагает Ольге адаптированные пальцы и магнитное приспособление для фиксации иголки, чтобы вдевать нитку. Вместе с эрготерапевтом Ольга учится вышивать левой рукой по принципу «вперед – назад». Спустя две недели она не только заканчивает фрагмент сельского пейзажа, но и может есть левой рукой.

Задача эрготерапевта – не только предложить вдохновляющее занятие, но и научить пациента, как это делать, несмотря на ограничения.



Чем еще занимается эрготерапевт?

- Организует и структурирует пространство вокруг пациента так, что тому легко запомнить расположение предметов, они в доступности и их удобно доставать.

Например, у Вениамина, подростка с ДЦП, потеря зрения. Есть движения в руках, но его кормит мама. Эрготерапевт адаптирует стол с ограничителями пространства – бортами. Разделяет поверхности различными по структуре, форме и размеру ковриками: для шейкера, тарелки и ложки. Пациент запоминает, на каком коврике что стоит, и может есть самостоятельно.

- Составляет и учит использовать системы напоминаний для пациентов с нарушениями памяти: расписание, списки, тактильные метки, дневники.

Например, пациент Николай, 63 года, после инсульта, с нарушениями памяти. Эрготерапевт разрабатывает систему напоминаний: устанавливает звуковые напоминания в телефоне, когда нужно принять лекарство, когда обед, во сколько начинаются занятия.

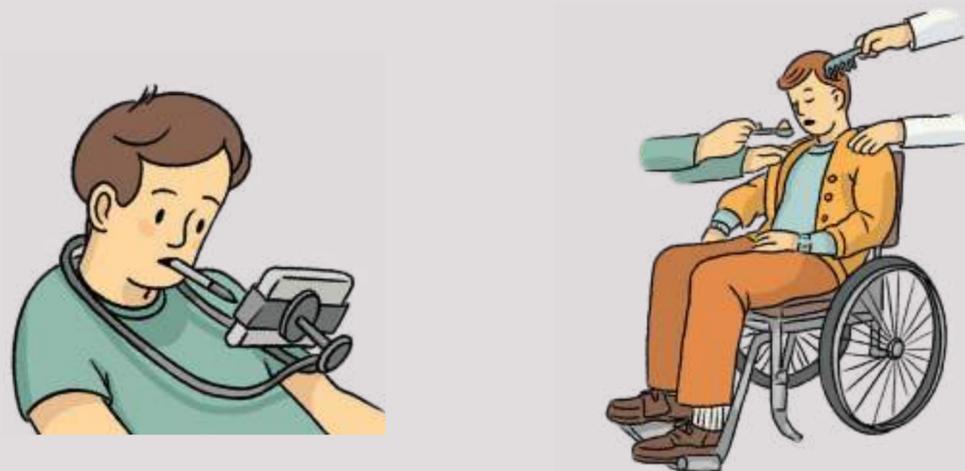
- Учит использовать приспособления для готовки, для надевания пиджака и рубашки, носков и чулок, для застегивания пуговиц и молний, для надевания обуви.

Например, у пациента Никиты, 15 лет, после травмы шеи есть ограничения подвижности в пальцах рук. За пациентом ухаживает мама. Никите очень важно научиться самому застегивать одежду, чтобы не просить об этом маму. На занятии с эрготерапевтом Никита надевает рубашку и учится застегивать пуговицы: вставляет приспособление в петлю, захватывает пуговицу и проталкивает ее обратно.

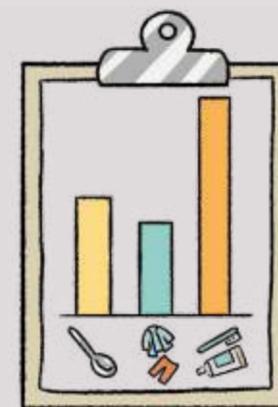
- Подбирает и адаптирует предметы быта: клавиатуру компьютера, дверные ключи, зубные щетки.
- Адаптирует одежду: вместо молний, шнурков и пуговиц пришивает липучки, застежки на магнитах, эластичные поясные ленты.
- Дает советы по адаптации квартиры пациента. ☺

Фото: Дмитрий Стеценский





Словарь эрготерапевта



Ключевые понятия, без которых не обойтись в разговоре об эрготерапии

Адаптация деятельности

Если человек не может совершать какое-то действие обычным способом, эрготерапевт ищет способ необычный. Например, обучает пациента с парезом обеих рук пользоваться телефоном, удерживая стилус во рту. На шею пациента надевают приспособление, в которое вставлен телефон. Длина стилуса — 25–30 сантиметров, ротовая пластина сделана из пищевой стали и используется со сменными силиконовыми насадками. Пациент с помощью голосового помощника снимает блокировку телефона и дальше нажимает на экран стилусом, зажатым между зубов.

Гиперопека

Очень часто ухаживающие помогают своим родным или пациентам больше, чем требуется. Это касается приема пищи, одевания, гигиены. Причины тому разные: иногда это желание освободить близкого человека от затрудняющих его действий, иногда — неверие, что он справится сам. А еще потому, что сделать самому быстрее и легче. Тем самым они ограничивают возможности человека в восстановлении. Пациенты перестают верить в себя и теряют самоуважение. Например, мама кормит пациента-подростка со спинальной травмой — так получается быстрее и аккуратней. Но так пациент никогда не научится есть самостоятельно. Эрготерапевт предлагает другой вариант — подбирает высоту стола, поддерживает правильную позу пациента в кресле-коляске и учит его самостоятельно есть адаптированной ложкой с фиксатором на руку.

Факторы окружающей среды

Это все, что влияет на жизнь человека извне, помогает его деятельности или затрудняет ее. Обстановка квартиры пациента, в которую он возвращается после выписки, может сильно усложнить ему жизнь: узкие дверные проемы, лестница как единственный путь, отсутствие перил, высокие полки, форма и расположение выключателей, недостаточное маневренное пространство. Эрготерапевт оценивает обстановку и старается обойти барьеры или убрать их, чтобы помочь человеку быть максимально самостоятельным. Например, подбирает такую высоту стола для человека на коляске, чтобы можно было подъехать к нему вплотную, тогда писать или работать на компьютере будет удобно.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

COPM — это шкала оценки деятельности на основе структурированного интервью. Эрготерапевт расспрашивает пациента и его близких о том, какие трудности в быту, самообслуживании и увлечениях они считают самыми важными. С его помощью эрготерапевт выясняет, как человек оценивает то, что он умеет сейчас, и насколько его устраивает такой результат. Это позволяет не упустить важную для пациента деятельность. Например, в клинику поступает пациент после инсульта в сопровождении жены. Самостоятельно он не одевается и не ест. Во время интервью пациент оценивает свое желание самостоятельно одеваться и есть на 5 баллов из 10. А вот умывание оценивает на все 10. Жена объясняет — пациенту очень важно умываться самому, для него это ритуал. В данном случае эрготерапевт начинает реабилитацию именно с умывания. Таз с водой ставят на стол, потому что дома на коляске к раковине не подъехать. Вместе с пациентом эрготерапевт рассчитывает, сколько нужно воды, чтобы не звать лишней раз жену. Предметы располагает в определенном порядке. Когда у пациента начинает получаться, его мотивация повышается. Тогда эрготерапевт включает в занятия самостоятельное одевание и прием пищи. Повторное интервью позволяет оценить результат реабилитации.

Терапевтический потенциал деятельности

Интересная, увлекающая пациента деятельность может использоваться для приобретения навыка, полезного для более рутинных дел. Например, эрготерапевт предлагает пациенту после инсульта, с когнитивными проблемами и нарушениями моторики, приготовить салат. Этот процесс выглядит так: пациент выбирает рецепт (и планирует последовательность действий), ищет подходящую посуду (и концентрирует внимание), моет и режет овощи (и улучшает координацию), заправляет и перемешивает салат (и тренирует баланс).

Зная предпочтения человека, эрготерапевт предложит ему вязание, нанизывание наживки на крючок, рассаживание растений или рисование. Эти же занятия улучшат внимание, концентрацию, планирование, а также доставят человеку удовольствие и помогут избежать депрессии. ☺

Один день из жизни эрготерапевта

Текст:
Елена Григорова,
старший эрготерапевт
клиники «Три сестры»



Фото: Дмитрий Стеценский

8:20 В центр еду с коллегой — она логопед. В машине у нас распевка, мы поем «В горнице моей светлооооо». Смотрю по сторонам, восхищаюсь красотой природы вокруг.

8:45 Провожу рабочую пятиминутку. Рассказываю о новых заездах и расписании занятий. «Всем хорошего дня!»

9:00 Улыбкой и объятиями меня встречает Фатима. В 10 лет Фатя перенесла огнестрельное ранение. Сейчас ей 25, она никогда не остается одна, так как забывает последовательность действий и очень часто отвлекается. Комната Фати устроена как дорожная карта с подсказками-карточками: встать, пойти в ванную, умыться, почистить зубы, переодеться и идти на завтрак. За эти годы она научилась очень многому: есть, ходить, рисовать, говорить о своих желаниях и чувствах. Но ей по-прежнему сложно самой решать простые вопросы, например, что надеть — футболку или майку? Сегодня мы тренируемся выбирать вещи из шкафа по специально составленному списку. В конце занятия Фатима получает бонус — наклейку в виде смайла. Фатима дает мне позитивный заряд на весь день.

10:00 Бегу к Валентине Александровне. Она в это время завтракает. После инсульта у нее тяжелый неглект, она игнорирует свою левую сторону. Для его коррекции мы переставили мебель в комнате и кровать так, чтобы можно было подходить к Валентине Александровне слева, чтобы она начала воспринимать свою левую сторону. Сегодня в гости приезжают внучки Маша и Катя, и ей очень хочется про-

явить заботу о них и накормить чем-то вкусным. Начинаем с уже отработанного навыка: очищаем яблоки, груши и нарезаем их, используем адаптированную разделочную доску.

11:00 Александр Сергеевич, с ним никаких бонусов и шуток. Он директор фирмы. В свои 45 восстанавливается после инсульта. Его основная цель — вернуться на работу. А на работу ходят в галстук. Именно этим сегодня мы и будем заниматься. Ну вот! Опять неудача, рука напряглась, движения скованы. Александр Сергеевич волнуется, он привык все делать хорошо с первого раза. «А может, начнем с любимого, с морских узлов?». Улыбается. Понимает, о чем я. Каждый отпуск Александр Сергеевич ходит под парусами. На третьем узле рука расслабляется, движения становятся свободными. После этого завязать галстук получается с первого раза.

12:00 Сегодня домой уезжает Ирина, она проходит реабилитацию каждый год. У Ирины рассеянный склероз, и ей трудно справиться с домашними делами. Сильный тремор в правой руке усложняет приготовление еды. Вместе с Ириной подобрали механические и электрические приспособления, которые облегчат процесс приготовления еды и станут ее новым хобби. Уже в четверг идет на фуд-курсы. Обещает присылать фотографии.

12:15 Вместе с коллегой-эрготерапевтом идем к ее пациентке после шейной травмы. Юлии 30 лет, и она полностью зависима от мамы. Она очень хочет научиться самостоятельно есть, но не может удержать обычные ложки

и вилку. Берем термопластик, выбираем ее любимый цвет — салатный. Делаем выкройку с учетом особенностей движения и захвата в руке. Примеряем. У Юлии горят глаза: «Могу удержать! Неужели я буду есть сама?!».

12:45 Сегодня на обед салат «Чикен Блюз», картофельное пюре с куриными ножками под соусом, суп с чечевицей с копченостями. Обожаю десерт панна котта.

13:30 На семейную встречу приезжают внучки Валентины Александровны. Я рассказываю им, как адаптировать квартиру, даю рекомендации по приобретению необходимого оборудования.

14:00 6 лет назад Лера попала в автомобильную аварию. До этого она была волонтером, активно помогала детям с ограниченными возможностями, занималась бегом и борьбой. После травмы самостоятельно не одевается и не ест. Но Лера — боец с высокой мотивацией. Хочет жить одна и вернуться на работу. Сегодня учимся надевать брюки на резинке, которые специально сшили. Не получается с первого раза, сложно. Не сдается. Пробуем еще. Снимаем видео. Надели!

15:00 София и ее мама Марина. У девочки ДЦП, она активная, жизнерадостная, улыбается, на голове два хвостика. Мама носит ее на руках или возит в коляске. Умываться и есть Соня не умеет, мама все делает за нее. Несу им фиксаторы для таза и спины, чтобы посадить ее правильно и безопасно в коляске и на стуле. «Ну что, София, будем пробовать

сидеться за стол ровно и удобно!». Соне это непривычно, но мама заметила, что дочь умело справляется с пластилином двумя руками. Ей теперь не нужно подстраховывать себя одной рукой, чтобы сохранять равновесие.

16:15 Встречаю Фатиму с мамой в тренировочном магазине. Фатима со списком и деньгами покупает набор продуктов для приготовления любимой рисовой каши. Умело складывает все в рюкзак, и все вместе идем в эрго-кухню.

На столе лежит схема — рецепт как напоминание. Фатима уже хорошо ориентируется на кухне. Наливает два стакана молока, но отвлекается, очень хочет рассказать о фильме, который посмотрела вчера вечером. Делаем паузу и Фатя рассказывает. Продолжаем. Пока каша варится, есть время обсудить и выбрать мультиварку, которую Фатима с мамой купят домой. Каша готова, Фатима накрывает на стол.

17:00 Прихожу к Виктору Петровичу, пациенту с левосторонним выраженным гемипарезом в раннем восстановительном периоде. Он приехал к нам на реабилитацию полностью зависимым от сиделки. Идет третья неделя реабилитации, Виктор Петрович умывается и бреется самостоятельно, при переодевании еще помогает Людмила.

Сегодня начнем с телефона. Нужно, чтобы Виктор Петрович мог принять звонок и позвонить сам. Нужные кнопки выделены отдельным цветом, их поверхность изменена для быстрого поиска наощупь. Кодуруем телефон: 2 — звонок дочери Ольге, 3 — сиделке Людмиле, 9 — служба спасения. Теперь будем одеваться для прогулки с минимальной помощью Людмилы. Виктор Петрович справляется. Настроение улучшается, и они уходят на прогулку.

17:45 Вношу последние изменения в завтрашнее расписание занятий и спешу на корпоративный автобус. Коллеги обсуждают вчерашний футбольный матч, надо быть в курсе, чтобы поддерживать беседу с пациентами-мужчинами. Пытаюсь вникнуть, но мысленно уже вижу внука, который встречает у двери с криком: «Пришла моя любимая бабичка!». ☺

ВОЗВРАЩЕНИЕ ДОМОЙ:

КАК АДАПТИРОВАТЬ КВАРТИРУ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

Илья 19 лет. Он спортсмен, два года назад на соревнованиях получил тяжелую шейную травму, прошел несколько курсов реабилитации в клинике «Три сестры». Сейчас Илья вместе с мамой готовится переехать в новую квартиру в строящемся доме. Настоящая квартира Ильи еще не закончена, но на основе уже разработанных для нее рекомендаций эрготерапевт Елена Григорова вместе с иллюстратором Натальей Савиновой представили, как она может выглядеть.

У Ильи нет чувствительности ниже пояса и активных движений в пальцах рук. Он самостоятельно передвигается в помещении на кресле-коляске с ручным приводом, но пересаживаться ему помогает мама. Взять и удержать предмет в руке Илья пока не может. Тем не менее он самостоятельно ест адаптированными приборами, чистит зубы адаптированной зубной щеткой, пьет из стакана, зафиксированного на руке.

Важная реабилитационная задача Ильи — научиться лучше держать спину, это позволит ему самому переодеваться выше пояса, снимать одежду с вешалки, доставать из шкафа одежду.

Эрготерапевт, составляя рекомендации, всегда указывает точную высоту расположения предметов и ширину пространства, потому что это во многом определяет самостоятельность пациента.

Коридор

- Ширина — 1,6 метра для разворота коляски.
- Все пороги — на въезде в квартиру и между комнатами — демонтированы.
- Минимальное количество мебели.

Прихожая и коридор

На высоте 1,5 метра:

- видеодомофон с функцией открывания двери голосом;
- открытая вешалка для одежды — пока Илье помогает раздеваться мама, но в будущем он сможет снимать и вешать вещи самостоятельно.

На высоте 0,9 метра

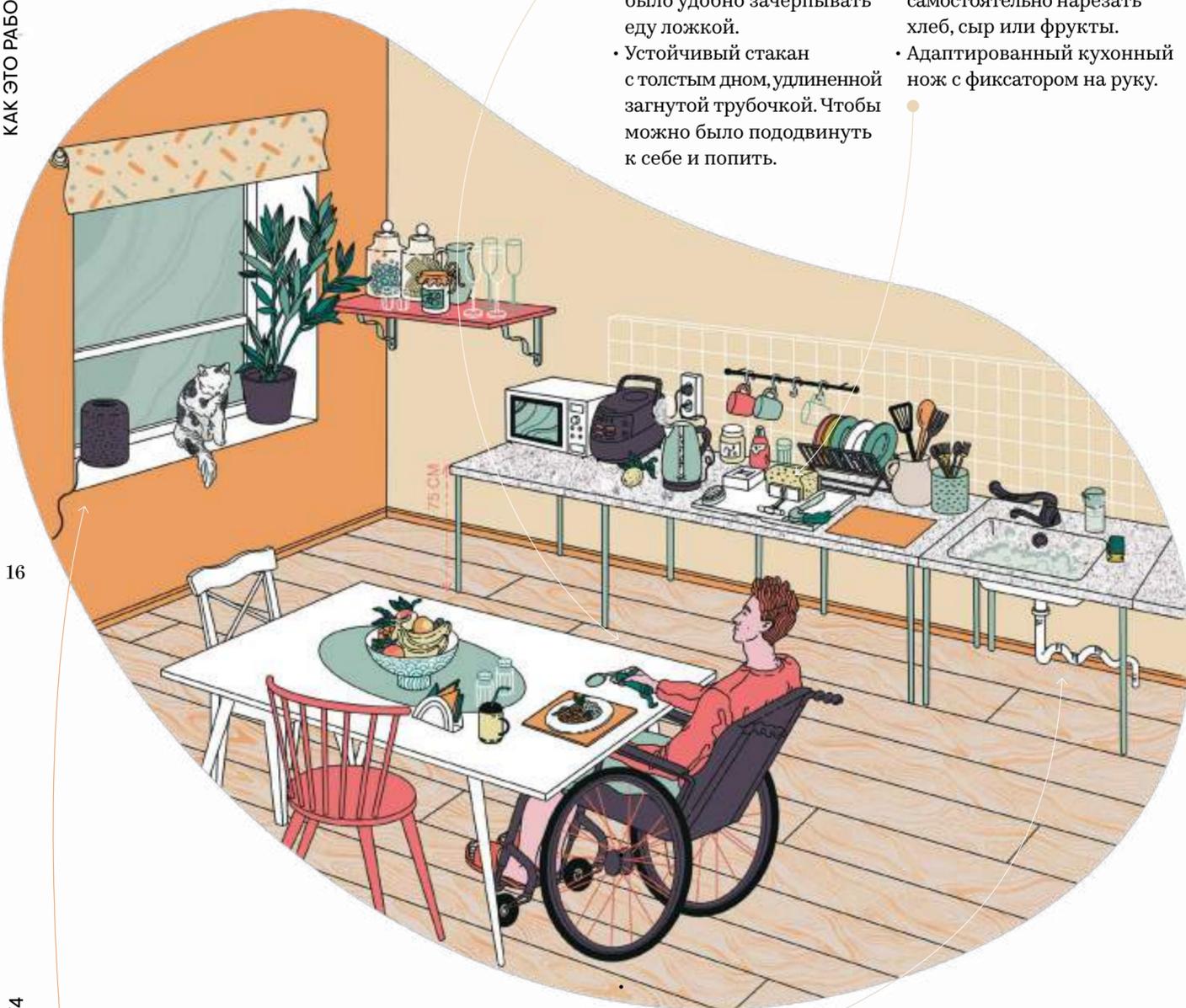
- выключатели света;
- специализированные дверные ручки

Зеркало на уровне сидящего человека.



Входная дверь

- Ширина — не менее 0,9 метра.
- Оснащена доводчиком с задержкой закрывания/открывания не менее 5 секунд.



Адаптированные кухонные приспособления

- Ложка, вилка с толстыми ручками и ремешками.
- Тарелка с бортиком, чтобы было удобно зачерпывать еду ложкой.
- Устойчивый стакан с толстым дном, удлиненной загнутой трубочкой. Чтобы можно было пододвинуть к себе и попить.
- Универсальная разделочная доска с приспособлениями — с ее помощью Илья может самостоятельно нарезать хлеб, сыр или фрукты.
- Адаптированный кухонный нож с фиксатором на руку.

Кухня

- Система «Умный дом» установлена во всех комнатах — голосом Илья может включать и выключать свет, термпот, телевизор, кондиционер, опускать и поднимать рулонные жалюзи на окнах.

Высота поверхностей

- На высоте 75 сантиметров расположены:
- рабочая столешница; под ней — свободное пространство, чтобы коляска Илья спокойно заезжала под столешницу, и он мог дотянуться до предметов;
 - обеденный стол должен быть квадратным или прямоугольным.

Мойка

- Сифон под мойкой компактный, чтобы Илья мог подъехать и самостоятельно вымыть посуду.
- Смеситель для раковины с длинным рычагом, чтобы было удобно открывать и закрывать воду.
- Сенсорный дозатор для мыла.

Ванная и туалет

Унитаз

- Чтобы сходить в туалет, Илья спиной наезжает креслом с санитарным оснащением на унитаз, отстоящий от стены.
- Расстояние от стены до переднего края унитаза 85 см.
- Высота унитаза — 40 см.
- Слив воды — натягиванием шнура с петлей для руки

Душ

Пространство для душа без порогов со сливом в полу. Мама помогает Илье пересаживаться в кресло для душевой.

Раковина

- Поворотное зеркало.
- Раковина с углублением переднего края, чтобы Илья мог удобно облокотиться.
- Расстояние от пола до нижнего края раковины позволяет свободно подъехать на коляске.
- Вешалка для полотенца — не выше 1 метра от пола.
- Зубная паста с откидывающимся колпачком.
- Адаптированная зубная щетка с креплением к кисти руки.



Комната

Минимальное количество мебели

Расположение предметов:

- функциональная кровать стоит так, что к ней можно подойти с двух сторон; тумбочка слева от кровати;
- кресло-коляска и подъемник, с помощью которого мама пересаживает Илью, — справа от кровати.

Столик в кровати для удобства пользования компьютером и телефоном;

Ручки выдвижного ящика из веревки — гибкие, удобные для захвата. ☺

Время наверстывать

История человека после тяжелой травмы головы:
как хирурги и реабилитологи помогли ему встать на ноги,
кое-что вспомнить и начать жизнь заново.



Интервью:
Дина Юсупова,
журналист

Александр Матвеев старательно отбивает заученный ритм на барабане, а потом улыбается мне через камеру телефона. Он сидит дома в Славгороде Алтайского края. За его спиной скучный полированный шкаф и неожиданно яркие граффити на стене. В рисунке переплелись буквы, птицы, звезды и серый паренек с сигаретой в зубах.

— Это я лет 15 назад нарисовал, сейчас смогу лучше, — уверенно говорит Александр. — Главное — было бы для кого! Как-то в Москве я разрисовал ночью стену дома. К обеду коммунальщики все закрасили.

Делать, что нравится, и быть полезным — в последнее время 36-летний Александр настойчиво ищет такое занятие. С тех пор, как почувствовал, что впереди снова жизнь.

— Я не могу бегать и прыгать лучше других, как в детстве, — говорит он. — Я иногда злюсь, что не помню ничего из математики и физики, хотя учился электронике. Я расстраиваюсь, что до сих пор не прошло косоглазие, хотя врачи обещали. Но я не чувствую себя инвалидом. Я упустил много времени и хочу наверстать.

Три года назад Саша снимал с друзьями квартиру в Москве, работал монтировщиком светового оборудования, учился латиноамериканским танцам и был счастлив. Правда, тогда он этого не понимал. В ноябре 2016 года на работе он оступился и полетел со второго этажа вниз головой. Прямо на бетонное покрытие.

— Он даже встал после этого и пошел, — пересказывает слова его товарищей Лариса Дмитриевна, мама Саши. — Но тут полилась кровь из раны, носа, ушей. Саша снова упал.

Врач скорой помощи диагностировал у Саши открытую черепно-мозговую травму и признался, что не сможет его спасти. Врач вызвал вертолет НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Сашу прооперировали и положили в реанимацию. Первые дни он провел в коме. Когда очнулся, мама уже была рядом. Она бросила ради сына работу — курсы подготовки школьников к экзаменам по русскому и литературе. Приехала в Москву, благо тут еще и дочь с семьей живет.

— Когда Саша открыл глаза и с удивлением огляделся, — вспоминает Лариса Дмитриевна, — я сказала ему: «Саша, ты в больнице».

Слюнявчик и пролежни

Радость от выхода сына из комы длилась недолго. Врачи объяснили, что открытые черепно-мозговые травмы почти всегда сопровождается гнойный менингит. И он будет страшнее самой травмы. И у Саши действительно начался менингит со страшными последствиями. Врачам даже пришлось ввести пациента на время в медикаментозную кому, чтобы у него остались силы выжить. Весь декабрь Лариса Дмитриевна ездила в Склиф, а Саша не приходил в сознание.

После нового года Лариса Дмитриевна пришла в больницу с дочерью и племянницами. Его двоюродная сестра Ольга вдруг начала трясти Сашу и кричать: «У меня 30-летие, а ты тут разлежся! Хоть глаза бы открыл в честь моего дня рождения».

— Саша и вправду открыл глаза, оглядел нас, и у него покатались слезы, — Лариса Дмитриевна помнит этот счастливый момент, будто он был вчера.

— А я ничего не помню, — заявляет Саша. — Смотрю фотографии и видео, где у меня нет части черепа, и все это будто не со мной.

В реанимации Склифа врачи активно взялись за Сашину реабилитацию. Массаж, лазерная терапия мышц, гимнастика и тренажеры на кровати. Саша не говорил, но начал понимать речь. К концу января он мог дотянуться пальцем до носа. В экстренной помощи он больше не нуждался. Через полгода ему предстояло вставить пластину вместо раздробленного куска черепа.

— Когда врачи сказали, что выписывают, я пришла в ужас, — рассказывает Лариса Дмитриевна. — Саша мало что осознает, сам не передвигается, куда мне с ним ехать? Не в Алтайский же край на полгода, а потом обратно?

Нашелся реабилитационный центр, куда Сашу взяли бесплатно без московской регистрации. Все красиво, персонал приятный. Вот только Сашиной реабилитацией никто не занимался. За полгода у него произошли ухудшения: перестали двигаться правая рука и нога, потому что кожа головы травмировала мозг. И еще он сильно отощал: при росте 182 см весил всего 42 кг. На пояснице появилась огромная пролежневая



рана. Когда летом Лариса Дмитриевна привезла документы в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, врач отказался оперировать человека с пролежнями и таким весом.

— Было понятно, что нужно срочно что-то делать. Я стала звонить в разные реабилитационные центры, и нам везде отказывали из-за тяжелого состояния. Про клинику “Три сестры” мы впервые услышали, когда были в Склифе. Это единственная клиника, в которой ответили — берем, приезжайте.

— Там у него началась и физическая терапия дважды в день, и ежедневные занятия с логопедом, нейропсихологом и эрготерапевтом, который учил его держать ложку левой рукой, — рассказывает Лариса Дмитриевна. — Саша сопротивлялся, кричал и отталкивал людей, если что-то не нравилось. Но результат был налицо.

Она показывает видео, где тощий Саша в споньявчике и трубкой в носу, держась левой рукой за поручень, очень-очень медленно спускается по пандусу в обнимку с физическим терапевтом. Саша не смотрит вокруг и без чужой помощи чаще не может, чем может согнуть правую ногу. Но он идет.

За три месяца в клинике Саша поправился на 20 килограммов и стал весить 60, при том, что ел через зонд. В марте его повезли на операцию по пластике черепа. Сашу оперировал профессор Александр Кравчук.

Бегом от Пелевина

На третий день после операции Лариса Дмитриевна протянула Саше карандаш, и он попытался взять его правой рукой, которая долго не работала. Мужчина еще не осознавал прогресса, но уже начал запоминать происходящее и связывать события между собой. Через месяц Саша вернулся в «Три сестры» все еще на коляске, но его уже не требовалось фиксировать. Он начал говорить.

Снова интенсивная реабилитация, занятия со специалистами и врачами. Через несколько месяцев Саша достиг одной из реабилитационных целей, поставленных междисциплинарной бригадой: смог сходить в магазин и под наблюдением эрготерапевта купить продукты для пиццы, которую в тот же день и приготовил.

— Конечно, я вел себя как человек без памяти, — рассказывает Саша. — Это сложно объяснить, но, например, психолог меня спрашивала, как я себя чувствую. Нормально, считал я, сидя за столом. Это потом, когда я завел тетрадь для записей, я понял, что нормально мне было только за столом. А когда я вставал, у меня оказывались затекшими ноги — этого раньше не было. Когда шел, не чувствовал мышц.

Летом 2018 года Саша выписался. К обычной жизни пришлось заново приспособливаться. Для тренировки внимания и памяти Саша решил что-нибудь почитать. Вспомнил, что раньше любил Пелевина. Взял сборник его рассказов.

— Я читал абзац, перечитывал снова: заумь какая-то, ничего не понятно, — вспоминает Саша. — Когда на следующий день открывал книгу, не помнил, где остановился и о чем вообще речь. Так и бросил, не дочитав.

Саша встречал старых знакомых и не мог найти с ними общего языка. Когда приятельница эмоционально рассказывала о горящих лесах Сибири, его это никак не трогало. Когда он делился трудностями при заучивании песен, ее это совсем не увлекало. Пришлось Саше сосредоточиться на новых занятиях — в основном, в кружках для людей с инвалидностью.



Фото: Нина Чупрова



— Я иногда читаю свою переписку в соцсетях до травмы, — говорит Саша. — Каким же я был капризным, всегда находил повод пожаловаться. Не понимал, как прекрасна жизнь, пока не очутился там, где есть. Через полгода после операции меня охватило отчаяние. Я увидел, что стал беспомощным инвалидом.

Тем не менее изо дня в день он ходил на занятия, участвовал в самодеятельности, бегал в парке и рефлексировал. Постепенно окреп и почувствовал интерес к жизни. Сегодня он может легко пробежать 6 км. А осенью в путешествии по Германии нахаживал по 10 км. Дома убирает, иногда готовит и ремонтирует, если что сломается. Может, не так быстро, как раньше, но недавно починил шкаф с отвалившейся дверью. Пошел на курсы немецкого. Начал читать книги по психологии. Захотел семью и детей.

— Сначала, конечно, я должен стать самостоятельным, — рассуждает Саша. — Отделиться от мамы, начать зарабатывать. Но главное у меня уже есть: жуткая травма научила меня радоваться тому, что имею. И это счастье.

Реабилитолог Дмитрий Сумин,
лечащий врач Александра Матвеева:

Александр поступил к нам поздно, спустя год после тяжелой травмы. Правые рука и нога у него практически не двигались, на контакт он ни с кем не шел. Долгое время мы с нейропсихологом и другими специалистами просто бились головой об стену. Все изменилось через пару месяцев. Во время обхода я поговорил с ним, с его мамой и уже развернулся было к двери, как вдруг он с плачем кинул мне в спину теннисный мячик. Такой контакт был уже большим достижением. И потихоньку дело пошло на лад. Хотя, конечно, он очень быстро утомлялся.

Когда он уехал от нас на операцию, мы не знали, будет ли лечебный эффект. Но эффект был не просто заметен — можно сказать, Саша вернулся другим человеком. Заметно уменьшился мышечный тонус, а главное — фактически исчезли когнитивные нарушения. Он стал спокойным доброжелательным человеком, который был мотивирован эффективно работать.

Недавно Саша с мамой приехали в клинику увидеться с врачами — и мы с коллегами увидели здорового, активного человека, который шутил и смеялся. Операция, работа наших специалистов, отчасти лекарства и мотивация привели к невероятным результатам. ☺

Восстановление черепа как хирургическая реабилитация

Нейрохирург Александр Кравчук, руководитель отделения нейротравматологии в центре имени Бурденко, оперирует ежедневно. Мы встречаемся у него в кабинете рано утром. До начала первой операции — и значит, на наш разговор — есть сорок минут.



Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор



Александр Дмитриевич Кравчук — нейрохирург, профессор, д.м.н.,
руководитель отделения нейротравматологии Национального медицинского
научно-исследовательского центра нейрохирургии им. Бурденко.

Александр Дмитриевич, расскажите про восстановительную нейрохиргию после тяжелых черепно-мозговых травм. Что изменилось за последние 20 лет?

В течение двух последних десятилетий тактика в хирургическом лечении тяжелой черепно-мозговой травмы стала более агрессивной. Особенно это касается случаев, когда у больных развивается травматический отек головного мозга и методы консервативной терапии и реанимации становятся неэффективными. Тогда на первый план выходят хирургические методы лечения, связанные с обширными декомпрессионными трепанациями черепа. Если два десятилетия назад смертность при тяжелой черепно-мозговой травме была около 50%, то в последние годы благодаря декомпрессионной трепанации она снизилась до 20%.

Сама операция достаточно травматичная: мы убираем большие объемы костных структур черепа, для того чтобы снизить возможности вторичного поражения головного мозга вследствие его отека и дислокации. Такая операция является жизненноспасающей, но по мере восстановления пациентов возникает необходимость реконструкции дефектов черепа.

В конце 90-х — начале 2000-х годов в реконструктивной хирургии мы впервые стали использовать методы компьютерного моделирования. Имплантаты мы изготавливали вручную.

Затем мы стали сотрудничать с Институтом проблем лазерных и информационных технологий в Шатуре и обратились к стереолитографии. Это метод 3D печати, позволяющий прототипировать компьютерные модели в полномасштабные фотополимерные копии черепа, имплантаты и их пресс-формы.

Это был революционный шаг в реконструктивной нейрохирургии. Использование пресс-форм позволило изготавливать имплантаты из современных материалов прямо во время операции. Минус был в том, что материал пресс-формы был хрупким, и хирург должен был зажимать пресс-форму вручную.

Дальше при создании пресс-форм начали использовать более прочный материал — высокомолекулярный полиэтилен. Теперь костный цемент в пресс-форме зажимают уже не вручную, а с помощью специальных инструментов. Это позволяет получать идеальный по форме и размерам



имплантат, который хирург тут же и ставит пациенту. Сегодня мы пользуемся также самой современной на сегодняшний день технологией CAD/CAM, которая дает возможность прямой 3D печати титановых индивидуальных имплантатов.

Дизайн индивидуального имплантата создается методом компьютерного моделирования — computer aided design (CAD). Модель имплантата поступает на высокоточный промышленный станок с системой компьютерного управления — computer aided manufacturing (CAM). CAD/CAM технология позволяет создать индивидуальный имплантат напрямую, без получения промежуточной физической модели его шаблона и необходимости ручного моделирования на пресс-форме.

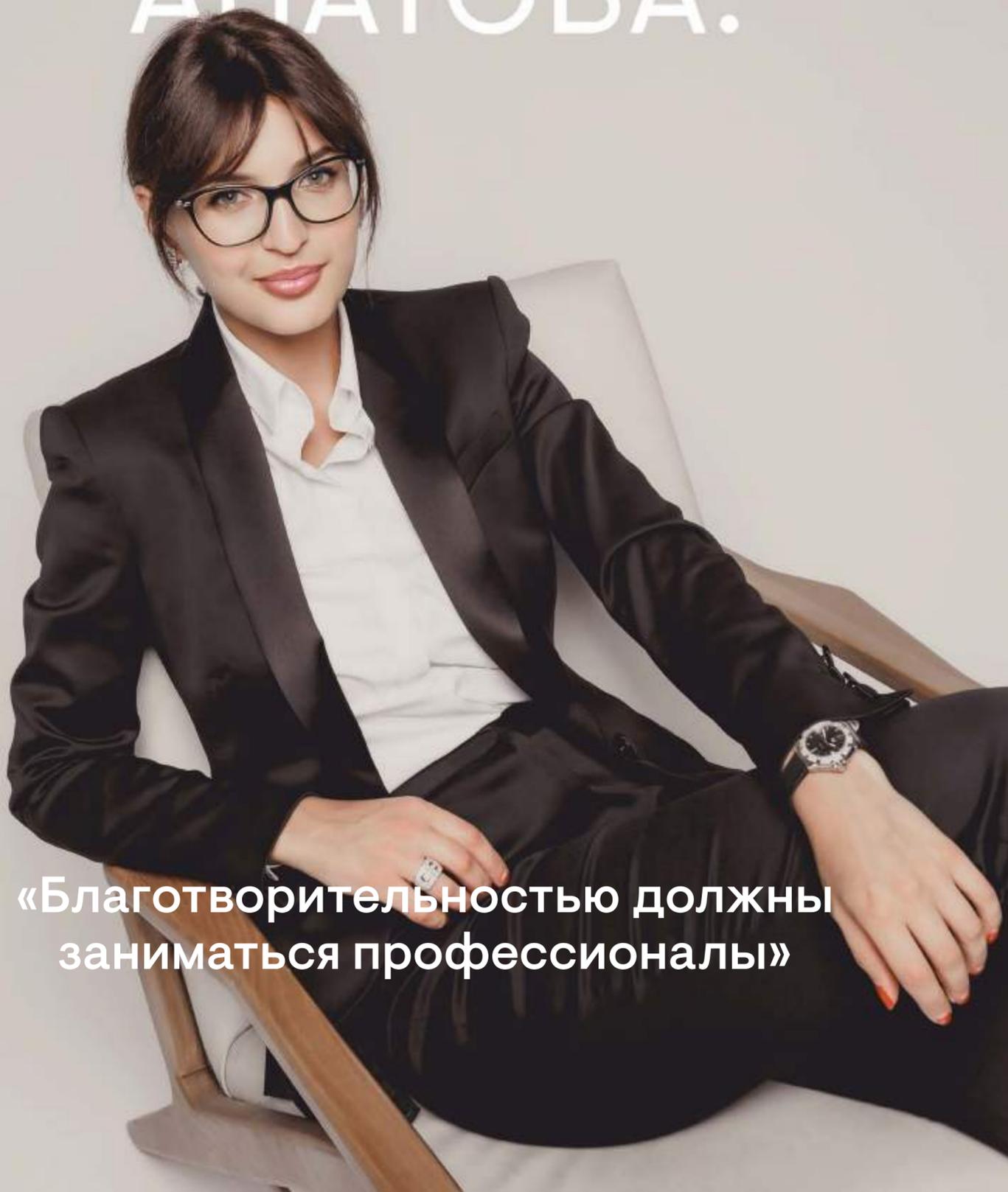
Как происходит моделирование имплантатов?

Компьютерные программы позволяют использовать различные методы моделирования. Если, например, мы имеем дефект с одной стороны черепа, то мы можем смоделировать необходимый имплантат, взяв за основу противоположную сторону черепа, по принципу зеркальной симметрии. Если же мы работаем с дефектами черепа срединной или двусторонней локализации, тогда берем за основу форму и строение донорского черепа из виртуальной базы данных черепов пациентов. Эту базу мы создали совместно с Институтом проблем лазерных и информационных технологий.

Считается, что после реконструкции черепа состояние пациентов улучшается и стабилизируется. Почему?

Да, реконструктивная нейрохирургия один из важнейших хирургических этапов восстановления пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Условия открытого черепа приводят к изменениям мозгового кровообращения, нарушениям ликвородинамики, а также непосредственному воздействию атмосферного давления в области дефекта. Герметизация, восстановление целостности черепа позволяет в значительной степени устранить эти нарушения и тем самым создать условия для восстановления нарушенных функций головного мозга. ☺

ТАТЬЯНА АПАТОВА:



«Благотворительностью должны заниматься профессионалы»

Реабилитация — одно из основных направлений работы фонда «Правмир». С 2020 сотрудничество фонда с клиникой «Три сестры» обретает новый формат: фонд резервирует в клинике 10 мест по минимальной цене, чтобы подопечные могли попасть на реабилитацию, даже если свободных палат нет. Татьяна Апатова, исполнительный директор фонда, рассказывает о сотрудничестве с клиникой, о благотворительности в России и о том, почему в благотворительном фонде должны работать профессионалы.

Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Татьяна, откуда идея, что благотворительный фонд должен иметь несколько своих мест в клинике?

Реабилитация — ключевая программа нашего фонда. А «Три сестры» — крупнейший и один из лучших реабилитационных центров России. Большая часть наших подопечных проходят реабилитацию в «Трех сестрах». Фактически в центре всегда находится не менее пяти подопечных фонда. Это люди разного возраста и из разных регионов, которые пережили операцию или получили травму. Люди, которые мечтают вернуться к полноценной жизни. Стоимость одного курса реабилитации составляет несколько сотен тысяч рублей, не каждый может позволить себе такое лечение, иногда курсов требуется много. В некоторых случаях, чтобы добиться ощутимых результатов, реабилитацию необходимо продолжать годами.

В 2020 году мы будем развивать эту программу как ключевую, поэтому решили увеличить наше присутствие в центре — арендовать 10 мест на постоянной основе. Теперь у нас целое крыло. Так, например, устроено в Америке — фонд планирует свою работу исходя из того, сколько у него мест в клинике.

Расскажите про «Правмир», когда был создан фонд и кому помогает?

Интернет-издание «Православие и мир» (pravmir.ru) существует 15 лет. Это социальное СМИ номер один в России. Когда аудитория «Правмира» выросла до нескольких миллионов читателей, возникла

потребность помогать тем людям, о которых рассказывалось в статьях, — многодетным, людям с инвалидностью, тяжелобольным. Стало понятно, что нужен благотворительный фонд, который смог бы эффективно и профессионально оказывать помощь в рамках действующего законодательства. Фонд был создан четыре года назад в первую очередь для помощи многодетным семьям.

Главный принцип фонда — мы помогаем всем, независимо от возраста, гражданства и вероисповедания.

Через год работы фонда появилась программа «Лечение и реабилитация». В рамках этой программы оказывается помощь людям с онкологией, с заболеваниями органов дыхания, сердца, кишечника, помощь в оплате генетических исследований для уточнения диагноза и корректировки лечения и реабилитации после травм и операций. И третья программа направлена на помощь другим фондам. В рамках этой программы мы помогаем маленьким региональным НКО, у которых есть классные идеи благотворительных проектов, но нет ресурсов для того, чтобы свои идеи воплотить в жизнь.

В этом году мы решили сосредоточиться на программе реабилитации после травм и операций. Да, мы видим подвижки на государственном уровне — вносятся изменения в законодательство, запускаются образовательные программы. Но мы понимаем, что для серьезных изменений нужно время. А людям после операции или травмы реабилитация необходима уже сейчас.

У вас большой опыт управленческой деятельности: вы занимались своим бизнесом, руководили несколькими департаментами в МОСТРАНСАВТО. В январе прошлого года вы стали директором фонда. Есть ли специфика работы в благотворительности?

Я четко убеждена в том, что команда благотворительного фонда — это не коллектив просто добрых людей. Это высококвалифицированная профессиональная команда. Наша основная работа — соединить тех, кому нужна помощь, с теми, кто хочет помочь. Работа в бизнесе и работа в благотворительном фонде — это совершенно разная работа.

Подопечные — люди, которые к нам обращаются, им нужна помощь. Мы тщательно проверяем всю информацию. Запрашиваем данные о доходах и составе семьи, проверяем все медицинские выписки, наличие сборов на личные карты в соцсетях. Каждая заявка проходит через нашего юриста и медицинского эксперта. Это вопрос нашей репутации, и мы несем ответственность за каждый одобренный нами кейс. Мы должны точно оценить риски, потому что потом не сможем сказать: «Извините, мы не собрали нужную сумму». Так это не работает. Если качественное лечение возможно по ОМС, наш юрист сопровождает подопечного, потому что многие люди не знают о своих правах. В этом году мы выиграли Президентский грант для реализации проекта «Центр правовой помощи социально незащищенным группам граждан в решении социальных и медицинских проблем».

Благотворители — это люди, которые жертвуют средства. Это люди, которые приняли решение помочь совершенно незнакомому человеку справиться с его болезнью или трудной жизненной ситуацией. Для них все должно работать бесперебойно — ApplePay, ЯндексКасса, PayPal и так далее. Люди привыкли совершать платеж за несколько секунд, оперативно решать все

технические вопросы, всегда иметь возможность дать обратную связь. И мы стараемся соответствовать этим высоким стандартам.

То есть, помогая людям через благотворительный фонд, человек имеет ровно такие же потребительские ожидания, как во всех других сферах. В том числе может в любой момент запросить отчет по каждому подопечному, которому он помог. Чтобы качественно выполнять эту работу, сотрудники должны быть профессионалами.

При этом я часто встречаю мнение, что в благотворительности должны работать волонтеры. Но если мы задумаемся — кто может работать каждый день хорошо и совершенно бесплатно?

Кому чаще жертвуют деньги?

Статистика показывает, что люди готовы жертвовать на лечение тяжелобольных детей. На помощь взрослым собирать гораздо тяжелее.

Какова стратегия развития фонда?

Сегодня 96% наших пожертвований — это пожертвования от физических лиц. В будущем году мы хотим выйти на рынок корпоративных благотворителей. Да, мы очень дорожим доверием, которое нам оказывают наши частные благотворители, но зависеть от одного источника — это всегда большой риск.

В 2020 году фонду исполнится 5 лет. За это время помощь была оказана 1 095 подопечным, собрано более 400 миллионов рублей.

Какой вам видится перспектива развития благотворительности в России?

Перспектива есть, все больше и больше людей занимают активную гражданскую позицию — действительно хотят влиять на то, что происходит вокруг. По сути благотворительный фонд — сообщество людей, желающих победить несправедливость в той или иной сфере жизни, которой государство пока уделяет недостаточно внимания и ресурсов. Но успех любого дела зависит от того, кто и как это дело делает, поэтому перспектива развития благотворительности в России во многом зависит от профессионализма сотрудников благотворительных организаций. 📌

Революция в письмах и выписках

Обычно редакторы работают в издательствах: читают книги, поправляют слог. Это традиционное представление о работе редактора, а есть новое.



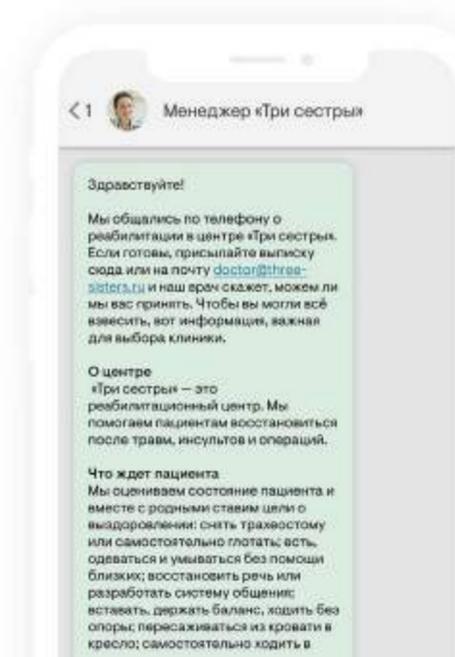
Людмила Сарычева,
редактор

Меня зовут Людмила Сарычева, я редактор и весь этот год работала в клинике «Три сестры», чтобы улучшить коммуникацию с пациентами. Мы сильно изменили формат письменного общения, и это особенно заметно по трем документам клиники: первое предложение пациенту, приглашение к заезду, выписка по окончании лечения.

Если готовы, присылайте выписку

Первым делом мы взяли за предложение пациентам прислать выписку. Раньше, когда пациент впервые звонил в клинику с вопросами, он уходил подумать и мог о нас забыть. И это понятно, потому что пациенты выбирают из разных клиник и обзванивают сразу несколько, здесь тяжело запомнить, у кого какие условия. Мы решили это исправить.

Первое общение с пациентом ведут менеджеры, и они лучше всех знают, что тревожит пациентов, какие у них возникают вопросы, что беспокоит. Мы собрали всю важную информацию и разработали первое предложение, оно выглядит вот так:



Такое предложение менеджер отправляет каждому клиенту, который впервые обратился в клинику. Там вся важная информация по стоимости, условиям и тому, куда отправлять выписку. Этот текст мы специально адаптировали под WhatsApp, потому что почти все, кто нам звонил, им пользуются, и сообщение в WhatsApp по номеру телефона отправить проще, чем записывать адрес почты латинскими буквами.

Конечно, сообщение кажется большим, мы тоже обращали на это внимание, когда с ним работали. Мы постарались максимально четко разделить информацию, поставить подзаголовки и отобразить важное. К тому же мы понимаем, что выбрать клинику для своего близкого — это важное решение, и здесь нужна полная информация, поэтому мы не ограничивали себя в символах.

Теперь, если кто-то звонит в нашу клинику и интересуется услугами, после звонка он получает всю важную информацию в телефоне, может ее обдумать наедине с собой и принять взвешенное решение.

Возьмите с собой купальник и тапочки

Следующий документ, который мы разработали, — это приглашение заехать в клинику. И так, родные пациента решили заезжать к нам. Раньше момент с договоренностями для пациента не был зафиксирован письменно, поэтому получалось, что пациент едет в клинику, но плохо понимает, что с ним там будет происходить, как он будет проводить время и кто его встретит. Мы это исправили и разработали приглашение к заезду.

Это только первая страница приглашения, на которой указана главная информация: когда приезжать, кому звонить, сколько стоит реабилитация. Всего в приглашении пять страниц, из которых пациент узнает все, что нужно знать о пребывании в клинике.

Отдельный разговор мы посвятили вопросам безопасности. На нем мы объясняем пациентам, почему важно носить красные браслеты, есть только в ресторане, не запираяться в номерах и не привозить с собой лекарства.

Раньше пациентам были непонятны эти правила, а теперь мы о них рассказали так подробно и заботливо, что хочется им следовать. Вот цитата из раздела о том, почему мы просим носить красные браслеты и сопровождаем пациента по клинике:

«У большинства наших пациентов есть высокий риск упасть, пока они перемещаются по клинике. Это связано с тем, что пациент учится вставать и ходить и может чувствовать себя уверенно, а на деле его тело еще не до конца приспособлено к передвижению».

Мне очень нравится, что клиника «Три сестры» не ставит все эти ужасные, античеловеческие металлоискатели и турникеты, которые имитируют безопасность, а на деле создают препятствия и подают сигнал «здесь опасно». Здорово, что в клинике это понимают и вместо турникетов заботливо внедряют важные для здоровья пациентов правила.

Еще в приглашении есть примерное расписание занятий, имя лечащего врача, даты семейной встречи и формальные вопросы вроде адреса клиники и перечня того, что входит в стоимость.

Это приглашение помогает пациенту и врачу. У пациента складываются верные ожидания о пребывании в клинике, и ему не приходится самому записывать на листочке, что взять с собой и куда ехать. А врач через приглашение знакомится с пациентом и готовится его встретить.

Прогулки по часу в день

Главный документ, который пациент получает в клинике, — это выписной эпикриз. В обычном понимании выписка нужна, чтобы после выхода из клиники показывать ее другим врачам, и они смогли принять решение о лечении. То есть это такой медицинский документ, написанный профессиональным языком, и читают его тоже профессионалы. Мы решили это поменять.

Мы разработали такую выписку, которая, с одной стороны, будет выглядеть профессионально для врачей, которые ее увидят, а с другой — полезной и понятной для пациента. Поэтому структура выписки сильно расширилась.

Обычная выписка	Новая выписка в «Трех сестрах»
Диагноз	Основная информация
Жалобы	Диагноз
Анамнез болезни и жизни	Жалобы
Краткие рекомендации по лекарствам и обследованиям	Анамнез болезни и жизни
	Ход реабилитации
	Цели и результаты реабилитации
	Оценка по шкале FIM до реабилитации и после
	Список занятий, которые пациент проходил в клинике
	Рекомендации пациенту
	Медикаменты после выхода из клиники

Теперь выписка в первую очередь сделана для пациента. С ней пациент легко вспомнит, как проходил лечение, и знает, что делать дальше.

Особое внимание мы уделили разделу с медикаментами, сделали так, чтобы пациент не запутался в их приеме и точно знал, для чего нужны лекарства:

Лекарства	Количество в день	Расписание	Для чего принимать
Периндоприл (АПреструм)	Ежедневно	Вечером 10 мг	Снижать артериальное давление
Биспролол (АВекорд)	Ежедневно	Утром 5 мг	Сохранять частоту сердечных сокращений и для профилактики инфаркта
Симвастатин	Ежедневно	Вечером 20 мг	Снижать уровень холестерина, для профилактики инфаркта и инсульта
Инолилин-старлен (АПангуст) лоджико	Дважды в день	В 8:00 16 единиц В 20:00 28 единиц	Снижать уровень сахара

Благодаря тому, что таблица такая подробная, пациенту легко ориентироваться в лекарствах и правильно их принимать. Всего в выписке появилось три таблицы: базовая терапия — обязательные лекарства, которые пациенту нужно принимать всю жизнь; курсовая — то, что пациент пьет курсами; и экстренная — по симптомам, например, какое лекарство выпить, если подскочило давление.

Как шла работа

Главная заслуга в разработке этих документов принадлежит менеджерам и врачам. Каждый раз работа шла по одной схеме: создавали рабочую группу, собирали информацию, разрабатывали документ, проверяли в рабочей группе, тестировали, презентовали всем. Но это только звучит просто.

На деле с каждым документом у специалистов становилось гораздо больше работы, чем было.

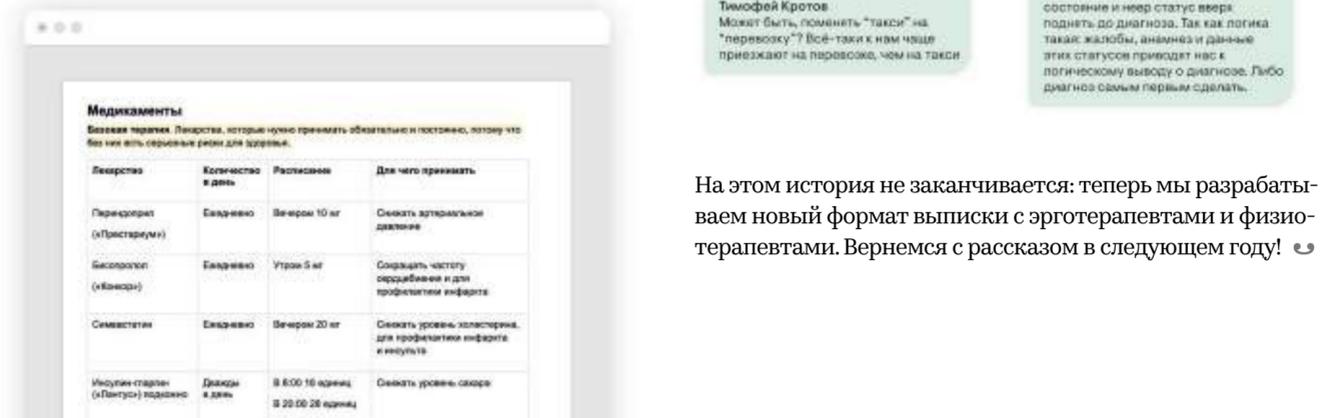
Раньше менеджерам достаточно было грамотно проконсультировать пациента по телефону, а теперь — отправить сообщение и ссылки на видео после первого звонка, потом — поговорить с врачами и заполнить под пациента приглашение к заезду.

Раньше выписка у врачей занимала 1–2 страницы, а теперь — пять. И каждый раз нужно подробно описать, как проходила реабилитация, заполнить таблички с медикаментами, дать обстоятельные рекомендации на будущее.

Я привыкла, что в компаниях сотрудники сопротивляются нововведениям, особенно если из-за них становится больше работы, но в «Трех сестрах» все оказалось не так. Все, кто участвовал в работе, очень поддерживали проект, помогали его внедрить и присылали замечания. У нас для этого были специальные чаты:

Тимофей Кротов
Может быть, помнить "такси" на "перевозку"? Все-таки к нам чаще приезжают на перевозке, чем на такси

Екатерина Даниловна
Мы еще хотели всё-таки общее состояние и невр статус вверх поднять до диагноза. Так как логика такая: жалобы, анамнез и данные этих статусов приводит нас к логическому выводу о диагнозе. Либо диагноз самым первым сделать.



Постработа и забота

В будущем всю скучную работу делают роботы, а на уход за близкими и встречи с друзьями мы получаем деньги. Это выход, который левые экономисты придумали из сегодняшнего кризиса труда: если во всем мире зарплаты падают, а безработица и усталость растут, то нам нужна постработа. Что это такое и как оно возможно?



Текст:
Ольга Тараканова,
культуролог, создательница спектакля о труде
«Кариес капитализма»

Чтобы зарабатывать, нужно работать. Трудно представить более логичное умозаключение. Но на самом деле оно сформировалось только в 18 веке — одновременно с зарождением протестантской церкви и современной капиталистической экономики. Раньше одни получали состояние по наследству, другие трудились за еду и дом. Оплачиваемая работа была только одной из форм занятости, и не самой распространенной.

Сейчас все мы много работаем: кто-то в офисах по восемь часов, кто-то на фрилансе и с гибким графиком, но без выходных и отпусков. Кажется, что работа и деньги неразделимы. Но на самом деле стабильный доход часто приходит к нам вообще не благодаря труду. Например, кто из Москвы, знает: небольшой квартиры здесь часто достаточно, чтобы сдать ее и скромно, но уверенно жить в каком-нибудь более дешевом месте. Больше того: существует работа, которую многие из нас делают совсем бесплатно и даже работой не считают. Точнее, не считали еще совсем недавно.

Экономист Ник Срничек и социолог Хелен Хестер пишут, что последние несколько лет мы живем в «экономике заботы». Они изучают британские и западноевропейские тенденции, о России таких исследований нет, но, кажется, у нас происходит что-то похожее: все больше рабочих мест связаны с уходом за пожилыми людьми, преподаванием, клинингом, питанием. Строго говоря, такая работа называется «репродуктивным трудом — деятельностью, которая возвращает будущих работников, восстанавливает силы тех, кто работает сейчас, и поддерживает тех, кто работать не может». Раньше все, для чего теперь есть приложения типа «Яндекс» и Qlean, было не работой, а «домашними обязанностями»: сходить в магазин, приготовить еду, убрать квартиру. А теперь нам нужно, чтобы кто-то взял на себя уборку, кухню и заботу о старших родственниках и детях.

Почему мы отдаем труд заботы на аутсорсинг? Срничек и Хестер называют две причины. Во-первых, долгое время мужчины в семьях зарабатывали деньги, а женщины делали весь этот домашний труд. Но выйдя на рынок труда в 1960-е на Западе, а в СССР и раньше, женщины оказались под двойной нагрузкой: в их обязанности вошла работа за зарплату и забота за бесплатно. Времени и сил на заботу стало меньше, и естественно, что она утекла на аутсорсинг. А во-вторых, все меньше становится стабильной работы: как курьеры трудятся без соцпакета, так и преподаватели в университете подписывают срочные контракты и часто совмещают две и больше работы. Копятся усталость и желание не делать ничего хотя бы дома. «Кризис работы — это еще и кризис дома», пишут Срничек и Хестер.

При этом есть проблема: труд заботы — понятие, которое точно требует квалификации (как минимум, если речь идет о нянях или сиделках) и высокой оплаты труда. Но — что такое квалификация в этой сфере? Стандартов нет, и возможности получить квалификацию у мигрантов нет тоже.

Самый очевидный способ борьбы с этой ситуацией — требовать у государства признать репродуктивный труд трудом, ввести большие пособия по заботе. Или — в корне пересмотреть идеал, которому мы все стремимся соответствовать.

Если раньше образцовой была фигура добытчика, который обеспечивает себя и близких, то теперь образцом может стать *caregiver* — опекун, куратор, в общем, тот, кто посвящает себя заботе об окружающих.

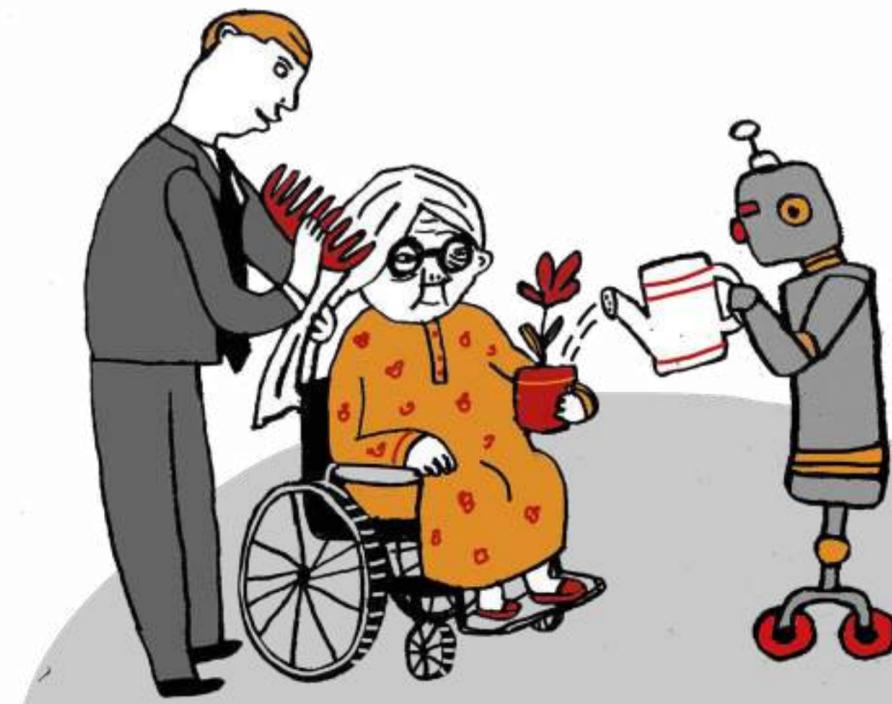


Срничек и Хестер предлагают радикальное решение: освободиться не с помощью работы, а от работы. И чтобы зажить в мире постработы, призывают сделать несколько больших шагов.

Первый — экономический. В основе постработы возможность окончательно разорвать связь между деньгами и трудом — с помощью безусловного базового дохода. ББД подразумевает, что каждому человеку, независимо от его социального статуса, собственности, достижений или, наоборот, проблем, государство каждый месяц выплачивает небольшую фиксированную сумму. Это не вариант пособия по безработице — суммы должно хватать на жилье и еду. Какими будут последствия? Повысится качество жизни и уровень удовлетворенности. Ведь в образование и медицину, например, смогут пойти те, кто мечтает об этом, но не рискнет выбрать эти профессии сегодня из-за низкого дохода.

Второй шаг связан со здравым смыслом и ценностями. Что, если в этом мире, где не нужно будет работать, все только и будут, что резать друг друга или деградировать в одиночку? Утопия постработы основана на вере, что человек все-таки неплохое существо (ну и еще на том, что ББД не будет хватать на все, ради по-настоящему приятной жизни поработать придется). Но это только один аспект. Рядом стоит автоматизация труда — и роботы появятся не только на фабриках и в офисах, но также в сфере рутинной заботы, которую многие привыкли доверять исключительно людям (чаще всего женщинам, чаще всего такого происхождения, которое не позволяет им заниматься более престижной работой). В общем, главный призыв Срничека и Хестер — дать развернуться воображению и не доверять инертным страхам. В российской политике не хватает позитивных программ — постработа вполне может стать одной из них.

Что почитать дальше:
Ник Срничек, Алекс Уильямс. «Изобретая будущее. Посткапитализм и мир без труда» (2016)



АННА СОНЬКИНА- ДОРМАН

32

Один из самых известных педиатров России Анна Сонькина-Дорман в юности медицину выбрала случайно. Она получила диплом специалиста паллиативной помощи, основала первую в стране школу коммуникации для медицинских работников, а теперь все больше занимается музыкой. И может быть, даже поступит в консерваторию.



«Не выношу дилетантство и авторитаризм»



Текст:
Диана Карлинер,
редактор

Ни дня не жила при Советском Союзе

Джерси сити, США, 1988 год. Анна Дорман, дочь советских эмигрантов, инженера и филолога, пошла в школу. Помимо Анны в классе учились только дети-афроамериканцы, и первые несколько месяцев отношения не складывались. До тех пор, пока одноклассники не поняли, что ее семья из России не имеет отношения к расовой дискриминации, а наоборот на стороне тех, кто угнетаем.

Семья Анны занималась организацией помощи политзаключенным и на волне преследования диссидентов в 70-е годы была вынуждена уехать из Союза. Иначе дедушку Анны ждала бы тюрьма.

В Штатах семья Дорман чувствовала себя в изгнании, и как только рухнул железный занавес, они стали приезжать в Россию. В 1992 году они вернулись жить в Москву. Анна пошла учиться в районную школу, где буллинг повторился — слишком уж свободолюбивая, одетая иначе, говорившая с легким акцентом.

«Мне не понятна ностальгия по советским временам. Я не маршировала в галстук, и этого мне никогда не хотелось. Мне регулярно люди, как бы подкалывая, говорят: «О, ну это много объясняет». Например, в ситуациях,

когда был бы возможен обман, — рассказывает Анна. — Я прожила в Америке восемь лет, но успела впитать, что недопустимо оправдывать обман, насилие, профанацию».

Однажды Анна участвовала в выборах ректора в РНИМУ им. Пирогова. Перед входом в зал голосующим раздали мандаты, где все фамилии, кроме одной, уже были вычеркнуты. Анна рассказывает: «Я стояла и не понимала, почему мои ровесники и люди помладше спокойно доносят эти бумажки до урны. Когда я начала их спрашивать, они засмеялись: «Ты как будто вчера родилась! Как тебя может это удивлять?». Она смяла бумажку и положила в карман.

Хоспис — первое место работы

В начале 2000-х для студента-медика человек был набором из органов, клеток и ткани. О пациенте как о личности и его чувствах во втором меде говорили только на кафедре биоэтики. Там Анна проводила время после обязательных занятий, а однажды попала на лекцию для старшекурсников. Лектор рассказывала про паллиативную помощь как альтернативу эвтаназии. Говорила честно и точно. Это была Вера Миллионщикова — главный врач и основатель Первого московского хосписа. «Когда я впервые увидела Веру Васильевну, я сразу поняла, что хочу у нее работать. В той жуткой атмосфере медицинского вуза слышать ее лекцию про сочетание медицины и человеческого участия было чем-то невообразимым. Мне стал интересен паллиатив», — вспоминает Анна.



Этот хоспис помогала открывать Лиза Глинка — ее семья Дорман знала еще с Америки. Хоспис построен на той же улице, где жили бабушка и бабушка Анны, на Доватора. Настоятелем часовни при хосписе был Александр Христофор Хилл, православный священник, англичанин, который одновременно служил в Американском подворье на Большой Ордынке — приходе Анны. «Отец Христофор по моей просьбе узнавал, как попасть в хоспис на работу. И когда я устроилась, сотрудникам меня представили как «девочку от отца Христофора». Они почти месяц со мной не разговаривали, пока не поняли, что я не из богадельни».

Чем занимаются медсестры в хосписе? Перестилают белье, моют пациентов, смачивают пересушенные губы, обрабатывают раны, разговаривают, утешают. «Ой, вы святые. Такое дело делаете» — часто слышат они. Вера Миллионщикова терпеть не могла, когда так говорили. Анна рассказывает: «Больше всего в жизни ей нравилось быть нянечкой. Кормить с ложки, подтирать попы. Если бы ей это не нравилось, она бы этим не занималась. Да, опухоли, пролежни, запахи. Запахи не отталкивают, потому что ты можешь это устранить, залечить, сменить белье на свежее и красивое. Это же круто, когда человек пошел под себя, а ты раз-раз, и он чистенький, как младенец. Хорошенько помыть человека — это кайф».

Работа бок о бок с Верой Миллионщиковой сильно повлияла на Анну. В первую очередь ее поразило отрицание иерархии и отношение к болеющим людям. Все должны были знать по имени пациентов и навещающих их родственников. Медсестры имели равное с врачами право на мнение: перебивать медсестру непозволительно. Если пациент говорит, что у него боль, — необходимо обезболить. Желания пациента нужно ценить. Анна рассказывает: «Помню такую сцену. Вера Васильевна и ее свита врачей и медсестер заходят в палату к пациентке. Та говорит: «Дорогая Вера Васильевна, дела, конечно, хорошо, но курить мне не дают, а очень хочется». «Как не дают?», — спрашивает Вера, смотря на коллег, и достает из кармана сигареты. И они затянулись вместе».

Единственное, с чем Анна со временем стала не согласна, — в хосписе избегали разговоров о смерти. Если пациент спрашивал Веру Миллионщикову о прогнозе, она отвечала: «Не надо об этом думать!» или «А кто не смертен? Мы все когда-нибудь умрем».

Как научить врачей слушать, понимать и говорить правду

О том, что коммуникация между врачом и пациентом — важнейшая часть лечения, Анна Сонькина-Дорман поняла, когда училась в Кардиффском университете на отделении паллиативной медицины. Два года обучения стали возможны благодаря Галине Чаликовой — создательнице фонда «Подари жизнь». Для Анны она нашла грант в Англии для финансирования поездки.

Обучение общению с пациентом строилось по Калгари-Кембриджской модели, в которой врач и пациент занимают равные позиции. Задача врача — выслушать пациента, понять его позицию, страхи и опасения, отнестись к ним с уважением и затем предложить вместе выбрать стратегию лечения. Это полная противоположность распространенной в России модели коммуникации, в которой решение принимает врач и ставит пациента перед фактом. В России врачи обычно боятся и часто не умеют сообщать тяжелый диагноз, говорить о прогнозах. По советской традиции некоторые врачи сначала предпочитают поговорить с родственниками, которые могут попросить не говорить правду. В истории болезни делается отметка, что говорить диагноз запретили родственники.

После возвращения в Россию Анна еще раз поехала на обучение в Англию — в Кембриджский университет, за свой счет. Там Анна получила сертификат тренера Европейской ассоциации по общению в медицине. В декабре 2013 года Анна открыла медицинскую школу коммуникации «СоОбщение». У нее на курсах можно научиться делать паузы, структурировать речь, сообщать сложные диагнозы, сочувствовать.

В год в школе «СоОбщение» обучение проходят несколько сотен медицинских сотрудников из разных регионов. В том числе — врачи и медсестры центра «Три сестры». Раньше учиться приходили и сотрудники хосписов, но после конфликта с руководством московской структуры паллиативной помощи сотрудничество прекратилось.

Куратив — активное лечение с целью победить болезнь.
Паллиатив — медицинская и психологическая помощь человеку с неизлечимым прогрессирующим заболеванием с целью улучшения качества жизни.

«Когда я получала диплом в Кардиффе, я думала, что смогу как врач паллиативной помощи применять эти знания на практике. Но в российской государственной системе такие специалисты сейчас не нужны. К сожалению,

не все пациенты оказываются в хосписе по собственному решению. Их переводят, если лечащий врач считает, что куративное лечение пора прекратить. Не пациент принимает решение о том, что он хочет получать помощь в хосписе, с ним не обсуждают разные варианты. И еще страшнее, что не все пациенты понимают, где они оказались. Некоторые из них думают, что они в больнице и лечение продолжается», — рассказывает Анна. — Я не могу работать с людьми, которые используют свою власть, требуют подчинения. Не выношу дилетантство и авторитаризм ни в каком виде. И мне очень жаль, что со своим дипломом и знаниями я не могу быть сейчас полезной в паллиативе. Я чувствую, что не в полном объеме вернула услугу, которую мне оказала Галя Чаликова, и это меня продолжает расстраивать. Была мысль уехать за границу, работать медсестрой, но я не уверена, что это правильное решение».

Сейчас Анна работает педиатром в клинике «Чайка». Приемы расписаны. Поток увеличился после того, как четыре года назад вышло интервью с Анной на «Правмире» про пользу прививок и страхи родителей. Иногда в день записаны 12 человек, и почти все спрашивают про вакцинацию. На вопрос о том, почему интервью имело такой успех, Анна отвечает: «Сработали коммуникативные навыки». Оказалось, что искренность и умение слушать вызывает доверие не только к врачу, но и к прививкам, которые врач рекомендует.

Что делать, когда твой ребенок заболевает

Сотни раз Анне приходилось сообщать пациентам серьезные диагнозы. Сложнее и страшнее всего — сказать о диагнозе собственному ребенку, у которого обнаружили опухоль мозга. «Когда мне сообщили, я думала, что этого не может быть. Я так много с этим работала, и это мне тоже выпадает, — вспоминает Анна. — Я рассказала дочери в этот же день, через несколько часов. Дольше скрывать я не могла».

Во время активного лечения Анна сопровождала дочь в больнице. Врачи и медсестры, которые на конференции воспринимали бы Анну как коллегу, в отделении нейрохирургии не хотели слушать ее советов и просьб как от мамы пациентки.

Анна обратила внимание, что всем детям после операции ставят уколы внутримышечно, хотя у всех до выписки установлен венозный катетер. «Стоит ли причинять боль уколами два раза в день, когда можно вводить лекарство через вену? Организовать это ничего не стоит. Но они не понимают, если здесь всегда делали уколы, почему это вдруг стало проблемой», — говорит Анна. На Западе пациентов принято переводить на таблетки, капсулы и пластыри.

Боль — одна из самых значимых для пациента проблем. В американской системе здравоохранения есть принцип, что боль должна быть купирована любой ценой. В России же боль принято терпеть, особенно если пациент активно лечится. И врачи боятся попасть под закон за назначение сильных обезболивающих.

Чтобы обезболить дочь, Анна приглашала знакомого анестезиолога. Но и он оказался бессилён. Быстродействующий морфин, указанный в системе обезболивания ВОЗ, применять в лечебном отделении в России крайне сложно — слишком много бумаг, подписей, согласований, правил введения, учета и хранения ампул.

«Послеоперационное обезболивание — это анальгин и тавегил по требованию. Сильную боль эти препараты не снимают. Когда я пришла в ординаторскую и попросила обезболить, ответ такой: "Поверьте, это не такая боль, которая требует сильных обезболивающих". Как это может быть? После операции на слизистых оболочках полагается полноценное обезболивание по часам. Череп вскрывали человеку, мозговые оболочки разрезали. Главный постулат о том, что боль — это то, что пациент называет болью, не работает. Дети плачут от боли. Как медсестры реагируют на это? Ой, ладно-ладно! Мама тебя рожала — терпела!

Вот и ты потерпи! Или: мама эпиляцию делает, знаешь, как ей больно? И мамы подхватывают, кивают. Мне очень трудно представить, как можно одновременно спасти жизни и плевать на боль. Это злит меня больше, чем проблемы в коммуникации».

Путь к мечте

В детстве Анна пела в хоре, играла на фортепьяно, играла в театре. В девятом классе перед Анной встал выбор — вокал, юридический факультет или медицина.

«И я решила, что надо такую профессию, чтобы мир прям спасать, а не артистом каким-нибудь быть. Миллион раз потом пожалела об этом решении. В медицине мне всегда не хватало творчества. И сейчас я наконец-то следую этому пути», — рассказывает она.

Несколько лет назад Анна стала заниматься вокалом. Сейчас она берет уроки у оперной певицы Татьяны Куинджи. Каждый день Анна старается заниматься по два часа.

«Пение — это единственное, что позволяет полностью отвлечься. Дочери у меня тоже поют, сами, какие-то современные песни под гитару или укулеле. Моей страсти к барочной музыке не разделяют. Я бы хотела поступить в консерваторию, петь в опере. Осталось выяснить, можно ли не сдавать ЕГЭ при поступлении в консерваторию».





Редактируя человека

Наш мир все больше и больше напоминает то, что описывали фантасты в своих романах еще сто лет назад. Да, мы не покорили Марс, роботы и искусственный интеллект не делают за нас всю работу, старость все еще не побеждена, как и многие болезни — но движение в этом направлении все ускоряется и усложняется. Многие из того, что для нас привычно, еще десять лет назад казалось невозможным. Рассказываем о последних открытиях и главных трендах в медицине в 2019 году.



Текст:
Марина Дадыченко,
журналист

Основным трендом современной науки продолжает оставаться редактирование генома. Новая эра началась с разработки в 2012–2013-х годах метода Crispr-Cas9, позволяющего вырезать дефектные участки ДНК и заменять их на нужные ученым. Эта технология открыла широчайшие возможности для исследований, лечения генетически-зависимых заболеваний, создания генно-модифицированных организмов, в том числе — и человека.

Первым людям с измененным ДНК в октябре 2019 года исполнился год — это китайские близняшки, известные под именами Лулу и Нана.

• Хэ Цзянькуй, ученый, модифицировал ген CCR5 в их ДНК, сделав девочек иммунными к ВИЧ. Это вызвало международный скандал и подняло волну этических вопросов, связанных с непредсказуемыми последствиями изменения ДНК. Мутация в ДНК девочек передается дальше по генетической линии, и проследить последствия будет очень непросто. Хэ Цзянькуя уволили из Южного научно-технологического университета и начали расследование.

В июне 2019 русский ученый Денис Ребриков заявил, что планирует повторить эксперимент китайского коллеги, что также вызвало скандал, после чего планы ученого изменились. Теперь он собирается отредактировать зародыши, чтобы избавить их от наследственной глухоты. Однако в данном случае эксперимент будет проводиться ex vivo — женщине-донору не будут пересаживать отредактированные эмбрионы.

• В этом году компании Vertex Pharmaceuticals и CRISPR Therapeutics продолжали исследовать болезни крови — бета-талассемию и серповидно-клеточную анемию. Обе болезни связаны с мутациями в гене гемоглобина. Терапия предполагает модификацию генов: ученые забирают часть клеток, заставляют их производить детский (фетальный) вариант гемоглобина, а затем возвращают их пациентам. В ноябре 2019 стали известны предварительные результаты — пациентке с бета-талассемией за 9 месяцев терапии не потребовалось переливать кровь (до этого — 16,5 процедур в год), а у пациентки с серповидно-клеточной анемией первые четыре месяца после начала терапии прошли без закупорки сосудов дефектными эритроцитами (что ранее случалось, в среднем, 7 раз в год).

Иллюстрации: Мария Толстова



Ксенотрансплантация — пересадка органов с отредактированными генами от животных к человеку может стать реальностью лет через пятнадцать.

• Другим важным вопросом последнего десятилетия остается суперинфекции. Они не реагируют даже на самые мощные антибиотики, и пациент остается без надежды на выздоровление. В 2019 году впервые вылечили пациента с такой суперинфекцией с помощью генно-модифицированного бактериофага (вируса). 17-летняя британка Изабель Холдауэй заболела после трансплантации легкого, и ее родным пришлось согласиться на экспериментальную терапию. Весомым преимуществом такого метода является высокая избирательность бактериофагов — в отличие от антибиотиков, они уничтожают только целевые, патогенные бактерии, и не трогают все остальное.

В октябре 2019 парализованный пациент, известный под псевдонимом Тибальт, смог пройти несколько метров, используя управляемый импульсами мозга экзоскелет. Для этого французские ученые поместили в его мозг два импланта с 64 электродами.

• Британские исследователи заставили искусственную руку чувствовать. Они подключили микроэлектроды протеза к сохранным нервным волокнам ампутированной руки Кевина Валгамотта. Теперь, благодаря импульсам, передающимся в мозг, он чувствует различия при прикосновении к различным предметам. И, соответственно, может моделировать силу своего воздействия.

• Ученые научились восстанавливать зубную эмаль, используя кристаллы гидроксиапатита. Во время эксперимента за 48 часов на зубе, поврежденном кислотами, вырос слой гидроксиапатитовой эмали, которая по своим свойствам не отличается от здоровой человеческой.

Из Франции с любовью — к неврологии

Два года невролог клиники «Три сестры» Мария Прилепина провела во Франции — на стажировке в больнице города Кольмар, в регионе Эльзас. Мы расспросили Марию об этом опыте и о том, как изменились ее взгляд на профессию и она сама.



Интервью:
Наталья Зайцева,
журналист



Фото: Дмитрий Стеценский

Мария уезжала во Францию молодым специалистом — после окончания института и ординатуры она успела поработать всего год — в Боткинской больнице и в поликлинике. А вернулась уверенным врачом с научными достижениями:

помимо работы в больнице Кольмара, Мария ездила на конгресс J.N.L.F.* с постерным докладом, проходила межуниверситетскую программу D.I.U.* по памяти и нарушениям памяти и писала научную работу о болезни Альцгеймера.

Как вы оказались во Франции?

У меня был молодой человек, который учился в Бауманке, там есть система контактов с Францией. Ему предложили двойную аспирантуру: там и здесь. Я тоже начала что-то искать во Франции. В итоге мы с ним расстались, но я нашла стажировку для врачей и ординаторов из стран, которые не входят в Евросоюз (D.F.M.S.A. — Diplômes de Formation Médicale Spécialisée Approfondie). У меня были некоторые знания французского языка, но не прям парфе. Я решила, что быстренько доучу французский и сдам экзамен на необходимый уровень B2. Послала документы и ждала. Прислали ответ, что первый этап пройден, выбирайте место. Я выбрала городскую больницу в городе Кольмар. Моя должность называлась Faisant fonction d'interne (F.F.I.)- выполняющий функции интерна. Первые две недели я постоянно плакала и была готова плюнуть на все и вернуться обратно. Но через два месяца уже все было хорошо. У меня была поддержка — я списалась с психиатром, она уехала по той же программе. Я изучала опросники для пациентов, учебники по медицинскому французскому, до вечера сидела на работе над книгами — французские коллеги удивлялись, потому что у них не принято задерживаться на работе.

Как на вас реагировали пациенты?

Я не первая иностранка, которая там работала. Если мне что-то было непонятно, я переспрашивала. И пациенты — тоже. Я понимаю, что не всегда говорила корректно, но их это не смущало. В регионе Эльзас свой диалект: у них нет произношения четко в нос. Поэтому можно было сказать, что я из Эльзаса. К тому же был старший доктор, который мог помочь.

В чем отличие французской системы от российской?

Там такой подход у врачей к общей базе: все знают все, но специалисты в своей области. Мне кажется, это очень правильно. Еще удивило меня то, что пациент обычно привязан к одному доктору. У них нет поликлиник в том понимании слова, которое существует у нас. Врач, который работает в больнице, ведет пациента и после выписки. Даже если предыдущий лечащий врач пациента живет в другом городе, ему можно позвонить, получить по факсу все документы. Даже можно позвонить в аптеку и попросить список медикаментов, которые получал пациент.

Есть какое-то отличие во врачебной этике?

Да. Есть отличие в этике между всеми людьми вообще. Ну и во врачебной тоже. Во-первых, повсеместное проявление эмпатии в медицинских кругах. Во-вторых, в обязательном порядке умение объяснить сложные вещи, медицинские термины простыми словами. Ну и - партнерские отношения с пациентом, когда вы вместе боретесь с заболеванием. Сейчас я наблюдаю, что в «Трех сестрах» врачи соблюдают эти принципы.

Сейчас вы работаете в реабилитации. Как устроена реабилитация пациентов во Франции по сравнению с Россией?

Во Франции, поскольку я работала в больнице, я видела только ранние этапы реабилитации. То, что у нас в больницах только зарождается, у них уже существует: это мультидисциплинарный подход — который практикуется и в клинике «Три сестры».

Реабилитация там начинается в больнице. Например, поступает лежащий пациент — его, если нет противопоказаний, начинают вертикализировать в постели уже на второй-третий день: поднимают на тридцать градусов, потом на сорок пять, на шестьдесят. Дальше: у них в больницах есть социальный работник, который участвует в совещаниях мультидисциплинарных бригад. Он организует помощь на дому или находит учреждение, которое возьмет на себя дальнейшую реабилитацию. Может даже организовать госпиталь на дому с аппаратом ИВЛ. Это все покрывает социальная страховка.

Надо еще оговориться, что у них первичное звено хорошо работает на профилактику инсультов, поэтому у них не так много тяжелых пациентов после инсульта в сравнении с Россией.

Изменились ли ваши увлечения и взгляды после Франции?

До отъезда во Францию я успела купить мотоцикл и получить категорию А. Мотоцикл у меня есть до сих пор. Но после поездки во Францию я поняла, что ездить в России на мотоцикле крайне небезопасно. Если хочется адреналина, прошу моего друга-мотоинструктора покатавать меня — так безопаснее. ☺

* Les Journées de Neurologie de Langue Française — конгресс, цель которого продвигать и развивать неврологию во Франции и франкоязычных странах

* Курс дополнительного образования, который организуют несколько медицинских факультетов в разных городах, и учеба проходит то в одном месте, то в другом. Курс, который проходила Мария, назывался Mémoire normale et pathologies de la mémoire (Нормальная память и патологии памяти) Страсбург-Нанси.

СТРОИТЬ — ЭТО ДРАЙВ

10 лет назад строительная компания «Эра» построила клинику «Три сестры». Илья Беспалый, исполнительный директор компании «Эра», и Анна Симакова, управляющий партнер «Трех сестер» дружат до сих пор. Мы поговорили с предпринимателями о том, что их объединяет, почему строительный рынок продолжает оставаться

диким и как совмещать
бизнес и искусство.

Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор



Как строили клинику

Мы встречаемся с Анной и Ильей в кафе. Илья входит решительным шагом, через плечо надета поясная сумка. «Ты носишь ее, как мой сын, — замечает Анна. — Все потому, что ты современный!» До того, как я включу диктофон, они успеют обсудить интервью Дудя с астрофизиком Батыгиным, Анна попросит совета, ставить ли плинтусы в новой квартире, пригласит Илью на премьеру своего документального фильма в январе и расскажет, что клинике нужен новый бассейн для акватерапии.

Расскажите, как вы познакомились.

Анна: Мы были старт-апом с минимальным количеством денег, и нам надо было найти подрядчика, чтобы построить клинику. Мы забили в Гугл — найти строительную компанию. Мы остановились на «Эре», потому что у них был хороший сайт — это раз. Два — они были молодые, хорошо рассуждали, несмотря на то, что опыта строительства медицинских учреждений у них не было.

Илья: Да, мы строили малоэтажку.

А: Но я тогда почувствовала, что есть у них такой же драйв развивать свою строительную компанию, какой

и у нас — развивать свою клинику.

Здесь просто было какое-то попадание, и я поняла, что мы из одного теста и сможем договориться.

И: Я это ощущение тоже тогда поймал. Хотя для нас это был 100% новый кейс. Да, с точки зрения конструктива коробки — мы это уже делали, но это же медицина: все системы жизнеобеспечения должны быть фактически продублированы, запасы мощности и так далее. Нужно было тянуть электричество, проводить канализацию. То есть это был вызов, однозначно.

Как шло строительство?

А: Быстро. Но мы недооценили объем трат, и ближе к концу у нас закончились деньги. Это была такая развилка... либо останавливаться, либо каким-то героическим образом это все доделать. И тогда Илья с партнером вложили свои деньги в стройку первого корпуса.

И: (отпивает кофе и изображает на лице печаль) Ведь с нами могли и не рассчитаться.

А: (серьезно) Конечно. Да, мы все милые ребята, но когда встает вопрос миллионов...

И: Я бы уточнил — десятков миллионов.

А: Да. Двух.

И: (Нарочито качает головой) Двух десятков! Мы ужасно рисковали.

А: У нас был план, как возвращать эти деньги — из НДС. Когда частный бизнес занимается стройкой, приходится платить большой НДС, но потом ты можешь его вернуть. Мы занялись сбором документов, то есть мы все сделали по закону и вернули эти деньги. В этом не было ничего особенного, но до конца никто не был уверен в том, что это возможно.

И: Да, все вернули. Какая пьянка потом была...

Анна: Мы собирались каждую неделю, и там висела табличка, на которой инженер объекта выводил: до сдачи объекта 144 дня. Клинику построили недорого и очень быстро. За год.



Как сейчас обстоят дела в строительном бизнесе?

И: Я живу в концепции, что мы не делаем экономику, мы ее часть, потому что в нашей стране она создается не рынком. Во всем мире — и у нас это тоже так — стройка это первая индустрия, которая реагирует на экономические проблемы. Рынок дикий. Потому что эта деятельность очень сильно закредитована, очень дорогая и нуждается в быстрой реализации. Крупных строительных компаний с грамотно построенным графиком и рабочими инструментами — единицы. Поэтому те, кто не хочет участвовать в строительстве очередных потемкинских деревень, начинают заниматься своим делом. У нас получилось, я считаю. В 2020 году нам будет 12 лет. Это немало по московским меркам. Самый комфортный заказчик для нас — это растущий бизнес.

А: Такой, как мы.

И: Он совсем по-другому относится к делу. Он на драйве от того, что растет прямо у себя на глазах. Он на драйве от того, что у него получается интерьер, который он задумал.

А: Да, это точно! Я помню свои ощущения. С 2010 по 2012, вот эти два года жизни, два

корпуса, когда стройка, пыль, вагончики, строители, каски. И ты просто живешь мечтой, которая непонятно — сбудется или нет. И когда появляется отделка, уже не верится, что до этого были кирпичи.

Анна: Главный вопрос, который стоит перед предпринимателем, — готов ли ты к постоянным качелям — сегодня жить в успехе, а завтра в кризисе.

И: Это крутейший драйв. С окончания черного исполнения, планировочного решения или когда уже растянули инженерку, когда проявилась архитектура, я уже вижу, что и как будет. Казалось бы — еще грязь, нет ничего, но ты уже чувствуешь будущее пространство. Это нереально круто!

А: Илья говорит про свой кайф от стройки с таким же трепетом, как и про музыку. Илья, расскажи про свою музыкальную группу.

Быть или не быть художником

Анна и Илья похожи тем, что оба параллельно с бизнесом занимаются творческой практикой, и для них это не просто хобби. Анна — кинорежиссер, автор нескольких игровых и документальных фильмов («Близкие люди», «Это мой папа», «Он любил три вещи на свете»). Илья — музыкант, солист группы «КАКРАНЬШЕ», играет софт-рок, регулярно выступает с концертами в московских клубах.

Это вообще реально — быть предпринимателем и одновременно художником?

А: Конечно. Вопрос в том, насколько ты себе позволяешь быть и тем, и другим.

И: Я изначально хотел быть музыкантом. Где-то к курсу пятому мы были уже известной группой в университете, в Бауманке, играли в «Точке», «Б-1», «Табула Раса». В какой-то момент, это был 2003 год, стало ясно, что нужно заниматься или только этим, или вообще бросать. И я уговорил себя, что буду жить обычной жизнью. Переживал это очень долго.

А: Он переживает про все. Илья пессимист, его любимая фраза — «Я же говорил, не получится». А потом он просто строит,

и это круто. Одновременно с этим у него проходит концерт.

И: У нас мало концертов.

А: У него есть новая квартира...

И: Квартира у меня маленькая...

А: ... отличная семья, он много путешествует.

И: ... и путешествую я редко.

Смеются.

А: При этом, у него есть своя группа!

И: Если серьезно, это упущенный путь.

Не возможность, а путь. Аня по-другому на это смотрит, и она во многом меня вдохновила. Я говорю искренне, не потому, что мы здесь сейчас вместе. Она в какой-то момент начала всерьез заниматься кино. Поступила в «Московскую школу кино» — это профессиональный рост фактически с нуля. Она говорит, что можно совмещать. Мне кажется, полноценно — нет.

А: Я вижу это совсем по-другому. Это не вопрос совмещения. Это просто есть в тебе. Например, ты же можешь быть отцом? Одновременно с тем, что ты строишь или пишешь песни.

И: Отец — это не профессиональная деятельность.

А: Это же часть тебя. Ты что, не вкладываешь время, не вкладываешь ресурсы в ребенка? Более того, мне, например, в режиссуре было бы нечего делать, если бы у меня не было какого-то бэкграунда извне, если бы я не видела, как живут люди.

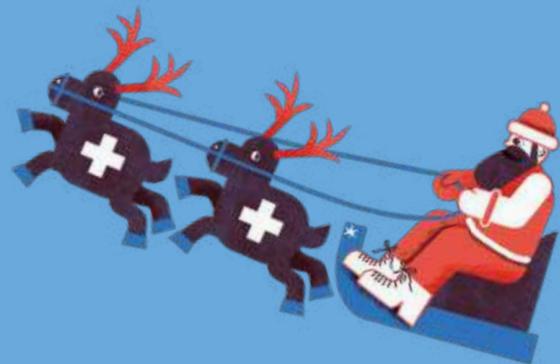
И: Для того, чтобы делать музыку, нужно очень много вместе играть. Мы играем такую музыку, в которой очень важен звук. Ты должен играть, генерить. На это времени не хватает. Мы в студии очень редко собираемся.

А: Про время я согласна. Последнее игровое кино я сняла в 17-м году. Но зато сейчас я закончила документальный фильм, который я параллельно делала три года. А для Ильи мы клип сняли осенью. И, кстати, где он?

И: Мы его пока не выкладываем, потому что у нас нет записи студийной.

А: (улыбается, разводит руками)

Все потому, что он не только пессимист, но еще и перфекционист. ☺



ДЕЖУРСТВО ДЕДА МОРОЗА

Новогодняя ночь — единственная ночная смена Деда Мороза и обычное дежурство для врача в больнице. Мы расспросили медиков, какие истории случались с ними в Новый год на работе, и часто ли происходили чудеса.



Текст:
Анастасия Мордвинова,
журналист

«Новогодняя ночь для нормального реаниматолога такая же ночь, как и любая другая, хоть у нас в отделении традиционно все украшено с самого начала декабря. В праздники начинается, конечно... Подарочки, блестящая мишура на халатах. В тот год почему-то пластиковые маски с ушами были — год зайца встречали, видимо. 30-го числа к нам поступил пациент с алкогольным отравлением. Веселый такой дедушка. Интоксикация, все как обычно. Наступает 31 число, и кто-то из посетителей, видимо, предложил нашему пациенту выпить за здоровье. Состояние его пошатнулось. Ближе к полуночи он начал звонить своим друзьям. «Я тут из-за Сашкиной браги в больницу попал, вернусь — пришибу. Сижу тут как дед Мазай, зайцы кругом одни! Ну, с Новым годом!» На следующее утро оказалось, что жена всю ночь искала пациента по ветеринарным больницам».

**Светлана Иванова, анестезиолог-реаниматолог
Медицинский центр «Юго-запад», Санкт-Петербург**

«В 2005 году я работал в многопрофильном медцентре в Беслане. 31 декабря к нам поступил пациент после автомобильной аварии: на федеральной трассе М легковушка въехала сзади в машину с грузом елок. Одна елка пробила лобовое стекло, а следом проткнула пассажира рядом с водителем. Ствол вошел правее пупка и вышел через правую поясничную мышцу. Кишечник не пострадал, нижняя полая вена осталась целой в сантиметре от дерева. Ёлку извлекли, на ревизии никаких повреждений органов брюшной полости. Врачи ушили ему брыжейку кишечника (отвечает за крепление внутренних органов к задней части стенки живота) и обработали раны. Пациент выписался быстро и в совершенном порядке».

**Сослан Губаев, реаниматолог
Клиника «Три сестры», Москва**



Иллюстрации: Рита Черепанова



«В Новый год был у меня такой случай, правда, давно, лет 15 назад. В наше дежурство из Амурского поселка беременную женщину с кровотечением на санях привезли. На упряжке! Там ехать-то всего ничего, но не могла машина пройти. Муж пешком шел, ее на лошадях везли. А в гинекологии никого нет. А мы же не акушерки, обычные медсестры! Что делать? Пришлось роды принимать. Ну ничего, выходили «снегурочку», родила мальчика!»

**Виктория Савина, медсестра
Центральная Городская Больница, Бийск**

«Девушка поступила к нам за неделю до праздников с закрытым переломом руки. И когда ее обследовали, обнаружили опухоль. На следующий день я ее не узнала. Было такое чувство, будто она за ночь килограммов на пять похудела — и без того тонкая, бледная. Она не ела и не разговаривала. Подозревали онкологию, я взяла у нее анализы. 31 декабря пришел ответ — диагноз не подтвердился. Помню ее глаза — она говорила со мной так, будто это я лично ее спасла. Анализы, в которых все в норме, — это и было чудо».

**Алла Власова, медсестра
Больница № 36, Кронштадт**

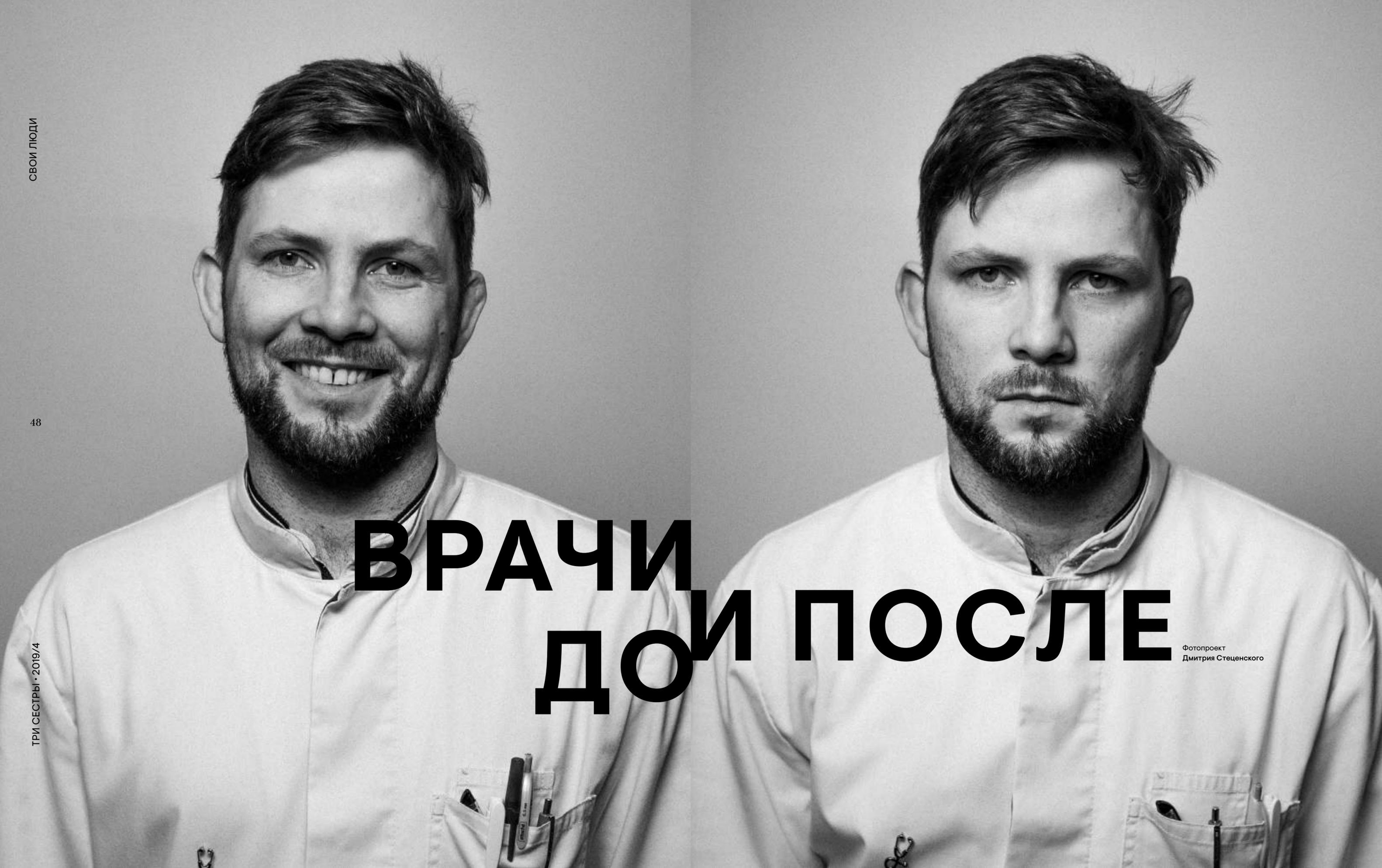
«Год назад приехала к нам утром 31 декабря пара на партнерские роды. Такие дружные, счастливые. В предродовой палате мы с роженицей разболтались, она переживала, что рожать в канун Нового года это плохо. Она была твердо намерена родить 3 января, по плану. Неожиданно, вечером, у нее начались схватки. Она хватала меня за руку и говорила: «Нет, это тренировочные, я не могу родить в Новый год!». Не прошло и четырех часов, как она благополучно родила двойню. Двух девочек с разницей в 11 минут. Одну в этом году, другую в прошлом».

**Елена Кобзарь, акушерка
Родильный дом № 17, Москва**



ВРАЧИ ДО И ПОСЛЕ

Фотопроект
Дмитрия Стеценского



Найди отличия

Мы придумали фотопроjekt «Врачи до и после» как попытку зафиксировать опыт одного рабочего дня. Из чего складывается 8 часов врача в клинике, чем мы можем посчитать этот опыт? Количеством пациентов? Количеством трудных решений, принятых за эти часы? Может ли изменившийся взгляд или расстегнутая пуговица рассказать о событиях, скрытых от нашего взгляда?

Мы подошли к задаче максимально честно и фотографировали сотрудников клиники «Три сестры» в начале и в конце дня. По нашей просьбе они установили приложение для подсчета шагов и записали, сколько раз в течение дня совершают привычные действия: встречаются с родственниками пациентов, отправляют сообщения, выходят в интернет, пьют кофе. Казалось бы, это почти одинаковые фотографии. И все-таки нет.

← Фото на предыдущей странице:

Дмитрий Сумин

Кардиолог

пациентов	21	сообщений	0
бесед с родственниками	9	выходов в интернет	4
трудных решений	0	чашек чая или кофе	4
		шагов	2500
			<small>+ ездит по клинике на самокате</small>

Екатерина Усенкова

Логопед

пациентов	13	сообщений	7
бесед с родственниками	13	выходов в интернет	2
трудных решений	3	чашек чая или кофе	3
		шагов	6000



Дмитрий Артемов

Физический терапевт

пациентов	6	сообщений	3
бесед с родственниками	3	выходов в интернет	7
трудных решений	4	чашек чая или кофе	2
		шагов	12000



Сергей Иваненко

Старший физический терапевт

пациентов	7	сообщений	24
бесед с родственниками	4	выходов в интернет	0
трудных решений	5	чашек чая или кофе	2
		шагов	11500



Наталья Базаджи

Старшая медицинская сестра

пациентов	13	сообщений	19
бесед с родственниками	3	выходов в интернет	6
трудных решений	2	чашек чая или кофе	4
		шагов	10000



Любовь Николаева

Невролог

пациентов	13	сообщений	8
бесед с родственниками	4	выходов в интернет	2
трудных решений	0	чашек чая или кофе	1
		шагов	5200

Иван Колбин

Нейроуролог

пациентов	12
бесед с родственниками	4
трудных решений	0
сообщений	8
выходов в интернет	3
чашек чая или кофе	2
шагов	8000





Елена Григорова

Старший эрготерапевт

пациентов	6
бесед с родственниками	6
трудных решений	1
сообщений	17
выходов в интернет	3
чашек чая или кофе	1
шагов	7200



Ксения Воронина

Нейропсихолог, специалист по альтернативной коммуникации

пациентов	8	сообщений	много
бесед с родственниками	6	выходов в интернет	много
трудных решений	8	чашек чая или кофе	1
		шагов	6884



Елена Фомичева

Медсестра

пациентов	40	сообщений	10
бесед с родственниками	4	выходов в интернет	0
трудных решений	1	чашек чая или кофе	1
		шагов	10500



Три сестры



Мы возвращаем простые радости