

ЖУРНАЛ О КУЛЬТУРЕ ЗДОРОВЬЯ

# ТРИ СЕСТРЫ

2022°6



ХРУПКОЕ РАВНОВЕСИЕ



Качественная ранняя реабилитация — дорогая медицинская услуга. Пациенты вынуждены продавать имущество, брать кредиты, искать любые возможности для своевременной реабилитации. Благотворительные фонды — иногда единственная поддержка для людей, оказавшихся в беде. Этой теме мы посвящаем новый номер нашего журнала.

Рассказываем о психологии филантропии. О работе и мотивации волонтеров. Об историях пациентов, которые восстанавливались за счет средств благотворителей. О воздействии семьи на процесс лечения их близких. Приводим комментарии врачей об осложнениях, которые случаются при непростых диагнозах, и о том, к чему нужно быть готовым пациентам и спонсорам. Знакомим с ключевыми фигурами в медицинской благотворительности.

Нам важно, чтобы гуманистические ценности заботы, поддержки, любви, добра оставались в нашей пошатнувшейся жизни. Помогать беззащитным и более слабым, заниматься созиданием, социально значимой деятельностью — способ пережить тревогу, страх и неопределенность. Выберите понравившийся вам фонд и начните его финансировать, сколько можете. Это будет наш с вами вклад в хрупкое равновесие, о восстановлении которого мы так сильно мечтаем.

Анна Симакова,  
управляющий партнер  
клиники «Три сестры»

## О редакции

Главный редактор  
Екатерина Бондаренко

Арт-директор  
Дарья Винокурова

Дизайнер  
Александра Дмитриева

Корректор  
Екатерина Хрулькова

Цветокорректор  
Анна Ставрианиди

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», № 6, 2022 г.  
Отпечатано в России.  
Компания «Нетипография».

Подписано в печать 06.04.2022 г.  
Тираж 1 тыс. экз.

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

# Содержание

2022°6

## Хрупкое равновесие

Партнеры? Союзники! | 4  
Обзор благотворительных фондов-  
партнеров клиники «Три сестры»

Осложнения и откаты  
назад — это часть пути | 20

Разбираемся, почему нужно продол-  
жать реабилитацию, несмотря на риск  
осложнений и отсутствие видимых  
результатов

Почему люди жертвуют | 38

Читаем исследования специалистов  
в области психологии филантропии  
и выясняем, что побуждает людей  
становиться донорами

## Как это работает

Лечащий врач  
в реабилитации | 16

Управляющий партнер клиники  
«Три сестры» Анна Симакова — о том,  
каким должен быть врач, работающий  
в реабилитационном стационаре

Словарь врача | 18

Помочь близким это  
помочь пациенту | 28

Как поддержка семьи пациента  
становится частью процесса  
реабилитации

## Интервью

Марина и Эллина | 10

Мама пациентки клиники «Три сестры»  
Эллины Захаровой рассказывает о том,  
как удалось победить тяжелую  
болезнь дочери

## Факты

6 фактов о сотрудничестве  
клиники «Три сестры» с благо-  
творительными фондами | 8

## Спецпроект

Лера, Лерочка! | 24

Художник Лена Набокова нарисовала  
историю пациентки Леры Савиной  
глазами ее мамы

## Опыт

Наденьте маску сначала  
на себя | 32

Эксперт по корпоративной  
культуре Анна Хасина — о выгорании  
представителей «помогающих»  
профессий и о том, как его победить

Стратегия: волонтер | 34

Какой может быть волонтерская  
деятельность и что она дает самому  
волонтеру

Приходите завтра | 42

Ближайшее будущее отечественной  
системы здравоохранения:  
каким оно будет?

## Фигуры благотворительности

Виктория Агаджанова | 9

Анастасия Кириенко | 9

Маша Субанта | 30

Татьяна Апатова | 30

Екатерина Милова | 40

Екатерина Бартош | 40

Первые лица ведущих российских  
благотворительных фондов — о дости-  
жениях третьего сектора за последние  
годы и о том, как изменится работа  
фондов в ближайшем будущем

## Фотопроект

Фотосессия для всех  
желающих | 46

В объективе фотографа Татьяны  
Хессо — пациенты и сотрудники  
клиники «Три сестры»







# ПАРТНЕРЫ? СОЮЗНИКИ!

Количество партнеров — благотворительных фондов клиники «Три сестры» сегодня приближается к шестидесяти. Вместе мы помогаем людям восстанавливаться, придумываем программы обучения и просветительские проекты, а также рассчитываем на поддержку друг друга в сложные времена.

Ниже мы приводим список из десяти фондов, для которых реабилитация — приоритетное направление в работе.

 Количество подопечных фонда, прошедших за последний год реабилитацию в клинике «Три сестры»

 Как часто проходит рассмотрение заявок и сколько времени оно может занять

## Благотворительный Фонд помощи социально незащищенным лицам «Правмир»

 182  Ежедневно

Фонд оказывает медицинскую помощь взрослым и детям, если она не предоставляется государством. Работает горячая линия по правовой поддержке людей и организаций.

Реабилитация — одно из генеральных направлений работы фонда. «Правмир» стал одним из первых партнеров, сотрудничество с которым стало носить абонентский характер: специально для подопечных фонда в клинике выделены палаты, которые не заполняются, даже если свободных мест нет. Сделано это для того, чтобы фонд мог рассчитывать на свои места и планировать оказание плановой и экстренной реабилитационной помощи.

Последний год при поддержке Фонда Президентских грантов «Правмир» совместно с клиникой «Три сестры» проводит программу обучения региональных специалистов: физических терапевтов и эрготерапевтов.



Помощь от фонда могут получить люди независимо от их возраста и гражданства.

Обязательный документ для рассмотрения заявки — подтверждение того, что пациент обращался за помощью к государству.

## Правмир

[www.fond.pravmir.ru](http://www.fond.pravmir.ru)

## Фонд помощи взрослым «Живой»

 24  По мере поступления, рассматривается от 3 до 7 дней

Первый благотворительный фонд, который одиннадцать лет назад начал оплачивать реабилитацию пациентов в клинике.

Один из старейших и самых известных российских фондов с 2010 года помогает получить лечение и реабилитацию тяжелобольным взрослым в возрасте от 18 до 60 лет. Все это время фонд не только помогает пациентам адресно, но и работает над тем, чтобы менять к лучшему отношение людей к помощи взрослым и благотворительности в целом.

**Живой.**  
Фонд помощи  
взрослым

[www.livefund.ru](http://www.livefund.ru)

## Благотворительный Фонд Константина Хабенского



 24  По мере поступления

Благотворительный Фонд Константина Хабенского с 2008 года помогает детям и молодым взрослым с онкологическими и другими тяжёлыми заболеваниями головного и спинного мозга получать необходимую медицинскую помощь. Фонд оплачивает диагностику и лечение, организует реабилитационные программы, проводит информационную работу с аудиторией, с помощью курсов и тренингов повышает квалификацию врачей, а также помогает оснащать профильные отделения российских медицинских учреждений.

 **Фонд  
Хабенского**

[www.bfkh.ru](http://www.bfkh.ru)

## Благотворительный фонд «Клуб добряков»

 63  Ежедневно. Прием заявок на плановую реабилитацию, например, при ДЦП, происходит по графику

«Клуб добряков» — благотворительный фонд, история которого началась в 2013 году с частной благотворительной деятельности Маши Субанта, которая вела сборы в своем аккаунте в Инстаграме (социальная сеть Instagram признана экстремистской организацией и запрещена на территории РФ). Она собрала аудиторию добряков, которые стали откликаться на истории людей, нуждающихся в помощи.

Фонд рассматривает заявки на лечение и реабилитацию для тяжелобольных детей и взрослых. Заявки от людей, пострадавших в результате несчастного случая, рассматриваются в первую очередь.

Кроме адресной помощи фонд поддерживает покупкой оборудования и волонтерской помощью больницы, дома престарелых, кризисные центры, центры помощи малоимущим и бездомным.

Сегодня добряков больше 150 тысяч, волонтерские отделения клуба существуют в 59 городах.

 **клуб  
добряков**

[www.dobryaki.ru](http://www.dobryaki.ru)

## Фонд Против ДТП Благотворительный фонд памяти Николая Богатикова в поддержку пострадавших в ДТП\*

85 По мере поступления,  
рассматривается в течение месяца

Организован Санкт-петербургским предпринимателем Александром Богатиковым в память о младшем брате Николае, который 21 мая 2010 года погиб в ДТП.

С 2017 года Фонд помогает пострадавшим в ДТП проходить реабилитацию и приобрести медицинское оборудование, также поддерживает юридическими и психологическими консультациями. Кроме того, значительная часть работы фонда направлена на профилактику ДТП.

Фонд рассматривает заявки пациентов вне зависимости от давности получения травмы. Документы, подтверждающие факт ДТП, обязательны.

\* Дорожно-транспортное происшествие



www.protivdtp.ru

## Фонд по борьбе с инсультом ОРБИ

8 По периодам, раз в несколько месяцев  
Объявление о начале приема появляется на сайте

Фонд борьбы с инсультом ОРБИ — первый профильный фонд, который занимается проблемой инсульта в России. Фонд помогает людям, столкнувшимся с заболеванием, а также их близким и родным, поддерживает медицинские учреждения, проводит курсы повышения квалификации медицинского персонала. Кроме этого, фонд привлекает внимание общества к проблеме инсульта и важности его профилактики, рассказывает о симптомах заболевания и необходимости своевременной квалифицированной помощи в случае их появления.

# ОРБИ

фонд борьбы с инсультом

www.orbifond.ru

## Благотворительный фонд социальной поддержки и охраны здоровья граждан «Помощь»

19 По мере поступления,  
рассматривается от одного месяца

Фонд, основанный в 2017 году в Санкт-Петербурге, помогает детям и взрослым с тяжелыми диагнозами (редкими патологиями, расстройством аутистического спектра, онкологическими заболеваниями) получать лечение и реабилитацию. Также поддерживает людей в трудных жизненных обстоятельствах.

Для принятия заявки к рассмотрению потребуется оформленная инвалидность, подтвержденная справкой.



www.bf-pomosch.ru

## Благотворительный фонд «Предание»

15 По периодам, объявление  
о начале приема появляется на сайте

Фонд, созданный в 2009 году тремя частными лицами, помогает детям и взрослым с различными заболеваниями, многодетным семьям, сельским храмам, поддерживает социальные и просветительские начинания по всей России.

Фонд собирает деньги на реабилитацию пациентов с травмой позвоночника, полученной вследствие различных причин: ДТП, неудачные прыжки в воду — а также с заболеваниями, влияющими на работу опорно-двигательного аппарата.

Кроме помощи в восстановлении, фонд помогает с покупкой средств реабилитации и бытовых приспособлений.

Существует исключительно на частные пожертвования.



www.fond.predanie.ru

## Благотворительный фонд «Чистое сердце»

8 По мере поступления

Благотворительный фонд «Чистое сердце» был основан в Махачкале в 2011 году дагестанским политиком Ризваном Курбановым. С 2013 года фондом руководит бизнесмен и меценат Омар Муртазалиев.

Фонд поддерживает нуждающихся жителей Республики Дагестан продуктами питания и одеждой, юридическими консультациями и трудоустройством. Также фонд собирает средства для тех, кому нужна медицинская и жилищная помощь.

Реабилитацию за счет собранных фондом средств могут получить жители Дагестана вне зависимости от того, где была получена травма.



Чистое Сердце

www.fond05.ru

## Русфонд Российский фонд помощи

23 По мере поступления

Один из крупнейших благотворительных фондов России помогает тяжелобольным детям до 18 лет. Создан в 1996 году как благотворительная программа Издательского дома «Коммерсантъ». За годы работы Русфонд создал уникальную модель адресного журналистского фандрайзинга. Фонд регулярно публикует просьбы о помощи на страницах газеты «Коммерсантъ», рассказывает о подопечных на федеральных и региональных теле- и радиоканалах, благодаря чему миллионы россиян принимают участие в акциях Русфонда.



www.rusfond.ru



## 6 фактов о сотрудничестве клиники «Три сестры» с благотвори- тельными фондами



Автор:  
**Анна Симакова**  
управляющий партнер  
клиники «Три сестры»

1

В 2012 году, когда открылась клиника «Три сестры», пациенты могли лечиться там только за свои деньги. А сейчас половина пациентов (~50 человек в месяц), проходят реабилитацию с помощью спонсоров — благотворительных фондов, частных лиц и компаний.

2

Сейчас в списке партнеров клиники — 58 благотворительных фондов. У каждого своя стратегия. Кто-то много помогает адресно, а кто-то системно. Некоторые оплачивают лечение и покупают средства реабилитации, а кто-то дорогу до клиники. Часто фонды имеют четкую специализацию — по диагнозу, возрасту, профессии. Если раньше фонды в основном помогали детям, то сейчас многие поддерживают людей старшего возраста.

3

Количество благотворительных фондов каждый год растет. К крупным известным добавляются небольшие региональные фонды, которые постоянно поддерживают пациентов в реабилитации. Иногда пациент с тяжелой травмой приезжает к нам на реабилитацию сначала за свой счет. Одновременно он подает заявку в разные фонды и уже второй и третий курсы лечения проходит с помощью благотворительных средств.

4

В клинике «Три сестры» работает отдел по взаимодействию с благотворительными фондами. Координаторы помогают пациентам сориентироваться, в какой фонд лучше подать заявку, какие документы заполнить, сделать фотографии, соединяют пациентов, врачей и сотрудников фонда.

5

У благотворительных фондов строгие требования к отчетности клиники за каждого пациента. Кроме того, что мы оформляем стандартные и финансовые документы, мы часто снимаем мини-фильм об истории пациента. Так доноры фондов могут увидеть своими глазами, как они смогли помочь людям восстановиться и повысить качество жизни.

6

У клиники есть свои благотворительные места: в этом случае мы полностью финансируем лечение пациентов. Это осознанный выбор создателей и акционеров «Трёх сестёр».

# ФИГУРЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ

Каким третий сектор встретил весну 2022 года? Как изменившаяся реальность повлияла на сборы и стратегию благотворительных организаций, а также на их возможность планировать будущее?

Первые лица ведущих российских благотворительных фондов по нашей просьбе рассказывают о достижениях отечественной благотворительной сферы последнего времени, делятся ближайшими планами, а также отвечают на вопрос, что их поддерживает в работе и помогает не выгорать.



**Виктория Агаджанова**

должность	Директор Фонда помощи взрослым «Живой». Работает в фонде 9 лет.
образование	Журналист.
что поддерживает в работе	Сложные ситуации.

«Мое личное наблюдение за изменениями в сфере благотворительности за последние годы — я наблюдаю рост эмпатии, вижу, как выросло количество людей, доброжелательно настроенных к фондам, чувствуется, что кредит доверия к фондам вырос. В то же время люди стали более серьезно и ответственно подходить к пожертвованиям — они проверяют историю подопечного, им важно, куда пошли их деньги, они больше не готовы жертвовать потенциальным мошенникам. Удивительно, но тут помогли скандалы в благотворительности, благодаря им фонды стали тщательнее проверять истории и более ответственно относиться к отчетности.

Если говорить о тенденциях — есть тенденция ухода от адресной и переход к системной помощи. Поддержки крупных проектов, связанных с автоматизацией процессов, тенденция перехода в онлайн. Последние два года нам четко показали, что онлайн-продвижение и цифровые решения помогают сегодня фондам как никогда. С другой стороны, сегодня вообще сложно что-то планировать — каждый день появляются новые вводные данные, новые преграды. Мы стараемся не отставать, внедрять новые (точнее, хорошо забытые старые) способы привлечения средств и удержания доноров, но это все — такая своеобразная заплатка. Есть ощущение, что мы откатимся лет на 10-15 назад, и на то, чтобы нагнать весь остальной мир, уйдут годы тяжелейшей работы».



**Анастасия Кириенко**

должность	Директор Фонда Против ДТП. Работает в фонде 5 лет.
образование	Юрист.
что поддерживает в работе	Обратная связь от подопечных.

«Сейчас мы расширяем нашу команду, и очень крутой российский фандрайзер Настя Ложкина согласилась быть нашим ментором. Вместе мы планируем развивать профилактическое направление в работе фонда. Понятно, что при этом мы не уйдем от адресной помощи пострадавшим, но оставаться только в ней — значит ходить по кругу и никогда не выполнить нашу миссию. Мы хотим не просто способствовать снижению числа ДТП на дорогах России, наша миссия свести количество пострадавших буквально к нулю. В 2019 году в Осло пострадавших от ДТП не было — если это возможно в Норвегии, значит, это возможно и в России. Поэтому мы планируем идти к бизнесу с проектами по профилактике. Нам кажется, что тут огромное поле возможностей, и бизнес тоже найдет свой интерес в том, чтобы быть полезным, потому что в безопасности на дорогах заинтересован каждый.

Сегодня мы готовы к тому, что будет подорожание и оборудования, и услуг реабилитации, нам будет нужно собирать больше денег и уделять особое внимание фандрайзингу. Ясно, что работать станет сложнее в свете того, что ушла часть соцсетей, а значит, о нас будет узнавать меньше людей».



# МАРИНА И ЭЛЛИНА



Автор:  
Ольга Дарфи  
журналист

10

## Марина, здравствуйте! Вы сейчас где находитесь?

Я в Яровом, это такой город в Алтайском крае, мне на работу ходить надо, работаю на заводе «Алтайский Химпром». А Эллина в больнице опять, в Барнауле.

## Как вы сейчас? Как вы держитесь?

Не знаю, как. Вот вообще не знаю. Даже не знаю, как на этот вопрос вам ответить.

## А вся эта история началась тоже в Яровом, да? Эллине было шестнадцать...

Да. Это был 2020 год, 1 сентября мы пошли в школу, линейка. Вечером у нас традиция ходить семьями в кафе, все нормально. Второго она пришла и сказала, что у ближайшей подруги — температура, а у нас в городе как раз разгар ковида. Она испугалась, вдруг у нее ковид. Третьего пришла она, и к вечеру у нее температура — небольшая 37-37,2, это была среда. А в четверг и пятницу она все равно идет в школу, несмотря на то, что вечером температура. Она — отличница, амбициозная и очень мотивирована учиться. Хотя я ей говорила — Эллина, не ходи.

В воскресенье утром она проснулась и говорит: «У меня очень сильно болит голова, не могу терпеть». Я удивилась: «Прямо вообще не можешь?» — «Нет, не могу». — «Что, «скорую» вызывать?» — «Да». Я вызвала «скорую». Приехали, посмотрели, укололи анальгин, сняли боль. И после обеда ей стало легче, а к вечеру она

говорит: «Ну мне вообще хорошо, отлично себя чувствую, мы с подругой пойдем в Вайлдберриз». Ей новые вещи пришли, как удержишь. Эллина, говорю, пятнадцать минут, туда и обратно, дольше гулять не надо, только утром «скорая» была. И они уходят. Ее не было минут 45-50, наверное. Это долго для нашего городка, потому что Вайлдберриз рядом. А когда она вернулась, я стала спрашивать, почему так долго, и она так однозначно и совершенно безэмоционально повторяет «Я не долго. Я не долго. Я не долго», как робот. Я почему-то особо не обратила внимания. Но она уже была зациклена, взгляд в одну точку, и одно и то же говорит. С этим мы легли спать.

В понедельник я дома, предприятие вывели на удаленку. Она начинает мерить вещи, которые принесла вечером. Вот она надевает какую-то кофточку, заходит ко мне, ну я глянула, говорю, красиво. Она уходит и через какое-то время опять в этой кофточке: «Мам, ну как мне?» Я говорю: «Эллин, да красиво, нормально все». Она выходит. Потом заходит опять и как ни в чем не бывало: «Мам, посмотри, красиво?» Я уже злюсь немного, говорю: «Эллин, ну сколько ж можно, третий раз спрашиваешь! Я ж тебе сказала, что красиво!» А она: «Я вообще не была у тебя». Ну я пожала плечами. А потом она опять заходит в этих же вещах и говорит: «Мам, мне красиво?» Я говорю: «Ну, доня, сколько можно, ты уже заходила!» А она пожимает плечами и спокойно так: «Нет, мам, я вообще к тебе не заходила». И тут я понимаю, что это что-то ужасное.

Фото: Нина Чустрова



И у нее начинается какое-то возбуждение. У нее были шикарные волосы, густые, волнистые, она ими очень дорожила. А тут она заходит и говорит: «Мама, я хочу подстричься. Я сейчас пойду и подстригу волосы». И тут уже было заметно, что это ненормально, у нее взгляд так блуждает немного. Я не знаю, что делать. Говорю, хорошо, иди подстригай. Но она не пошла. И я позвонила сыну в Барнаул. Говорю, Саш, у Эллы что-то с головой. Причем что-то серьезно. Я начала ему это все рассказывать, плачу. Он сказал: «Мама, я приеду после работы». Когда я ей сказала, что Саша приедет, она легла в зале на пол, взгляд в одну точку и монотонно заладила: «Я жду Сашу. Я жду Сашу. Я жду Сашу». Если я что-то спрашиваю, то один ответ: «Я жду Сашу», ни на что не реагирует и только говорит эту фразу. У меня мурашки по коже.

К часу ночи приехал Саша после работы, утром мы поехали на КТ головного мозга в Славгород по знакомству. Ей сделали КТ головного мозга, КТ легких, отклонений никаких нет.

Когда мы оттуда вышли и ехали домой, она уже ничего не соображала и не помнила: «А где мы были? А куда мы едем? А кто это с нами? Что за дядя за рулем?» Это на Сашу, она его не узнавала! И возбуждение, и так все странно.

Ну мы стали искать в Барнауле прием, записали нас в Краевую детскую больницу на среду. Приехали домой, говорю: «Саш, мы ее в больницу не довезем, она сильно возбуждена».

#### **Возбуждена в каком смысле? Руками и ногами дергает?**

Нет, такое веселье, будто наркоман под кайфом, хохочет, громко говорит, жестикулирует. Нам посоветовали таблетки — фенибут. От них у нее еще сильнее началось все, просто кошмар, беснуется, начала танцевать. И с этим мы поехали в Барнаул, еле уговорили ее сесть в машину. Ну и в дороге был просто ужас — она не замолкала ни на секунду, бесконечные дурацкие вопросы одни и те же: «Кто нас везет? Зачем мы туда едем? А на чем мы едем?» Кричит: «Остановите! Дяденька, куда вы нас везете!» Она никого не узнавала, начались галлюцинации, мы с горем пополам доехали до Камня. Это город посередине между нами и Барнаулом. Нам пришлось туда заехать в больницу, она кричала: «Плохо с сердцем, у меня остановилось сердце!»

В больнице в Камне нас хорошо приняли, замерили температуру — 39,5, укололи жаропонижающее, гормональное что-то, вроде ей стало получше, мы опять в машину и дальше поехали. Но галлюцинации и дальше продолжают. Мы еле доехали до Барнаула, там переспали, ну как переспали, она уже не спала третью ночь, я вздремнула немного. А она всю ночь бубанила: «Маааааа, кто там в коридоре? Там кто-то есть в коридоре! Мам, там кто-то стоит!»

В 9 утра мы пошли на прием к неврологу, выпили специально жаропонижающее, чтобы пройти, иначе



бы нас не пропустили на входе. А Эллина с утра уже более-менее нормальна, всю ночь пробургадила, а сейчас уже ничего. Я говорю неврологу, у нее провалы в памяти, она ничего не помнит, в смысле, не помнит то, что было недавно. То, что было раньше, она помнит, они спросили, где учится, где живет, она ответила. Невролог сразу заподозрила энцефалит. Потом собрали консилиум, и на консилиуме была пожилая невролог, она сказала, это психическое заболевание. Сначала они хотели нас положить тут в неврологию, а у нее начался срыв — она стала кричать: «Я не буду ложиться, я не буду ложиться!». И все. Ее перемкнуло, она запсиховала, и вот тут на «скорой» нас повезли в психиатрию. В детскую краевую психиатрическую больницу.

Приехали туда, там ее посмотрели, сказали, что в детскую не положат, вызвали из взрослой психиатрику с мужиками, ну и нас повезли во взрослую. Там ее опять осмотрели, вопрос один — было ли у вас такое еще в семье? У нас ни у кого такого не было, это правда. Ну и взяли пробу на ковид. Ну и она уже вроде нормально себя ведет. Мы распрощались и ее увели.

Я еще пару дней была в Барнауле, а потом уехала домой. Они мне позвонили сами — мы не можем ее успокоить, она кричит и бьется в стену — «где я, где я?» Она и так ничего не помнила, а тут она одна, закрытая, ну просто кошмар! Успокоится на час, а потом снова и снова. Говорят, мы с ней устали. Она не успокаивается, и ничего ее не берет, никакие лекарства. Через три дня пришел пробный результат на ковид — тест поло-

жительный. Ее продолжали гасить препаратами. Не знаю, что там происходило, думать об этом не могу.

Я сама была в Яровом, у меня тоже начался ковид, меня не выпускают. В воскресенье позвонили мне из психиатрички и сказали, что переводят ее в ковидный госпиталь. Но они не сказали мне, в каком она состоянии. Они только сказали, у нее точно не наше заболевание, ее должны лечить неврологи. А когда мне позвонил врач из ковидного госпиталя вечером, он сразу сказал, ну то есть все... ее привезли уже в коме и с эпилептическими судорогами. Ну врач просто молодец, он вызвал сразу невролога из дома, это воскресенье, одиннадцать вечера, и в час ночи он мне позвонил и сказал: «У нее менингоэнцефалит, я сейчас ее быстро переведу в инфекцию».

*Этой же ночью ее переводят в реанимацию в инфекционную детскую больницу. И началось... я-то не могу поехать, у меня ковид. Туда звоню — у нее температура — 39,5, она в коме под ИВЛ, у нее отек мозга, в общем, надежды никакой не даем.*

Когда я приехала и меня пустили туда к ней, она была загружена наркозом, и она даже через эту загрузку услышала меня... слеза побежала у нее, и она начала двигать ртом, как будто бы даже что-то хотела сказать,

а глаза закрыты. И тут врач, тоже очень молодец, вот я говорю, все врачи — молодцы, ничего не могу сказать, они сделали все, что могли, просто такое редкое заболевание. Менингоэнцефалит у нее там вылечили, брали ликвор, он чистый от менингоэнцефалита. Но у нее остались судороги. Как убирают лекарства — начинаются судороги. С ИВЛ снять не могут, желудок не запускается, и тут они мне начинают говорить, что надо ее переводить в детскую краевую, где мы были на приеме изначально. Ну они свое дело сделали, инфекцию вылечили, а дальше пусть там смотрят, что с ней. Нас перевозят на реанимобиле в реанимацию в детскую краевую. Там запустили желудок, сняли с ИВЛ, подобрали противосудорожный препарат, судороги остановились. И всем сообщают, что мы идем на правку.

30 октября у нас идет «включка» по голове. Она открывает глаза и узнает меня. Через трахеостому она говорить не может, но немножко слышно, что говорит «мама», головой машет. 31 октября также все нормально. А когда я пришла 1 ноября — у нас опять чертики в глазах, взгляд в одну точку. Пугается всяких жестов, только я к ней наклоняюсь, так она боится. И все началось снова. Ее опять начали грузить барбитуратами. А потом начались... даже не знаю, как сказать, она соскакивала, и глаза делались такие бешеные...

#### **Получается, это были остаточные явления после энцефалита?**

Нет, ликвор у нее берут, несколько раз — никакого энцефалита нет, ликвор чистый. Ее грузят и грузят, толку никакого нет, температура, сердцебиение до 120. Тут мы с Сашей говорим, давайте консультацию с Москвой делать. И институт имени Сербского психиатрический сказал, возьмите ликвор на аутоиммунный энцефалит, NMDA. Берут ликвор, его делают восемь дней в Санкт-Петербурге, и приходит ответ — да, это он. И никто не знает, как так получилось. Одни врачи говорят, что он был изначально, кто-то думает, что ковид его включил или менингококк, или все вместе, или в разных комбинациях. Невролог из «Трех сестер», Любовь Геннадьевна, считает, что, возможно, они пошли параллельно.

Мы начинаем читать про него в интернете, это очень редкое заболевание, не знаю, был он у нас в крае или нет. И его провоцирует опухоль яичников, а потом уже и любые другие опухоли. Нам начинают делать УЗИ, находят опухоль на левом яичнике, даже две маленькие, и сразу — на операцию. Удаляют эти опухоли 11 декабря. В надежде, что пройдут все симптомы, очаг уйдет и мозг перестанет реагировать на эту заразу. Но у нас ничего не произошло. И заведующий реанимацией, дай ему Бог здоровья, договаривается со своим учеником в Москве, возьми, мол, девочку. И они нам дают добро. Это научно-практический центр специализированной помощи имени Войно-Ясенецкого. И там тоже в реанимацию.

Перелет очень дорогой, его оплачивает мне завод полностью. Она летит на каталке, полностью загруженная



наркозом, я, сын, два реаниматолога, купили отсек медицинский, и она на кровати. В полете ей было плохо, но врачи меня сразу предупредили, что все может быть, чтобы я никак не реагировала. Слышала, что кислород ей там дают, баллон брали с собой. Но долетели, Слава тебе Господи.

Прилетаем, там нас ждет «скорая». Республиканская детская больница выдала протокол лечения, и они вели лечение по нему. Благодаря Новосибирскому фонду мы купили первый иммуноглобулин, 150 000 рублей он стоит. Это врач договорился с фондом, чтобы нам его оплатили.

#### Вам врачи помогали фонды искать и все выходы на них?

Да, сначала врачи договаривались со всеми, потом Саша искал и писал везде. В общем, ей прокальвают иммуноглобулин, таблетки пьет горстями, а психи вот эти не прекращаются у нас. А потом говорят, ну все, мы свое дело сделали. Сделали ей МРТ контрольное, как мне сказал заведующий реанимацией, произошло чудо — у вас в голове нормально все, небольшие отклонения есть, но не такие, какие были при поступлении. Ищите реабилитационный центр, говорит, попробуйте «Три сестры».

Мы стали искать центр, сын ищет, я с утра до ночи с ней. Сын сказал, что написал во все центры, и нас нигде вообще не берут с такими характеристиками — трахеостома, гастростома, катетер мочевого и состояние психическое — не реагирует совсем, как овощ. И только «Три сестры» сказали — мы берем вас. Начали сбор денег в Яровом, учительница развесила в школе типа листовок, кто-то потом написал в интернете, в группы, и нам собирают деньги. Первый месяц мы оплачиваем сами. Потом в «Трех сестрах» нам уже посоветовали «Правмир», сын туда к ним обращался, и они нам согласовали и оплатили три месяца. Потом с деньгами уже все, мы хотели в июле уехать, денег не было совсем, но тут фонд «Кораблик» согласовал нам еще месяц.

Мы приехали в «Три сестры» 9 марта, абсолютно загруженные. Не говорили, вообще ничего, спали и спали, нас вначале в центре звали «спящая красавица».

#### А волосы-то остались?

Нет, волосы все выпали после сильных препаратов, остались три волосины, ну, когда светится голова. Так началась наша эпопея в центре «Три сестры».

Продвигаться дело начало, когда Любовь Геннадьевна снизила дозировку клоназепамы (транквилизатор, противосудорожное средство). Ночи были ужасные, психи идут, я вообще не сплю, врачи говорят мне, чтоб я хоть на пару дней уехала отдохнуть. Потом я взяла ночную сиделку, оплачивали отдельно. Так мы и двигались. Убрали мочевого катетер, потом трахеостому. А чудо совершили физические терапевты, сначала был Сережа с нами, а потом Игорь, он и поставил



ее на ноги. Занимались два раза в день. Она выполняла все их команды, она их слушалась, все сама делала, но все равно она была такая заторможенная, смотрела куда-то внутрь себя, но физические действия делала. В основном она ничего не понимала, просто как солдат выполняла действия, которые ее заставляли делать.

А сын искал выходы на международные клиники, чтобы побольше узнать про это заболевание, и нашел испанцев. Там есть клиника, где работает профессор, который открыл и лечил это заболевание, NMDA, очень редкую форму аутоиммунного энцефалита, который как раз и влияет на психику. У нас с ними и Любовь Геннадьевной было три консультации. Испанцы сказали — не лечите психику, лечите основное заболевание. Тогда продолжили нас лечить иммуноглобулином и гормонами, как сказали испанцы. Лечили нас уже по их схеме. А на второй консультации испанский доктор нам сказал, что мама пусть радуется, потому что после этого заболевания есть надежда на полное восстановление, а после других энцефалитов нет.

#### Сколько времени вы провели в центре «Три сестры»?

Полгода, 19 августа уехали домой. Научились там ходить, разговаривать, мыслить. Единственное, что не вернулось, когда мы уезжали, это краткосрочная память, но ее и сейчас еще нет. Но сейчас она еще лучше восстановилась, сейчас она сама в душ ходит, стирает вроде бы, уроки делает.

#### Эллина ходит в школу?

Учителя пошли нам навстречу. Классный руководитель сама мне позвонила и сказала: «Марина, наш вклад в ее реабилитацию будет то, что мы возьмем ее в одиннадцатый класс вместе с нашим классом, а десятый класс она будет по ходу проходить и сдавать контрольные». Но пока очень все туго. Стихи учит, рассказывает, потом забывает тут же. Контрольные делает, фотографирует, отправляет. Хотя все эти годы она была круглая отличница.

Она сейчас опять в краевой больнице, только уже в хирургии, а не в реанимации, в Барнауле. Вроде вот в понедельник должны выписать\*.

\*К моменту сдачи номера в тираж Эллину выписали, она чувствует себя хорошо.

## Рассказ Эллены

### Эллина, привет! Как ты сейчас?

С тех пор как нас выписали из «Трех сестер», все хорошо, был только один приступ. 1 сентября я со всеми пошла в школу, на линейку. Все были так удивлены, что я пришла, все думали, что я не смогу, не захочу. Я буду сдавать экзамены за десятый класс. Если раньше я отличницей была, то сейчас у меня, конечно, оценки похуже, потому что сейчас у меня с памятью проблемы большие... но вот это полугодие я закончила так: у меня семь «четверок», а остальные «пятерки», средний балл 4,60, для меня сейчас это очень даже неплохо.

Как мы приехали домой, я ходила на пилатес, около школы у нас есть, но потом из-за постоянных уроков забросила. У меня брат и его жена постоянно йогой занимаются, я вот буду с ними.

### А куда ты хочешь поступать, придумала уже?

Ой, вот нет, пока не знаю, куда. Знаю только, куда не хочу, технические специальности, как у мамы и брата, мне не очень нравятся, биология и химия тоже не очень. Пока определяюсь. Мама мне постоянно говорит: иди в медицинский, это такая нужная и хорошая профессия, но я не знаю пока.

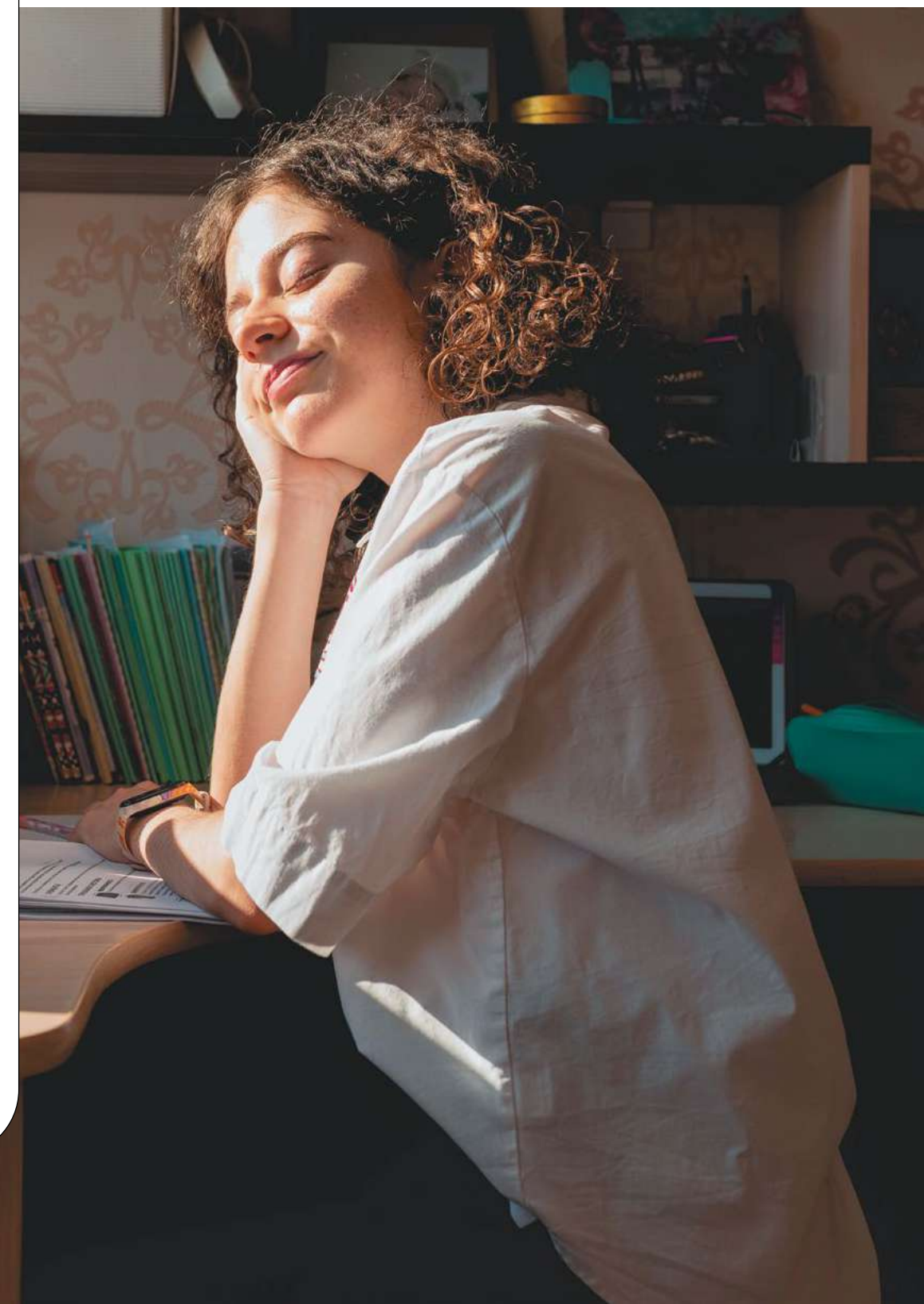
### А внешне как все идет? Ты опять красотка?

Волосы подстригли, они стали почему-то кудрявые, мама говорит, что надо потерпеть, они станут лучше.

#### Любовь Николаева

лечащий врач Эллены Захаровой

«Эллина поступила к нам с аутоиммунным энцефалитом в очень тяжелом состоянии. С этой редкой патологией мы раньше не сталкивались, но было понятно, что только двигательной, когнитивной и речевой реабилитации будет недостаточно. Нужна медикаментозная терапия. Мы стали советоваться с испанскими коллегами, которые успешно лечили этот тип энцефалита, и после ряда консультаций мы начали терапию гормонами и иммуноглобулинами. Сначала Эллина была в малом состоянии сознания, у нее были трахеостома и гастростома. Постепенно медикаментозная терапия и занятия со специалистами стали давать свои плоды, Эллина научилась самостоятельно глотать и дышать, ей сняли трахеостому. Снятие гастростомы заняло больше времени, потому что у Эллены развилась анорексия — болезнь с психологической составляющей, привлекли психиатра. Ну что я хочу сказать — мы победили. Да, Эллина потом снова оказалась в стационаре, ей провели операцию по удалению образования яичника, но обострения энцефалита не случилось. Еще остались проблемы с памятью, но мы продолжаем подбирать терапию, которая помогла бы ей успешно сдать ЕГЭ».





# ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Врач — лидер междисциплинарной бригады. Он не только отвечает за здоровье пациента, он вместе со специалистами ставит командные цели на курс, учитывает тревоги и убеждения пациента, отслеживает динамику и общается с семьей. Каким должен быть этот специалист, рассказывает управляющий партнер клиники «Три сестры» Анна Симакова.



Автор:  
Екатерина Бондаренко,  
журналист

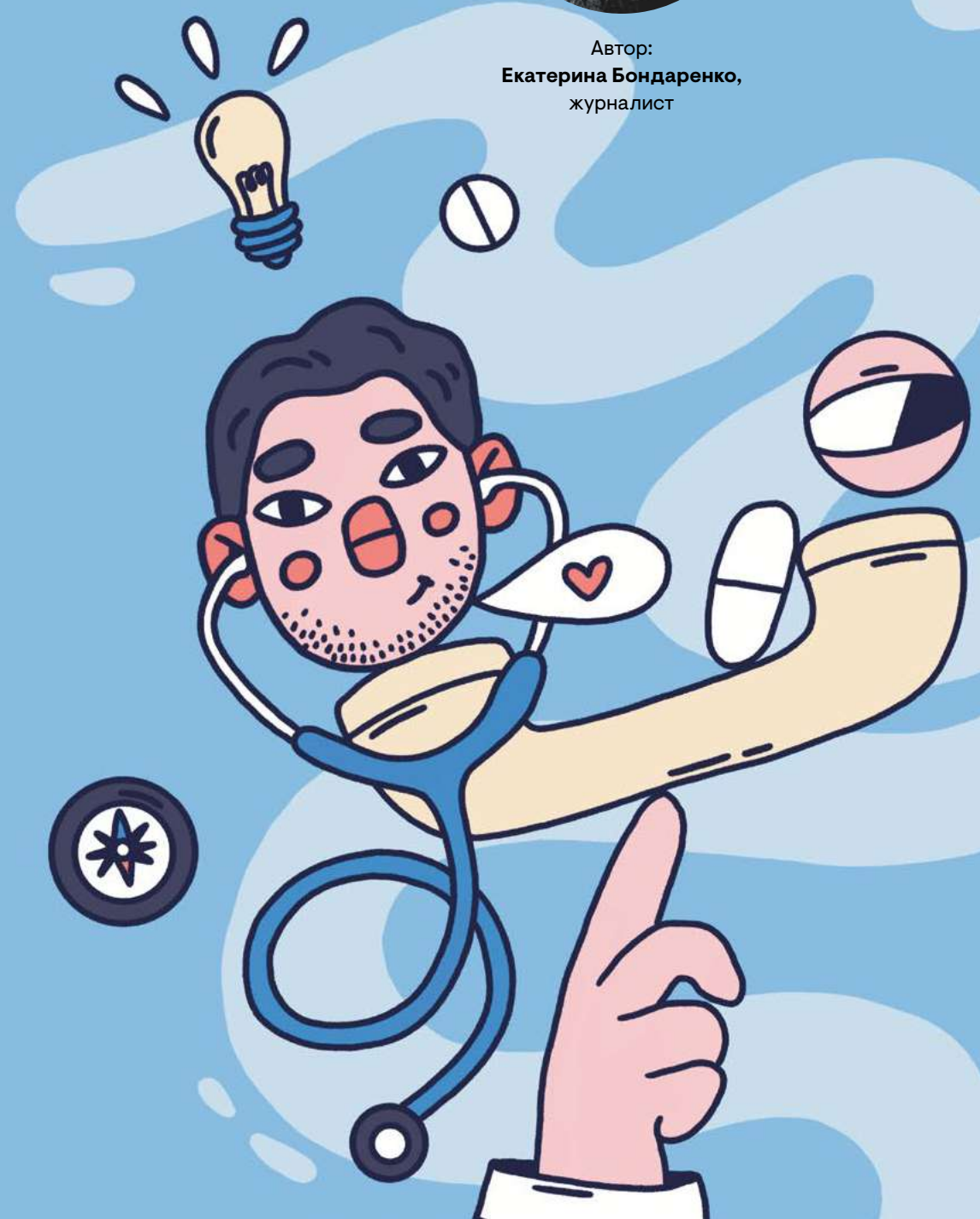


Иллюстрация: Катя Кубус

## Зачем в реабилитации нужен лечащий врач?

Еще 10 лет назад в России реабилитация не являлась полноценной частью медицины. Скорее ее ассоциировали с домом престарелых или санаторием. Ситуация, к счастью, поменялась, и уже государство считает, что в каждом госпитале должен быть этаж, отведенный под реабилитацию, потому что начинать ее нужно как можно раньше.

Когда мы говорим о ранней реабилитации, мы часто имеем дело с пациентами, которые еще вчера были в реанимации, и стоял вопрос о сохранении их жизни. Состояние таких пациентов, по идее, должно нам позволять немедленно заняться их функциональным восстановлением, но на деле это не всегда так, оно может быстро ухудшиться, и поэтому в реабилитационном центре, как и в любом стационаре, должны быть лечащие врачи, которые внимательно следят за соматическим состоянием пациента и вовремя могут распознать осложнения.

## Должны ли врачи в реабилитации быть неврологами?

В реабилитации мы имеем дело не с самим диагнозом, а с его последствиями. Например, человек может испытывать сложности с ходьбой. Причиной этого мог быть инсульт, травма или онкологическое заболевание, но механизм восстановления ходьбы будет примерно одинаковым при любом диагнозе. Знания, которыми должен обладать врач в реабилитации, разнообразны: да, он должен разбираться в неврологии, должен понимать, как происходит восстановление функций. Также у него должны быть глубокие знания в терапии, чтобы вовремя выявить осложнения, если они начались. Осложнения могут быть самыми разными: пневмония, остеопороз, риск перелома конструкции и так далее. Поэтому у нас работают врачи разных специальностей — неврологи, терапевты, кардиологи.

## Какие качества важны для врача в реабилитации?

Когда я беру на работу докторов, я смотрю на несколько критериев. Во-первых, важно, чтобы доктор работал в стационаре и был готов оказать в том числе и реанимационную помощь. У «стационарщиков» развита особенная настороженность. Когда доктор каждый день видит пациента, легко потерять бдительность. Болит голова? Ну так каждый день болит голова. Но тут она болит как-то иначе — и важно это не упустить.

Во-вторых, я смотрю, как доктор принимает решения. Читает ли он по-английски, умеет ли добывать информацию. Как он мыслит. Какие препараты он назначает. Если в его списке есть «фуфломицин», я спрошу — зачем он его назначил?

В-третьих, это коммуникационные навыки и установки в части отношений с пациентами. Мало кто из врачей, с которыми я провожу интервью, сразу практикует партнерскую модель общения с пациентами. В то же время, если доктор хотя бы намекнет, что он берет в расчет мнение пациента и тот имеет право влиять на ход лечения, это огромный плюс. Своих врачей мы учим, как учитывать интересы пациентов, это тоже особый навык.

В-четвертых, профессиональный азарт. Не хочется, чтобы человек просто ходил на работу каждый день, «отбывал» службу. У него должна быть зона своего интереса, клинические ли это исследования или лечение больных с рассеянным склерозом, неважно, — должно быть что-то, что не даст ему «заржаветь».

В-пятых, врач как лидер междисциплинарной бригады в некотором смысле должен быть менеджером. В западных клиниках лидером является тот член команды, который отвечает за самую значимую цель пациента. Например, если пациент с речевым нарушением, лидером будет логопед. Но у нас в медицине иная иерархия, поэтому именно врач координирует работу всех специалистов. А врачей этому не учат. Так же, как их не учат разговаривать. А ведь общение с пациентом и семьей целей и динамики процесса — значимая часть работы лечащего врача.

И последний момент, который связан с работой в частной медицине. Бывает так, что врач считает, что финансовые вопросы в лечении — это ответственность администратора на ресепшн, а его ответственность — лечить. Он не понимает, как дорого содержать стационар, что бездумные решения провоцируют пациентов и клинику на бесполезные траты. Для меня это неразрывные вещи. Важно, чтобы доктора в нашей команде чувствовали свою ответственность за использование ресурсов.

## Как происходит внедрение новых врачей в команду?

Через наставников. У нас есть медицинский директор и старший доктор. Сначала они дают новичкам двух-трех пациентов, несложных, которых ведут с ними вместе. Показывают протоколы — как мы ведем чек-листы, как мы пишем историю болезни, как ведем дневники и проводим семейные встречи. Кроме этого, есть адаптационные встречи, курсы по коммуникации в клинической практике, которые мы рекомендуем доктору пройти. Есть библиотека протоколов, уже накопленных за время работы клиники. Вводим новых врачей в наши рутинные процессы — клинические разборы каждый четверг, регулярные встречи с супервизорами. То есть обучение и у новых, и у длительно работающих врачей идет непрерывно.



# СЛОВАРЬ ВРАЧА

Прежде чем попасть на реабилитацию, многие пациенты проходят через опыт реанимации. Мы собрали несколько терминов, которыми пользуются врачи, если речь идет об экстренном оказании медицинской помощи.

## Шок

Термин «шок» при описании симптомов тяжелой травмы в начале XVI века ввел французский хирург-консультант армии Людовика XV Анри Франсуа Ледран. В трактате об огнестрельных ранениях он определил шок как «внезапное воздействие», или «толчок». Он же предложил простейшие методы лечения шока: согревание, покой, алкоголь и опиум.

Существует несколько основных причин шока, и все связаны с нарушением кровообращения. Первая — уменьшение общего объема крови при кровотечении или обезвоживании. Вторая причина — скапливание крови в венозных бассейнах, например, при травме спинного мозга. Третья причина связана со снижением насосной функции сердца, из-за чего происходит уменьшение сердечного выброса. Такое может произойти при повреждении перикарда (наружной оболочки сердца).

Клетки и ткани перестают получать нужное количество кислорода, и это приводит к угнетению жизненно важных функций организма.

Последствия шока быстро становятся необратимыми, приводя к полиорганной недостаточности и смерти, поэтому лечение требуется немедленно. Оно начинается одновременно с оценкой состояния: на пациента надевают маску с кислородом, а в случае, если шок тяжелый или вентиляция недостаточная, его переводят на искусственную вентиляцию легких. Также в кровь пациента вводят различные поддерживающие растворы. После проведения реанимации и интенсивной терапии лечение направлено на основное заболевание.



## Острый живот

Это опасное состояние сопровождается сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки. Боли в животе могут сопровождаться рвотой, резким повышением температуры, учащением пульса и дыхания, шоком.

Острый живот наблюдается при аппендиците, прободной язве желудка, травме живота с разрывом кишечника, внематочной беременности и других заболеваниях.

Острый живот является показанием к немедленной госпитализации в хирургический стационар. Пациенту не рекомендуется есть, так как может потребоваться оперативное лечение и наркоз, также запрещено принимать некоторые обезболивающие, чтобы это не помешало диагностике.



## Терапевтическое окно

При инсульте клетки мозга, оказавшиеся без притока крови, погибают в течение 5-7 минут. Вокруг этой зоны есть область мозга, в которой кровотоки сохранены, но снижены. 80% мозговой ткани этой области погибнет в течение шести часов. На то, чтобы кардинально повлиять на развитие инсульта и спасти погибающие клетки мозга, у врачей есть 4,5 часа. Этот интервал называют терапевтическим окном. Если за это время пациент получит тромболитическую терапию (ТЛТ), у него есть шанс на максимальное восстановление — такое, как будто инсульта не было.

Тромболитическая терапия — это применение препаратов, которые растворяют тромбы и восстанавливают кровоток. Получить ТЛТ пациент может только в стационаре, поэтому очень важно, чтобы пациент или окружающие его люди смогли распознать признаки инсульта и как можно скорее вызвать скорую.

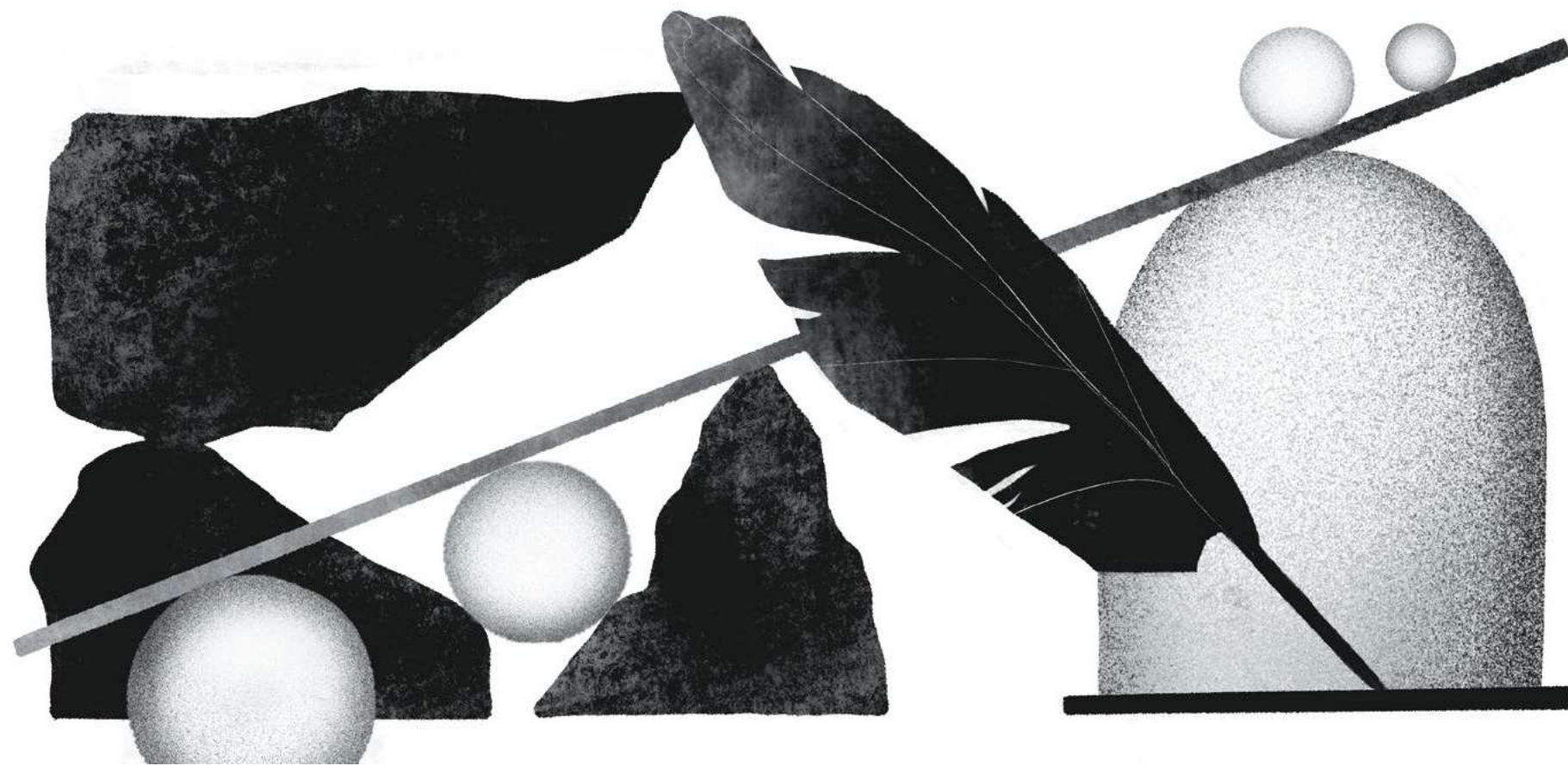
Но быстро оказаться в больнице недостаточно, нужно, чтобы пациент вовремя получил там помощь. Этот показатель называется «от двери до иглы». По рекомендациям Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации по изучению инсульта он не должен превышать сорока минут.

Фактор времени остается решающим, даже если пациент вышел за пределы терапевтического окна: для эффективной борьбы с последствиями специалистам важно начать реабилитацию пациента как можно раньше. В течение года после инсульта возможность восстановить утраченные функции по-прежнему высока.



Иллюстрации: Даша Захарова





# ОСЛОЖНЕНИЯ И ОТКАТЫ НАЗАД — ЭТО ЧАСТЬ ПУТИ

Во время реабилитации у пациентов нередко возникают осложнения или откаты назад, со стороны может показаться, что нет никакого движения вперед и продолжать занятия бессмысленно.

Но это не так.

Вместе с врачами клиники «Три сестры» разбираемся, почему, несмотря на отсутствие видимого результата и риск осложнений, нужно продолжать реабилитировать пациентов.



Автор:  
Полина Фоминцева,  
медицинский журналист

Иллюстрация: Александра Дмитриева

## Мы сняли белые халаты

*«Вероника навязчиво повторяла одни и те же слова: «Я не знаю, я не знаю», — рассказывает старший доктор клиники «Три сестры» Дмитрий Сумин. Мы не могли с ней общаться. Картина была жуткая.»*

36-летняя Вероника поступила в клинику в тяжелом состоянии после клинической смерти. Она была сильно истощена, постоянно скрипела зубами, говорила невпопад бессмысленные фразы и не подпускала к себе врачей.

«Поражение мозга после клинической смерти — это одно из самых тяжелых состояний, с которыми мы работаем, — говорит Дмитрий Сумин. — Клетки погибают практически по всему мозгу, происходят серьезные когнитивные нарушения. Вероника никого к себе не подпускала, если к ней кто-то прикасался, она начинала кричать. Работать было невозможно.»

До клинической смерти у Вероники было гнойное заболевание почек. Несмотря на медикаментозное лечение и удаление гноя, воспаление продолжало нарастать, одну из почек пришлось удалить полностью. Во время операции у Вероники произошла сильнейшая аллергическая реакция на лекарственный препарат, и на фоне анафилактического шока она впала в кому. Со слов матери, в состоянии клинической смерти ее дочь находилась около получаса.

«Гнойные процессы в жировой ткани вокруг почек неуправляемые и очень тяжелые, — говорит Дмитрий Сумин. — Нередко все начинается с инфекций мочевых путей и проблем с оттоком мочи. Если вовремя не предпринять меры, то воспаление поднимается и в почки, где микроорганизмы попадают в благоприятную среду, и остановить воспалительный процесс уже очень сложно.»

Благодаря антибиотикам к началу реабилитации инфекцию удалось вылечить. Так как Вероника была очень зависима от своей мамы и не могла ничего делать без ее помощи, основной целью реабилитологов стало вовлечение женщины в повседневную жизнь. Но прежде чем приступить к занятиям, пришлось проделать большую подготовительную работу.

«Мы постарались обеспечить Веронике максимально комфортные условия, — говорит Дмитрий Сумин. — Так как в новой обстановке она зажималась настолько сильно, что не могла расслабить мышцы, долгое время мы занимались в палате, а не в зале физической терапии. Также мы старались не менять специалистов и не носить белые халаты, которые вызывали у нее неприятные ассоциации. Вероника постоянно держала руки прижатыми к себе, но в какой-то момент с большим интересом начала ощупы-

вать лица специалистов. Это стало одним из ритуалов перед началом занятий».

Постепенно Вероника сопротивлялась все меньше и меньше. Реабилитологи старались не акцентировать внимание на моментах, которые не получались, и наоборот, задерживались в положениях, которые были для нее комфортными.

К концу курса специалисты планировали научить Веронику расчесывать волосы с сопроводительными движениями, говорить больше слов, участвовать в приеме пищи, поворотах и пересадке в кровать.

«Так как у Вероники были поражены когнитивные функции, она не понимала команды и действовала по наитию, — говорит Дмитрий Сумин. — Нам пришлось специально создавать условия, в которых она невольно или самопроизвольно начинала делать то, что было нужно для ее восстановления.»

Чтобы Вероника немного расслабляла руки и удерживала равновесие, физические терапевты укладывали Веронику на фитбол и слегка раскачивали ее. Также давали подготовку через теплолечение, которое способствовало расслаблению мышц.

Но в целом работа проходила тяжело.

«Несколько месяцев мы работали над тем, чтобы Вероника начала хотя бы разгибать локти и колени, — говорит Дмитрий Сумин. — В процессе занятий у нее образовался отек и болезненность в задних мышцах бедра. Из-за этого ее невозможно было посадить в коляску и отвезти на занятия. Мы применяли противовоспалительные мази и старались не перегружать ногу.»

К третьему курсу состояние Вероники постепенно стало улучшаться. Она начала здороваться, односложно отвечать на вопросы и выполнять несложные инструкции. С маминими подсказками она расчесывает волосы, чистит зубы и умывается.

«Когда мы имеем дело с пациентом, у которого очень тяжелое когнитивное поражение, в первую очередь нам важно не допустить ухудшения состояния: развития контрактур суставов, пролежней и прогрессирования сколиоза, — говорит Дмитрий Сумин. — Тем не менее, с Вероникой нам удалось добиться даже большего: она перестала бояться и избегать людей, начала участвовать в бытовых процессах, научилась выражать свои желания. Это очень хороший результат для такого непростого случая.»

## В его жизнь вернулась молитва

После обширного инсульта 57-летнего священника Алексея в клинику привезла жена. Мужчина был бездвижен, не мог говорить и не понимал, для чего нужны привычные в быту предметы.

За первый месяц реабилитации Алексей достаточно быстро научился переворачиваться в кровати, садить-



ся и есть с использованием приборов. Но вместе с физическим восстановлением вернулось критическое мышление — мужчина осознал свою болезнь и погрузился в тяжелую депрессию.

«У батюшки был светлый, очень добрый взгляд, — говорит старший доктор клиники «Три сестры» Дмитрий Сумин. — Было видно, что он мучается из-за того, что не может говорить и молиться. Чтение молитв мы включили в занятия с первого дня, но он плакал и качал головой — не мог смириться с тем, что лишился такой важной части своей жизни».

Чтобы эмоциональное состояние не так сильно сказывалось на занятиях, невролог назначил Алексею антидепрессанты. Тем не менее, в течение следующих двух курсов прогресс был незначительным.

«Отец Алексей очень старался, — говорит Дмитрий Сумин, — но изменений особых не было. У него был снижен эмоциональный фон, он плохо понимал обращенную к нему речь и по-прежнему не говорил. Из-за большого веса ему было трудно выровнять тело и удерживать равновесие во время ходьбы».

При **гемипарезе** пациентам сложно контролировать пораженную часть тела — они могут потерять равновесие, запнуться или подвернуть конечность, нередко происходит вывих плечевого сустава. Чтобы избежать осложнений, реабилитологи используют плечевой ортез и большое внимание уделяют концентрации пациента на пораженной стороне.

**Гемипарез** — отсутствие чувствительности в какой-либо части тела из-за повреждения нейронов коры головного мозга.

Процесс восстановления ходьбы у Алексея был очень долгим. Физические терапевты отмечали, что сила мышц на уровне коленного и тазобедренного суставов увеличивается, но функциональных изменений не происходило. Чтобы восстановить речь, логопед работал над ее растормаживанием, уменьшением количества устойчивых слов и возможностью говорить «да» или «нет».

Но только к концу третьего заезда пациент достиг поставленной цели — научился ходить с четырехопорной тростью, говорить короткие фразы и понимать речь.

«Можно сказать, что два курса реабилитации у Алексея было **плато** [состояние без изменений], — говорит Дмитрий Сумин. — Но, несмотря на длительное отсутствие результата, у нас не было сомнений в том, что сохранившейся силы мышц будет достаточно для ходьбы с четырехопорной тростью».

Медицинский директор клиники «Три сестры» Дарья Тишина согласна, что, даже если длительное время нет ощутимого результата, пациенту нужно продолжать реабилитироваться.

«Плато — это условное обозначение, — говорит она. — Оно скорее для государственной медицины и страховых компаний, где решение о реабилитации

взвешивается относительно экономической составляющей. Тем не менее, для самого пациента даже минимальная возможность быть независимым — важна. Нужно учитывать еще и то, что реабилитация — это не только достижение новых целей, но и возможность избежать вторичных осложнений, таких как урологические инфекции, пролежни, пневмония и остеопороз».

После трёх курсов реабилитации Алексей научился садиться, вставать и почти без контроля передвигаться по квартире. Он снова путешествует вместе с женой и составляет ей компанию во время прогулок. Но самое главное, в его жизнь вернулась молитва.

«Анна, его супруга, отправила мне аудиозапись молитвы в исполнении Алексея, — рассказывает логопед Ольга Саперова. — Это было очень красиво... Голос у него роскошный!»

## Замкнутый круг

В июне 2021 года 15-летний Матвей упал с пятого этажа. После падения он перестал чувствовать ноги, в руках у него была сильная слабость, он не мог контролировать мочеиспускание и дефекацию.

На обследовании в стационаре врачи выявили у Матвея компрессионно-оскольчатый перелом шестого и седьмого шейных позвонков, ушиб левой почки, скопление жидкости в легких, разрыв селезенки и кровотечение в брюшную полость. Подростка прооперировали и установили специальную конструкцию в шейные позвонки.



После операции, когда состояние Матвея стабилизировалось, его мама стала искать в интернете информацию о реабилитации и узнала, что с травмами спинного мозга работают в клинике «Три сестры». Женщина не могла смириться с тем, что сын лежит и не может подняться с кровати — через знакомых она собрала деньги на реабилитацию и отвезла сына на скорой помощи в клинику.

«Матвей полностью зависел от окружающих, — рассказывает медицинский директор клиники «Три сестры» Дарья Тишина. — Он не мог самостоятельно даже повернуться в кровати и был подавлен своей беспомощностью. Мама тоже была разбита ситуацией, постоянно плакала. Поэтому с самого начала и с Матвеем, и с его мамой работали наши психологи».

Несмотря на эмоциональное состояние, Матвей верил в свое восстановление, был высоко мотивирован и старался выполнить все, что рекомендовали специалисты. Достаточно быстро у него окрепла верхняя половина тела и руки, к концу первого месяца он научился пересаживаться с кровати на коляску, стоять на четвереньках и в вертикализаторе под углом 70 градусов без падения артериального давления.

«Матвей очень старался, за первый месяц мы многого смогли добиться», — говорит Дарья Тишина.

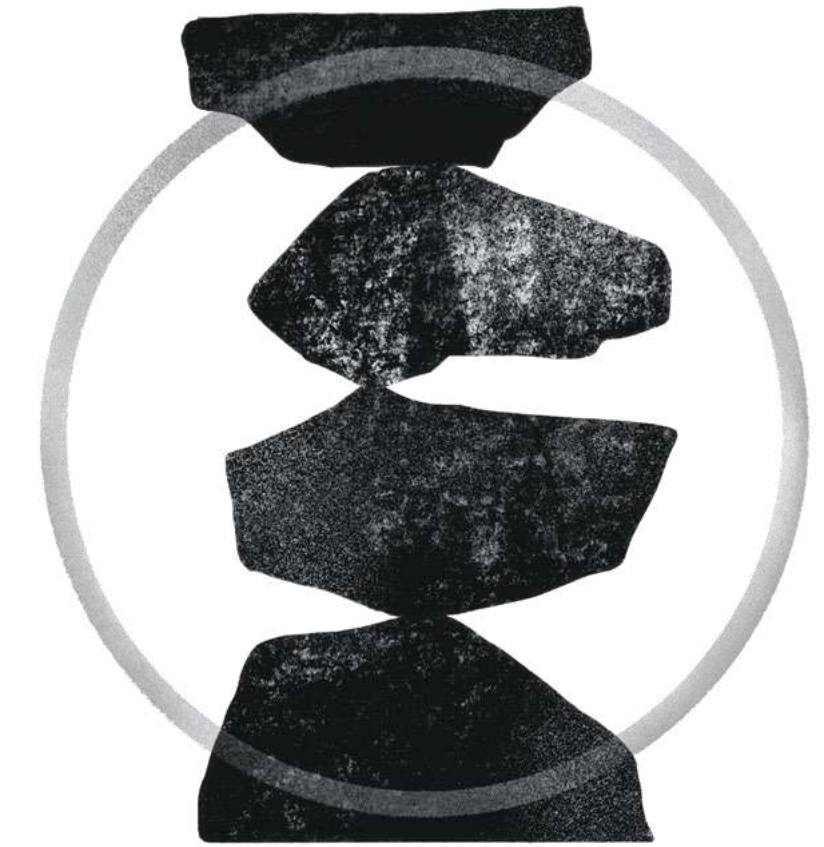
Достижения Матвея омрачило осложнение. К концу месяца у него появился отек правого бедра. После дополнительного обследования выяснилось, что у подростка образовалась гематома и **гетеротопический оссификат**.

**Гетеротопический оссификат** — это образование костной ткани в том месте, где ее не должно быть. Чаще всего оссификаты возникают в области крупных суставов конечностей, сопровождаются отеком, болевым синдромом, вызывают ограничение подвижности.

«Матвей, его мама и, конечно, вся команда были очень расстроены, — говорит Дарья Тишина. — Но такие осложнения, к сожалению, не редкость у пациентов со спинальной травмой. Чтобы понять, что могло спровоцировать появление гематомы и оссификата у нашего пациента и какой тактики придерживаться далее, мы проконсультировались у независимого травматолога, изучили международные исследования».

У пациентов со спинномозговой травмой течение заболевания осложняется оссификатом в 20-40 процентах случаев. Много факторов, в том числе и физическая активность, могут спровоцировать появление гематомы в мышцах с последующим образованием в них костной ткани. Тем не менее, исследования показывают, что, несмотря на риск осложнений, нужно продолжать реабилитацию.

«Получается замкнутый круг, — говорит Дарья Тишина. — С одной стороны, физическая терапия может увеличить риск образования оссификатов, но с другой, если снизить интенсивность или прекратить занятия,



человек не сможет восстановить нарушенные функции и останется зависимым. Поэтому врачу важно рассказать пациенту о пользе и рисках во время реабилитации».

Когда маме Матвея подробно рассказали о самом осложнении и о тактике дальнейшего лечения, она успокоилась и совместно с командой специалистов приняла решение продолжать занятия с учетом всех ограничений. Однако у Матвея и у его мамы все равно сохранялся страх, что любое движение может повредить мышцы или оссификат разломится на несколько частей.

«В таких ситуациях мы прислушиваемся к пациентам, учитываем их страх и, когда это возможно, идем на компромисс, — говорит Дарья Тишина. — Мы ограничили нагрузку на ноги, старались избегать сгибаний в тазобедренных суставах. К сожалению, это осложнение замедлило наш путь к достижению целей, но мы все равно справились».

К концу 7 месяца реабилитации Матвей мог самостоятельно пересаживаться с кровати на стул, подниматься с пола на коляску, вставать с опорой на ходунки и доставать с верхней полки предметы, мыться, самостоятельно катетеризироваться, надевать и снимать штаны и обувь.

«Впереди у Матвея длинный путь восстановления, который может длиться не один год, — говорит Дарья Тишина. — Мы не даем прогнозов и не можем сказать точно, будет ли Матвей ходить, но мы ставим цели и постепенно идем к ним. Оссификат есть, но уже не препятствует реабилитации. Я вижу в Матвее большой реабилитационный потенциал и верю, что впереди у него много достижений».





# Лера, Лерочка!

10 августа 2020 года Лера Савина вместе с мужем ехала к маме Валентине — в село Карамышево Липецкой области — чтобы отпраздновать годовщину свадьбы. На трассе Липецк-Усмань машина впереди внезапно развернулась. Лера оказалась в реанимации. Ее основной диагноз — ушиб головного мозга тяжелой степени, она парализована. Лере 20 лет.



Я с утра не могла им дозвониться. Какое-то было у меня предчувствие.

Во втором часу Лера мне позвонила, сказала — «мам, я сдала последний экзамен». Она поступала в Волгограде в колледж МЧС.



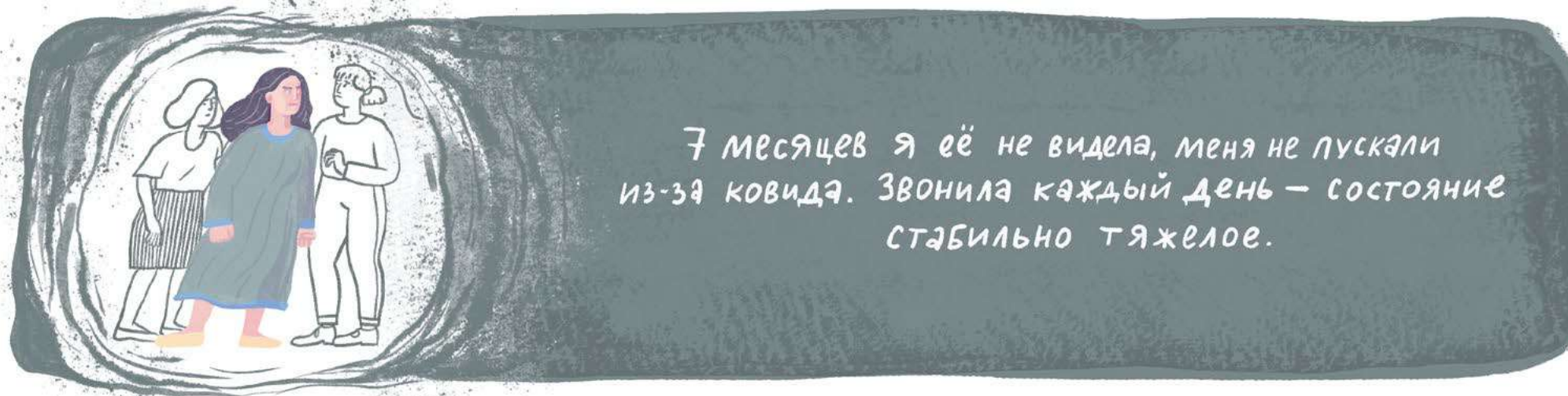
Я пришла в десятом часу с работы, только переделалась, села в кресло, тут мне звонок.



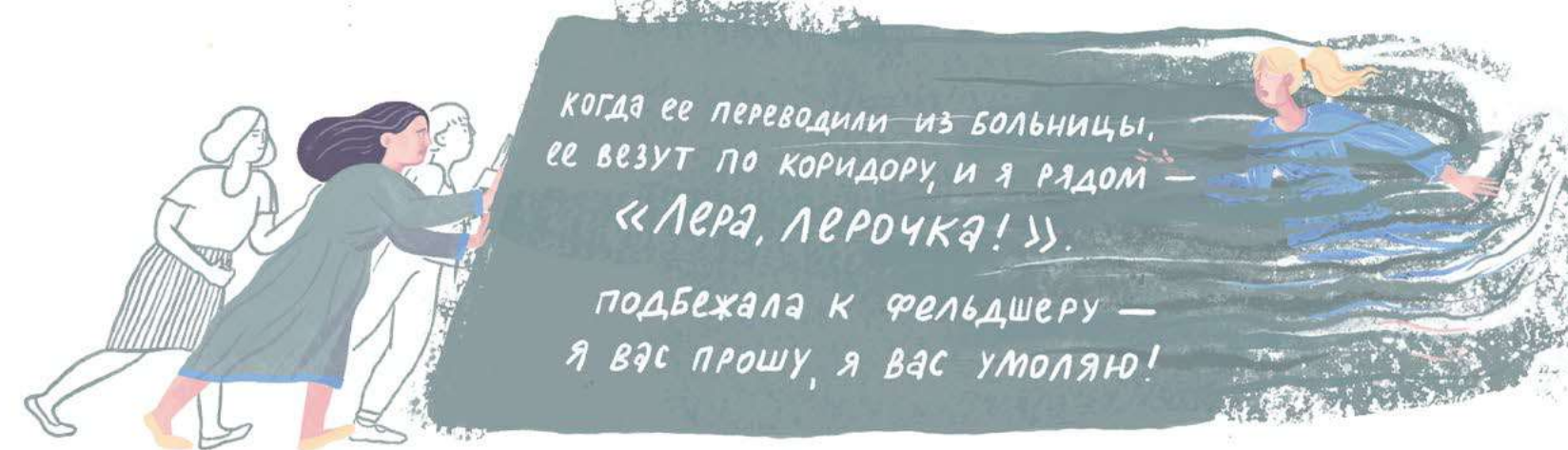
Они не доехали 70 километров.



Два месяца я нигде не выходила. Начала заикаться. Девчонки с работы меня спасли — вытащили в магазин. Я толком не работала, просто сидела на складе, чтобы быть рядом с людьми.



7 месяцев я её не видела, меня не пускали из-за ковида. Звонила каждый день — состояние стабильно тяжелое.



Когда ее переводили из больницы, ее везут по коридору, и я рядом — «Лера, Лерочка!».  
Подбежала к фельдшеру — я вас прошу, я вас умоляю!

Несколько минут я у скорой стояла, за ножки ее трогала. Когда машина тронулась, я как закричала, я не могла успокоиться.



Вдруг скорая остановилась, оказалось, фельдшеру надо было что-то поправить, и он мне сказал —

«Вы знаете — а она вас слышит.»



Когда вы заплакали, у нее участился пульс».





Перевели ее в хоспис, потому что в выписке из больницы ей написали — паллиатив. Врач к нам вышел и сказал — «Девочка безнадёжная, будем ждать, когда умрет».

Я не помню, что происходило в те дни и месяцы.

Однажды мне сказали — вы можете ее навестить. Я зашла в палату, в горле стоит ком, и я боюсь к ней подойти. Потом набралась сил, подошла. Она весила тогда 26 килограммов. Лера, Лерочка!



Я в шапке и маске, ей только мой голос был знаком. Ищет меня глазами. Я говорю — ты можешь пошевелить плечом? Она шевелит. А рукой? Шевелит! Пробыла я у нее полтора часа, и за это время я поняла, что она в сознании, она все понимает.

Почему мне никто не говорил, что она все понимает? Я врачам сказала — я буду ее забирать, ее надо восстанавливать!



Он как стал на меня кричать —  
**КУДА ЗАБИРАТЬ,  
ВЫ РУКИ ЕЁ  
ВИДЕЛИ?  
У НЕЁ ПАЛИАТИВНЫЙ  
СТАТУС, ВАС НИКУДА  
НЕ ВОЗЬМУТ!**

Паллиатив в выписке — это приговор.



Я не помню, кто познакомил меня с этим фондом.

липецкий благотворительный фонд «СНИРГО». Они собрали денег на реабилитацию в «Трех сестрах».



ПОТОМ ПОДКЛЮЧИЛИСЬ ФОНДЫ «ЖИВОЙ», «ФОНД ПРОТИВ ДТП», «ПРАВМИР», «КЛУБ ДОБРЯКОВ». За пять курсов Лера научилась очень многому: у нее ясное сознание, она контактирует, улыбается. Она набрала вес, удерживает голову, стоит в ходунках.

Ближайшая реабилитационная цель — отказаться от гастростомы, чтобы Лера ела сама. В дальнейшем она сможет научиться ходить в ходунках дома.

Для этого ей нужно продолжать реабилитацию, а я продолжаю искать на это средства.

Держитесь. Мы поможем!





## Помочь близким это помочь пациенту

Роль семьи в реабилитации преувеличить не получится. Близкие — опора не только для пациента, но и для врачей. Доктор не всегда может заметить малейшие изменения в состоянии пациента, понять, что помогает, а что нет. И врачи, и семья, и пациент — в одной команде. Но бывает, что родственники нуждаются в поддержке не меньше, чем сам пациент.



Автор  
Оксана Прилепина,  
журналист

### Нужна ли пациенту такая жертва?

В 64 года инженер Игорь Петрович перенес инсульт, после которого его частично парализовало, появились дефекты речи и нарушения памяти. До начала курса реабилитации он мог самостоятельно вставать и пересаживаться в коляску. Все остальное за него делала жена. Наталья Андреевна круглые сутки была рядом, оставила научную работу, преподавание психологии в вузе и общение с друзьями. Ее забота трансформировалась в гиперопеку

### Дмитрий Сумин

старший доктор

«Нам удалось убедить Наталью Андреевну приезжать не каждый день, а раз в три дня. В одиночестве Игорь Петрович был спокойнее, делал успехи. В итоге он стал справляться со многими гигиеническими процедурами, научился надевать футболку, улучшил речь. Мы рассказали жене о принципах развивающего ухода за пациентом: смысл в том, чтобы создать условия, при которых человек вне занятий может использовать заново обретенный навык. Если мы тренируем навык только на занятии с эрготерапевтом (специалистом по восстановлению бытовых навыков) и не применяем его в быту, это в разы замедляет реабилитацию. Делать все за пациента — значит, проблему скрывать, а не решать. Сочувствие же должно проявляться в том, чтобы решить проблему».

Иллюстрация: Рита Черепанова

### Дмитрий Кухтин

психотерапевт

«С подобными трудностями в отношении родственников к пациенту в той или иной степени мы сталкиваемся каждый день. Особенно гиперопеке подвержены матери. Моя цель — убрать слияние, при котором у пациента и его родственника все желания и потребности — общие. Я убеждаю отдавать ответственность за свою жизнь пациенту, это главное. Ведь иногда человека вовсе забывают спрашивать, какие у него потребности и нужна ли ему такая жертва».

### Сначала принятие, потом мотивация

48-летний Валентин Васильевич попал в клинику с травмой позвоночника. Его жена, коммерческий директор крупной корпорации, звонила ему ежедневно, желая поднять мотивацию мужа. Она призывала его быть энергичным, совершать сверхусилия, буквально «идти на подвиг». Но разговоры приводили к обратному эффекту.

### Дмитрий Сумин

«Нашим пациентам, как правило, хватает мотивации. Они с утра до вечера на занятиях. В свободное время им скорее нужен комфорт и возможность отдохнуть, чем лозунги или условные шипы под кроватью. У Валентина Васильевича была положительная динамика. Мы поговорили с женой, подробно объяснили последствия и она изменила линию поведения».

### Дмитрий Кухтин

«В психологии реабилитации всегда важны сроки. Если травма произошла недавно, то в первые часы, дни, а иногда и в первый месяц у человека в остром стрессовом расстройстве длится период принятия. В это время семье нужно просто быть рядом, мягко поддержать, а не требовать мотивации. У человека может развиваться депрессия, и нужно бережно работать с ней. И важно понимать, что сначала принятие — и только затем психотерапия, мотивация и будущее с саморазвитием».

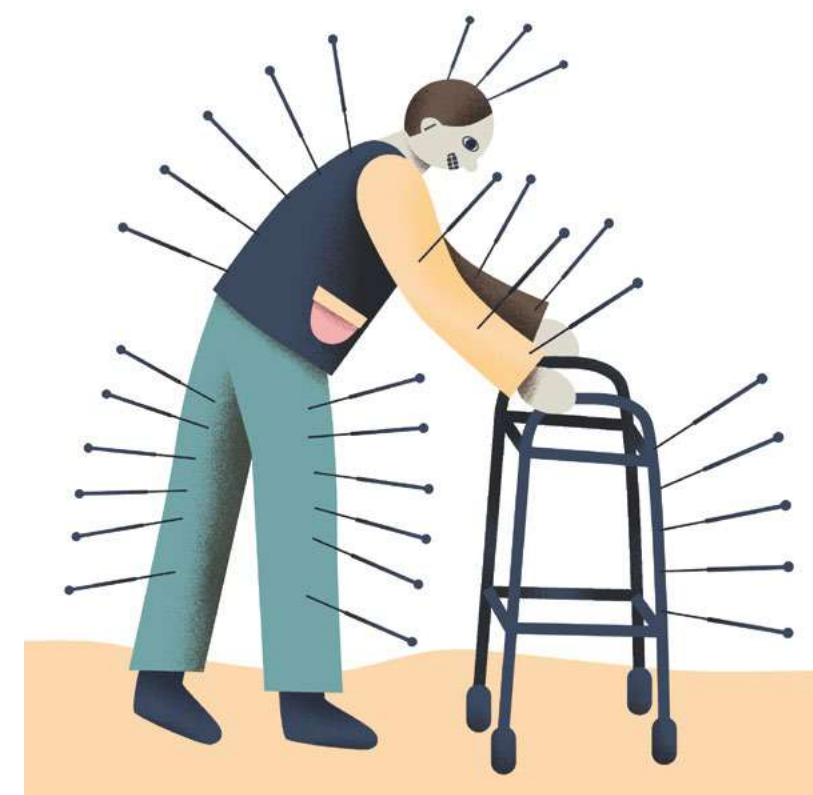
### «Так много возможностей, мне очень страшно»

Галина привезла на реабилитацию 15-летнюю дочь с черепно-мозговой травмой после ДТП. Ради ухода за ребенком она в 59 лет оставила работу в офисе и прежний круг общения. Врачом Галина прямо сказала, что воспринимает травму как возможность не расставаться с любимым поздним ребенком.

### Рустам Набиуллин

старший психотерапевт

«На эту историю можно смотреть по-разному. Сразу после травмы такая позиция — защитный механизм, который позволяет сохранить психику в экстремальных условиях. В этот период подобное восприятие ситуации нормально



и даже спасительно — жизнь продолжается. Но если при такой жизненной позиции человека исчезает привычный круг общения, отвергается любое иное мнение, происходит сопротивление лечению ребенка, то можно думать об отношениях созависимости матери и дочери или сверхценной идее, когда какому-то утверждению приписывается неоправданно важное значение. Тогда общее положение усугубляется. Моя задача как психотерапевта в этой ситуации — понять, на чем основана позиция матери, и предложить соответствующую помощь. Важно создать условия для безопасного переживания горя, при которых мама может выйти из роли вечного спасателя и жить реальной жизнью».

### Дарья Тишина

медицинский директор

«Нам удалось убедить Галину пройти курс психотерапии после курса реабилитации. Хотя так случается не всегда. Иногда есть ощущение, что родственникам нравится заботиться о больных людях, самореализовываться в этом, потому что так они могут проявить свои высшие моральные качества. И, когда близкому становится лучше, только единицы осмеливаются признаться: «Мне теперь так страшно, впереди много возможностей, и надо с этим что-то делать».

### Убеждения как барьер

Запросом 27-летней Алены при поступлении в клинику было решение проблем речи. После черепно-мозговой травмы в ДТП Алене диагностировали анартрию (отсутствие речи, вызванное поражением нервно-мышечного аппарата). Команда специалистов пришла к заключению, что единственная возможность для Алены общаться — использовать один из методов альтернативной коммуникации. В частности, планшет с заранее подготовленным словарем: «Хочу есть», «Хочу в туалет» и так далее. Семья Алены наотрез отказалась, полагая, что планшет затормозит восстановление голосового общения.



### Дарья Тишина

«Альтернативная коммуникация не тормозит восстановление устной речи, а значительно повышает уровень комфорта пациента, его самооценку. Другие пациенты с речевыми нарушениями, использовавшие планшет или айтрекер, нам говорили, что возможность общаться они оценивают даже выше, чем возврат двигательных функций. Самая большая радость для таких пациентов — самостоятельно делать выбор и высказывать свои желания. Несмотря на наши доводы, мама Алены по-прежнему непреклонна в своем решении, однако мы надеемся, она изменит свои убеждения в следующее посещение нашей клиники».

### Дмитрий Сумин

«Проблема родительских убеждений — одна из самых частых. Кроме этого, для нас чувствительно сталкиваться с назначениями других врачей и с недостатком знаний. Например, к сожалению, российские рекомендации после инсульта содержат препарат недоказанной эффективности — мексидол. Или люди часто уверены, что главную роль в реабилитации играет массаж — это далеко не так. Иной раз во вред результату выбирают остеопатов, биоаккустическую коррекцию и безглютеновую, безказеиновую диеты без лабораторных показаний. Лет пять назад были широко распространены пивки — гирудотерапия. Если комментировать неэффективность этих методов очень упрощенно, то скажу: «Не надо лечить руку, если проблема — в головном мозге».

## ФИГУРЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ



### Маша Субанта

должность	Основатель и директор Благотворительного фонда «Клуб добряков». Работает в фонде 9 лет.
образование	Учитель русского языка и литературы.
что поддерживает в работе	Полноценный сон, здоровая еда, питьевой режим, спорт и танцы.

«С каждым годом я замечала, как благотворительное профессиональное сообщество всё больше крепнет и развивается. Фонды практически перестали восприниматься попрошайками, все больше некоммерческих организаций переходили на системные, а не только адресные проекты. Мы привыкли к тому, что НКО способны даже вносить изменения в законодательство, чтобы облегчить жизнь своих подопечных. Но что будет дальше, в сегодняшних реалиях, — я теряюсь в догадках.

Сейчас у нас, как и у многих фондов, слетели регулярные платежи, которые были оформлены с зарубежных карт, плюс мы больше вообще не можем получать переводы от добряков, находящихся за рубежом. Конечно, суммы сборов упали, и, когда в апреле я получу статистику за март, мы поймем, насколько.

Как мы меняемся в связи с этим — пока из-за взлетевшего курса евро и доллара мы планируем помогать только тем подопечным, кому необходимо лечение на территории России.

Лично я нахожусь в состоянии сильной неопределенности и тревоги, потому что «Клуб добряков» — это дело моей жизни. И мне нужно придумать что-то, чтобы сохранить команду, это очень классные, профессиональные люди.

К отдыху я отношусь так же серьезно, как к работе. Если я о себе не позабочусь, а буду ждать этого от других, это будет инфантильно и безответственно. Поэтому каждое утро начинаю со спорта, плюс занимаюсь бачатой. Человек, который помогает другим, обязан вовремя восполнять свои силы. Иначе помощь понадобится уже ему».

## Болезнь проявляет настоящие отношения

В 47 лет Максим, рабочий из Королева, пережил инсульт и через неделю с параличом и нарушениями речи попал в «Три сестры». Поведение его семьи было необычным. Жена Лариса привела в палату юриста, пытаясь уговорить недееспособного мужа подписать договор о продаже дачи. Грозил сдать Максима в дом престарелых, как он это раньше сделал со своими родителями. На консультациях Ларисы с психологом выяснилось, что травма усилила проблемы в семье: старые обиды, страхи, абьюз и отсутствие диалога. Специалисты попросили семью не выяснять отношения с пациентом до момента, пока тот не будет способен к коммуникации.

### Дмитрий Кухтин:

«Конечно, многолетние непрожитые обиды невозможно проработать за те 7-8 встреч, которые включены в нашу программу реабилитации. Нужны длительная терапия и готовность человека решать свои проблемы. Я пытался убедить Ларису найти психотерапевта в Королеве и надеюсь, у меня это получилось. Непрожитые, подавленные эмоции толкают людей в треугольник Карпмана: жертва — спасатель — агрессор. Травма, болезнь — сильный катализатор, который проявляет все непроявленное. В этом случае помощь нужна и близким, и пациенту».



### Татьяна Апатова

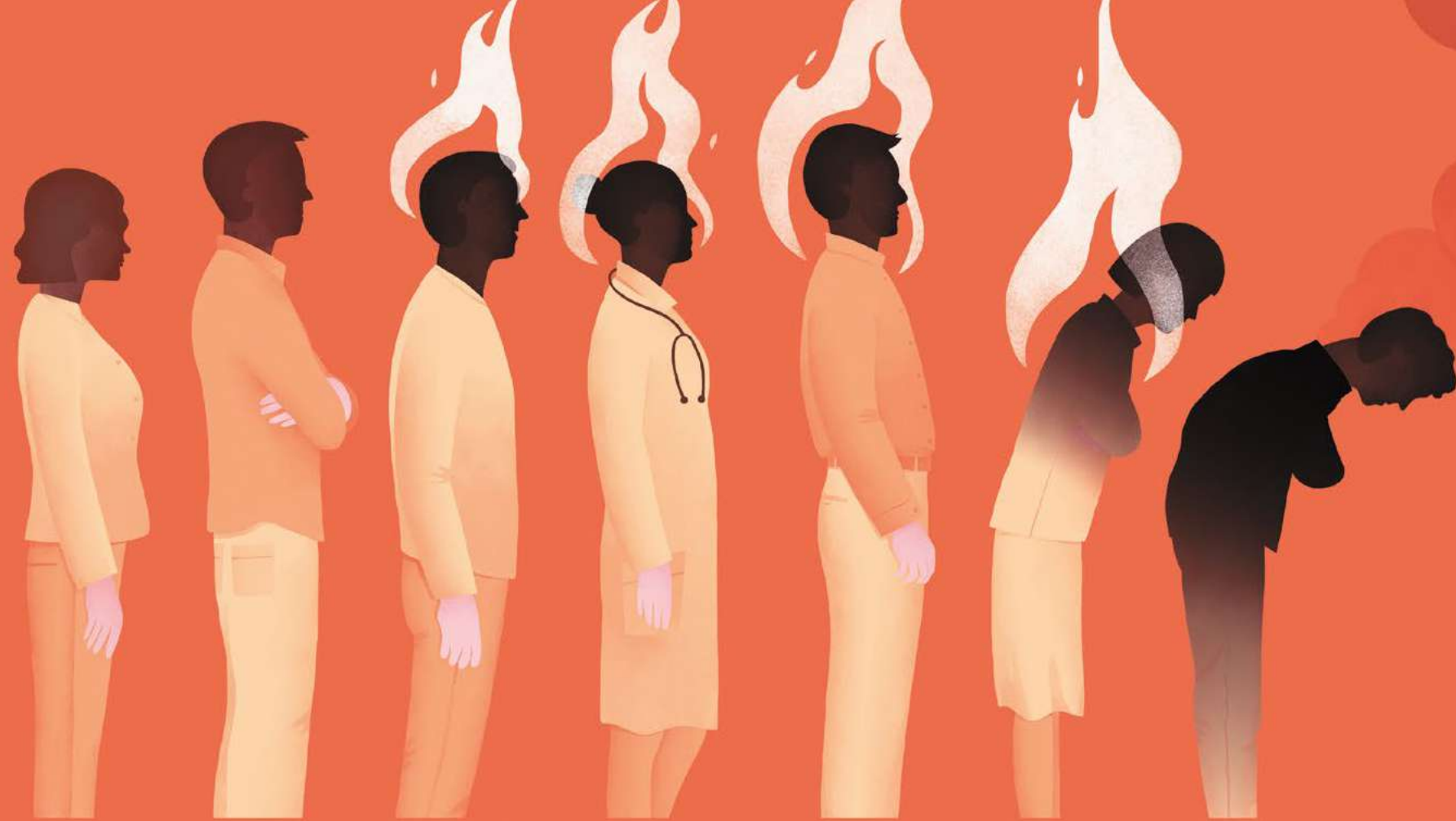
должность	Директор Благотворительного фонда «Правмир». Работает в фонде 3 года.
образование	Экономист, степень МВА «Финансовый менеджмент».
что поддерживает в работе	Понимание своей ответственности.

«Сегодня мы все находимся в ситуации тотальной неопределенности, и самое сложное — это строить планы. Благодаря опыту работы в пандемию у нас есть уверенность, что и эти сложные времена нам удастся пережить вместе. Основной принцип работы сейчас — оптимизация, ежедневный анализ ситуации и фокус на том, что мы можем сделать здесь и сейчас.

Для меня лично работа в благотворительном фонде на позиции директора — это лучший тренинг личностного и профессионального роста. Здесь, помимо постоянного совершенствования своих профессиональных навыков, есть возможность кратно развиваться как личность. Три года подряд я каждый четверг рассматриваю заявки на помощь. Сначала это было 5 человек, сегодня мы рассматриваем около 45 подопечных каждую неделю. Я чувствую, как благодаря этому процессу я расту эмоционально и морально, в том числе потому, что у нас нет ограничений по возрасту, гражданству и заболеваниям. Все случаи настолько разные, что у меня есть возможность представить себя на месте каждого.

За последние три года я избавилась от синдрома спасателя — помогать надо тогда, когда человек понимает, какая помощь ему нужна и для чего. Догонять и «причинять» добро не нужно. Это как в фильме «Правила съема: Метод Хитча»: если тебе не сделали шаг навстречу, поцелуя не будет. А еще ответственность за дальнейшие судьбы людей научила меня главному правилу — чувствовать, думать, говорить, делать — одно».





## Наденьте маску сначала на себя



Автор  
**Анна Хасина,**  
эксперт по дружелюбному  
сервису, корпоративной культуре  
и коммуникации в медицине

Феномен выгорания впервые описал американский психиатр Герберт Фрейденбергер в 1974 году. Чаще всего выгорание возникает у представителей «помогающих» профессий — психологов, медиков, сотрудников благотворительных фондов. Начало выгорания может быть похоже на все, что угодно: на недосып, авитаминоз, обострение аллергии... Заметить это довольно трудно. К сожалению, чаще всего мы распознаем собственное выгорание на поздних стадиях, когда речь идет уже об отвращении к работе и людям. Отпуск в этом случае не поможет: съездил, вернулся — ничего не поменялось. Выгорание лучше предотвращать, чем лечить.

### Факторы риска

Могут ли чрезмерная нагрузка и ненормированный рабочий день приводить к выгоранию? Возьмем при-

мер из медицины. Как устроена работа медсестры? Часто она не нормирована, есть огромный дефицит персонала, поэтому нужно одновременно быть в нескольких местах, еще и пациенты жалуются. При этом самой медсестре пожаловаться и рассказать о своей усталости некому. В итоге медсестра выгорает, качество ее работы снижается. Было даже исследование: у выгоревших медсестер чаще умирают пациенты.

Еще один фактор риска — жесткий и директивный стиль управления в организации. Например, у нашей медсестры не просто требовательный, а деспотичный руководитель. Мы знаем, что существует пресловутый человеческий фактор — вероятность совершить промах или ошибку. Хорошо выстроенная система позволяет минимизировать вероятность ошибок, но все равно остается риск их возникновения. Предположим, медсестра совершила ошибку. Она расскажет о ней деспотичному, грубому руководителю? Нет. А ведь

согласно данным исследований сокрытие ошибок не только приводит к их повторному возникновению, но и повышает риск выгорания у того, кто эту ошибку совершил.

Также исследования показали, что существует тип личности, в большей степени подверженный выгоранию, — в англоязычной литературе он называется «Тип А». К нему относятся активные, амбициозные, экспрессивные люди, склонные к достижениям. Если человек склонен к «достигаторству», высоким результатам — то неудачи он будет воспринимать острее, чем люди менее амбициозные. Кроме того, такие люди не склонны обращаться за помощью и пользуются неэффективными копинг-стратегиями: алкоголь, другие психоактивные вещества, адреналин-содержащие виды спорта. В краткосрочной перспективе эти способы приносят облегчение, а в долгосрочной перспективе действуют разрушительно и усугубляют выгорание.

*Копинг-стратегии (англ. coping strategy) — когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, с помощью которых человек справляется со стрессом*

Следующий фактор риска — возраст. Для разных профессий возрастная планка разная. Для медработника это 40 лет, если он не выгорел до этого возраста, дальше риски снижаются.

### Что делать?

Если мы говорим о грубых нарушениях на поздних стадиях — нужно уходить из профессии хотя бы на какое-то время. Об этом сложно говорить, потому что сразу представляешь реакцию: «А семью кормить на какие деньги?» Я понимаю этот вопрос, но тут всегда есть обратная сторона: выгорание — это защитная реакция психики на невыносимую ситуацию. Если человек на той стадии, что ненавидит людей, которые ждут от него помощи, больше всего будет страдать он сам, его семья, близкие. Вопрос карьеры уже не стоит, стоит вопрос выживания. Я сталкивалась со случаями, когда выгоревшие медики уходили в профессиональные сферы, где нет взаимодействия с людьми.

### Работа с выгоранием — это его предотвращение

Выгорание — это проблема здравоохранения в целом.

На уровне устройства системы должны работать программы, направленные на профилактику выгорания. Руководители организаций должны быть обучены тому, как эмоционально поддерживать своих сотрудников, должны следить за тем, чтобы их труд был нормирован.



В идеале любой сотрудник должен иметь возможность подойти к руководителю и рассказать, например, о своей обиде, злости или усталости. «Я бился для этой семьи, сопровождал их, а на меня еще и жалобу написали!» Руководитель в ответ должен проявить эмпатию: «Как же обидно, что тебе ничего хорошего не сказали! Понимаешь, это потому, что у них стресс и они не понимают, как это было трудно. Но мы-то все понимаем». Этих слов бывает достаточно.

Да, это функция руководителя — присматривать за психологическим благополучием своих сотрудников. Если руководитель видит, что сотрудник не выполняет свои обязанности адекватно, увеличилось количество жалоб на него, он часто болеет, — это повод для того, чтобы инициировать разговор. «Как твои дела? Как ты? Может, тебе в отпуск пойти вне очереди?»

Следующий уровень — собственная ответственность человека. Иногда кажется: вот я поработаю еще, посплю 4 часа — и ничего особенного со мной не будет. Нет, так не работает. Свое собственное благополучие у профессионала должно на первом месте! Там, где есть баланс, где высокое качество жизни вне работы — там и работать ты можешь долго и интенсивно.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

**Роберт Сапольски**  
«Почему у зебр не бывает инфаркта.  
Психология стресса».

**Иван Кириллов**  
«Стресс-серфинг: стресс на пользу  
и в удовольствие».



# СТРАТЕГИЯ: ВОЛОНТЕР



За последние 10 лет количество волонтеров в России выросло на 13%. Минэкономразвития России подсчитало, что в России около 7,5 миллиона человек вовлечены центрами поддержки волонтерства на базе НКО, государственных и муниципальных учреждений в добровольческую деятельность.

Лена Сибирцева собрала разные истории волонтерства, позволяющие увидеть диапазон возможностей помощи, а также то, какие дары эта помощь приносит самому волонтеру.



Автор  
Лена Сибирцева,  
журналист

## Настя Рябцева

Социальный журналист  
Иерусалим

Волонтерство изменило мою жизнь. Я приехала из Израиля в Петербург в 2013 году, у меня было много бюрократической волокиты. Я поняла, что срочно нужно придумать что-то, что было бы для меня якорем здесь и сейчас. К этому моменту я уже полгода как читала посты Гриши Свердлина (основателя фонда «Ночлежка»), меня тянуло туда, мне казалось, что там люди делают удивительное интересное дело. Я написала Грише, что хочу побыть волонтером, он ответил — «Приходи в гости». Сейчас, конечно, так волонтером не становятся, а тогда было так, запросто. Я пришла, Гриша сказал: «Ты журналист, собери, пожалуйста, истории наших подопечных». В тот год я делала для «Ночлежки» всё, что умела: собирала истории подопечных, играла бездомным на гитаре в библиотеке, ездила в ночном автобусе, складывала оригами, придумывала открытки. Я просто думала: «Что я делаю хорошо? Что я хочу сделать?» — и делала это. Открытое пространство, в котором можно было всё. И это изменило мою жизнь, мою профессию. Благодаря историям бездомных, которые я стала собирать, я решила, что точно не хочу возвращаться в рекламу. Решила после рождения ребенка искать работу в благотворительности. Моё волонтерство сделало меня социальным журналистом, потому что в итоге появился проект «Сами виноваты» и «Правила жизни бездомных» в «Таких делах». Это была невероятная встреча с миром. Появилось важное чувство: то, что я делаю, — имеет смысл.

Когда я только начала собирать истории, у меня как раз был вопрос про смысл. Вот я послушала историю чьей-то разрушенной жизни. И что? Со временем я поняла, что сама возможность рассказать была важна людям, с которыми я говорила. Спустя 9 лет интервью мне позвонил бывший бездомный, просто рассказал, что у него дочь родилась. А другой позвонил поделиться тем, что он развелся. В какой-то момент я стала видеть, что истории реально приносят фонду деньги. Было захватывающе наблюдать, как мой текст через сутки набирал несколько сотен тысяч просмотров.

Но была и обратная сторона. Я нырнула в волонтерство с разбега. Брала по одной истории в неделю. И я выгорела.

*Началось с того, что я не могла купить себе стакан кофе, потому что знала, что кто-то живет на эти деньги неделю.*

Я попала в эффект свидетеля, который переживают военные корреспонденты, но по-своему. Я, милая девочка 25 лет, бросилась собирать истории, а у меня не то что психотерапевта не было, у меня даже мысли не было, что это может быть больно, сложно! Моему сыну было 8 месяцев, когда я взяла историю у парня,



который стал бездомным в 12. Когда ему было 10, его мама вышла из дома и не вернулась. Папа сошел с ума, спился, мальчик попал на улицу, употреблял наркотики. После этого разговора я три дня не могла выйти из дома. Я просто боялась, что выйду, со мной что-то случится — и я не вернусь к своему сыну. В общем, я не знаю, может, и нельзя сказать, что я «выгорела», но я приняла столько историй человеческого горя, что в какой-то момент не понимала, что с ними делать. А переставать относиться к ним без эмпатии я тоже не могла. В моем случае необратимых последствий не случилось. Я пошла на психотерапию, и это было правильным решением.

Моя волонтерская работа в благотворительности отличается от работы там же за деньги. Когда ты начинаешь работать, тыходишь в систему. А когда ты волонтер, то у тебя, например, совершенно не включается институциональная критика. Когда начинаешь работать, то начинаешь видеть недостатки, а флер «нашел свою стаю» рассеивается за рутинной. Волонтерство — это как романтическая влюбленность в социальную сферу. Мне кажется, хорошее волонтерство — от избытка сил, а выгорание начинается во многом, когда появляется «я должен». В добровольности много неконтролируемости, и поэтому организовать волонтеров — это огромная работа. Мне нравится отсутствие строгой точки входа в волонтерстве. Ты можешь стать своим, попробовать увидеть новый мир практически с порога. Ты оказываешься там, где ты особенно никому ничего не должен — и тебе никто не должен. Было бы здорово, если бы волонтеры были везде! В Госдуме, например.

## Иерей Андрей Мизюк

Саратов

Я служу с 2010 года в храме Серафима Саровского в Саратове. Это случилось осознанно, после светского вуза, взвешенное решение. В больницах я с самого начала. Сначала был центр термических поражений, потом перинатальный центр, почти 8 лет. В инфек-



ционный госпиталь впервые я попал как священник почти в самом начале пандемии: ходил причащать своего хорошего знакомого доктора. Она скончалась от коронавируса.

### Через полгода я пошел в красную зону на регулярной основе.

Это психологическая поддержка, какая-то мелкая помощь, как санитар. Конечно же, исповедь и Причастие. Сам переболел дважды. Здесь есть нюанс. Пойти туда в силу больших рисков можно только добровольно. Я попросил благословения правящего Архиеерея в самом начале. И с тех пор стараюсь бывать у ковидных больных не только в стационарах, но и дома. Я знаю, что некоторые батюшки участвуют в донорских акциях. В нашем приходе (и не только в нашем) организованы бесплатные обеды для бездомных. Мы всегда открыты для работы с волонтерскими движениями. Волонтерство — это добровольное служение людям. Это в каком-то смысле образ жизни, мышления. Однажды попробовав, уже сложно перестать так жить.

## Наталья Ваганова

Психотерапевт, эмбодимент-фасилитатор  
Нижний Новгород

Я работаю психологом 13 лет. В моей профессиональной жизни волонтерская деятельность была всегда. Почему я это делаю?

Когда я училась на эмбодимент-фасилитатора, то одним из критериев хорошей работы был принцип «тиккун олам» («изменение мира» на иврите). Если есть что-то большее, ради чего ты работаешь, то это большее поддерживает тебя, и ты можешь выбирать делать это за деньги, за большую или меньшую сумму, или без оплаты. Ведь это важно — менять мир.

В своей жизни я столкнулась с волонтерской позицией помогающего специалиста, когда сама находилась в сложной ситуации. Я пришла в терапию и в какой-то момент столкнулась с финансовыми трудностями. Терапевт предложила волонтерскую схему из своего опыта. Ей нужна была тренерская поддержка в спорте, но она не могла платить.

*Тренер предложил: «Я буду работать с тобой бесплатно, а ты продолжишь эту цепочку, работая без оплаты с теми людьми, кому нужна помощь, но нечем платить».*

Я вижу это как расходящиеся по воде круги.

Сейчас я волонтер на линии психологической поддержки, и у меня много волонтерской деятельности в проекте «Дом удивительных людей». Это граждан-

ская инициатива, которая появилась 3 года назад. Люди, работающие в нем, считают, что ситуацию с системой проживания молодых людей с инвалидностью (в том числе с ментальной) хорошо бы изменить, расширяя количество выборов, вариантов поддержки семей, в которых проживают такие люди.

То, чем волонтерская деятельность для меня отличается от работы за деньги, — это ощущение большей свободы. Когда я работаю за деньги, я работаю с человеком по его запросу. Это четкие рамки, мне очень внимательно нужно их выдерживать. Это хорошо и правильно в отношении клиента. А когда я волонтер, то рамки моей работы шире. Я работаю не только на запрос клиента, а на мое представление о том, как делать хорошо. Как волонтер я, например, меньше боюсь ошибаться.

## Марфа Хромова-Борисова

Администратор паблика  
«Петроградская диаспора»  
Санкт-Петербург

Наш паблик в фейсбуке (*социальная сеть Facebook признана экстремистской организацией и запрещена на территории РФ*) — районный, для жителей Петроградской стороны. Ему 10 лет, он насчитывает 127 000 участников. Администраторов четверо, мы делаем обычную админскую работу — модерлируем сообщество, то есть вручную одобряем заявки на вступление, читаем посты и комментарии, следим за форматом общения, отвечаем на вопросы. Всё это мы делаем бесплатно, но я никогда не относилась к этой «общественной нагрузке» как к волонтерству. Для меня волонтерство всегда было синонимом активизма. Волонтер — это человек, который куда-то идет, с кем-то общается, что-то делает руками, но уж точно не сидит в интернете. Прошло немало времени, пока мы с коллегами поняли, что «Диаспора» и есть наш активизм. Плановый, ежедневный. За время существования сообщества мы сформировали площадку для реализации самых разных идей, инициатив — в том числе волонтерских.



## Наши участники придумали, например, сажать растения на пустыре.

Петроградская сторона — исторический район, и участники сообщества активно занимаются сохранением исторического наследия, реставрацией, спасением дверей, витражей — и делятся с читателями опытом и вдохновением.

Вообще история добровольной взаимопомощи — базовая идея любого соседского паблика — пересекается с идеей волонтерства. От просьбы «одолжите шуруповерт» и вопросов «а где починить обувь» или «куда сводить ребенка на танцы» до ощущения того, что никто не одинок, если нужна поддержка, она обязательно найдется.

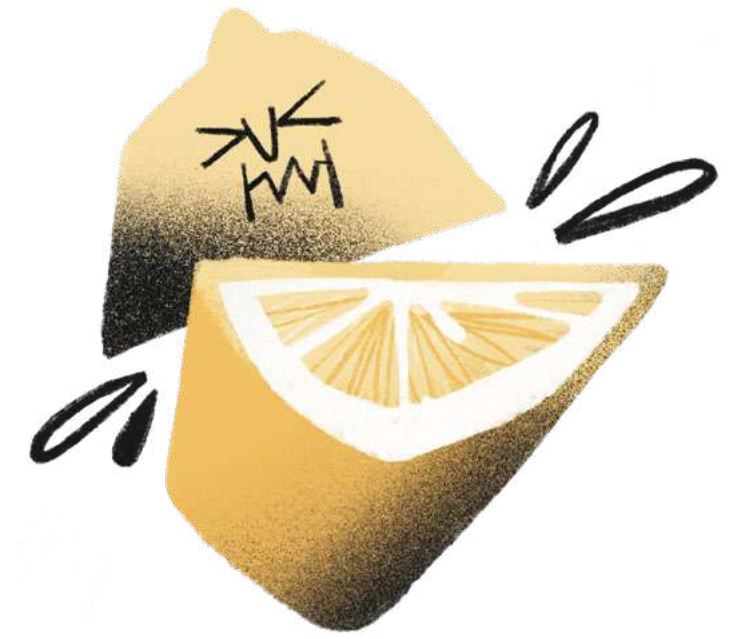
Я хочу рассказать об инициативе, которая пришла нам в голову два года назад, в начале пандемии. Конечно, наша аудитория интересна рекламодателям, ведь это живые люди, объединенные районом проживания. В какой-то момент рекламы стало много, и мы сделали ее платной, но решили все эти деньги отправлять в фонд «АдВита». Это благотворительный фонд, который тоже базируется на Петроградской стороне и занимается помощью онкологическим больным. Инициатива прижилась. Многие люди признавались, что отправляли эти деньги за рекламу в фонд с особым теплым чувством. Почти у каждого есть какие-то личные истории о потерях, боли. Получилось, что эта модель абсолютно выигрышная для всех. С помощью неё в фонд поступило около 250 000 рублей.

## Клавдия Коршунова

Актриса театра «Современник», актриса кино,  
член попечительского совета фонда  
«Дом с маяком»  
Москва

Мне кажется, что актерский труд существует на границе волонтерства. Ощущение того, что ты можешь что-то делать за идею и без денег, жило во мне всегда как естественное, нормальное. Актерский труд неосязем. Кому-то понравилось, кому-то нет, но я потрогать свой результат не могу. Мне очень хотелось заняться чем-то, что точно полезно и нужно. Идти в больницу или хоспис я не решалась. К хроническому волонтерству, которое граничит с работой, когда вместо зарплаты я получаю ощущение собственного достоинства, я пришла случайно. В соцсетях я увидела видео актрисы Даши Мельниковой. Она ела лимон. Даша предложила флешмоб — «лимон добрых дел». Если съел лимон и не поморщился — окей.

*А если не смог съесть лимон или поморщился — переведи тысячу рублей в фонд «Дом с маяком».*



Я была под огромным впечатлением! И от того, что Даша съела лимон и не поморщилась. И от того, что Даша, хрупкая и юная девушка — помогает детскому хоспису. Я написала комментарий «Как здорово, как бы я хотела быть полезной хоть чем-то». И мне тут же написали из фонда! Это отработанная практика. Знакомство стало сродни клятве. Я как будто дала слово, что я этим займусь, обратной дороги нет. Шаг за шагом я стала привязываться к фонду, к его подопечным, к этой работе. Меня до сих пор можно назвать волонтером, хотя сейчас я уже член попечительского совета.

Когда мы говорим о волонтерах, мы прежде всего представляем простую непосредственную помощь: принести сумки, отвезти на машине, посидеть с больным человеком. Но волонтерство гораздо многообразнее. Есть волонтеры-парикмахеры, волонтеры-кондитеры, есть те, кто читает сказки детям, показывает фокусы, ставит спектакли, то есть создает благоприятную среду в хосписе. Я волонтер-актриса и волонтер-продюсер. И тут важно заметить, что любой человек, который занимается волонтерством, помогает самому себе. Кому-то нужно себя простить, кому-то ощущение собственной полезности. А иногда получаешь ещё больше. Когда я пришла в фонд, я ощутила, что у меня появился новый внутренний мотор. Мне очень хотелось развиваться, например, выйти за рамки актерства, но мне мешали внутренние сомнения. И все они для меня исчезли в процессе работы в фонде — потому что нужно было делать дело. Я думаю, что всё лишнее уходит, потому что начинаешь работать не ради себя. Полтора года назад я решила, что фонду нужен благотворительный спектакль, сборы от которого поступали бы подопечным. Так я дебютировала как продюсер, и мы выпустили в «Современнике» спектакль «Мам, а кто это на фото?». Спектакль уже больше года идет в репертуаре театра «Современник», он уже принес фонду более 5 миллионов рублей.



**Эдриан Сарджент**

Доктор наук, директор Institute for Sustainable Philanthropy, ведущий специалист по фандрайзингу

**Джен Шанг**

доктор наук, первый в мире специалист в области психологии филантропии

**Почему люди жертвуют**

Филантропия становится острой потребностью в беспокойные времена. Некоторые из нас готовы пожертвовать последним, другие, даже находясь в более привилегированном положении, не столь отзывчивы. Очевидно, что за мотивацией дарить, донорствовать и помогать стоит целый комплекс психологических предрасположенностей и социальных факторов. Мы решили разобраться с этим вопросом и обратились к исследованиям двух ведущих специалистов в области психологии филантропии — Эдриана Сарджента и Джен Шанг.



Автор  
**Ксения Калашникова**,  
редактор, переводчик

**Кто и почему становится благотворителем**

Исследование Школы филантропии семьи Лилли Университета Индианы показало, что люди с более высоким уровнем образования (со степенью бакалавра или магистра) чаще жертвуют на благотворительность, чем люди с более низким уровнем образования. Так и те, кто зарабатывает больше денег, чаще делают пожертвования. Однако для того, чтобы помощь приносила плоды на нейробиологическом уровне, вовсе не обязательно быть финансово обеспеченным. Длительное исследование, проведенное учеными из Университета Буффало, показало, что такие виды помощи, как выполнение просьб, приготовление еды и уход за детьми, приводят к снижению общего уровня смертности. Главное условие пользы такой благотворительности — «ресурсное состояние». Именно в таком случае она способствует личностному развитию, совершенствует навыки и способности, углубляет понимание социальных проблем.

Джен Шанг считает, что доноры должны иметь не только достаточные средства для пожертвования, но и искренние тягу и интерес к благотворительности. Помимо практических мотивов, побуждающих людей к пожертвованиям или волонтерству, существует набор личностных черт, стимулирующий людей жертвовать другим. Исследователь Стивен Клакстон-Олдфилд в 2010 году провел анализ черт добровольцев хосписа. Результаты его исследования показали, что волонтеры отличались от не-волонтеров по следующим признакам: у них были гораздо выше уровни экстраверсии, открытости и уступчивости. Волонтеры ориентировались на других людей, были готовы к взаимодействию, открыты новому опыту и стремились к позитивным отношениям с окружающими.

Психологи, работающие с темой благотворительности, утверждают, что помимо психологической предрасположенности, существует несколько основных причин, почему люди становятся филантропами или волонтерами. Это, например, уважение к некоммерческим организациям и желание ассоциировать с себя с их деятельностью. Журнал Scientific American отмечает, что большинство людей стремятся быть как можно более щедрыми, а человеческий мозг испытывает более яркую радость от дарения, чем от получения подарков (здесь учитывается и жертвование собственного времени).

*Экономическая теория Warm-Glow Giving (дословно можно перевести как «благотворительность тепло-го настроения») описывает удовольствие, которое испытывают жертвователи. В основе этого переживания лежат эмоциональный*

*подъем, удовольствие от причастности ко всеобщему «хорошему делу», ощущение себя на «правильной» стороне и наслаждение собственными решениями.*

**Не каждый даритель благороден**

Филантроп — это всего лишь ярлык, который мы используем для описания человека, который «стремится содействовать благополучию других путем щедрого пожертвования денег на благие цели». Благотворительность может иметь разную подоплеку — некоторые дарители искренне заинтересованы в помощи людям, другие — ищут способ быстрого повышения социального статуса или пытаются снизить сумму налогового вычета. Часто пожертвования позволяют скрыть финансовые убытки и социальные проблемы, которые есть у компании-дарителя.

Такова история семьи Саклер: их фармацевтическая империя помогла им стать одной из самых богатых филантропических семей Америки, в честь них названы университеты и концертные залы, включая Смитсоновский музей. Вместе с этим они нажились на опиоидном кризисе в Америке, используя агрессивный маркетинг опиоидного анальгетика оксиконтин. Утаивая такие последствия приема, как высокий риск передозировки, приводящей к летальному исходу, а также развитие толерантности к препарату и стремительно прогрессирующую зависимость, Саклеры смогли «дестигматизировать» опиоидные анальгетики на фармацевтическом рынке США, заняв одну из лидирующих позиций на рынке обезболивающих длительного действия.

В 2007 году их компания согласилась выплатить 635 млн долларов в виде штрафа, что было ничтожно мало по сравнению с тем, насколько прибыльным стал этот препарат. Теперь филантроп и патриарх семьи Ричард Саклер работает над борьбой с опиоидной эпидемией — и зарабатывает на этом деньги — запатентовав новый препарат, помогающий отучить людей от опиоидов.

**Пожертвования как элемент рыночной системы**

Фонды, работающие с пожертвованиями, активно занимаются изучением психологии дарителей и строят на этом свои маркетинговые стратегии. Одно из наблюдений Эдриана Сарджента состоит в том, что подавляющее большинство волонтеров и благотворителей оставляют филантропическую деятельность после разового акта доброты. Это связано, в первую очередь, с тем, как функционирует наш мозг.



Благотворительная деятельность вызывает нейронную активность в тех областях мозга, которые соотносятся непосредственно с получением удовольствия и вознаграждения. Однако для того, чтобы пожертвования стали регулярными, этого недостаточно.

Сарджент предлагает рассматривать филантропию как услугу или товар. Для того, чтобы клиент (благотворитель) получил удовольствие от подобного «товара» на постоянной основе, должны быть соблюдены следующие параметры: прозрачность, доброжелательность и гарантии.

Волонтер или благотворитель должны понимать, как работает структура, которой они помогают финансово или действиями. Во-первых, он должен быть уверен в том, что его средства или действия будут применены максимально эффективно.

*Даритель расстается со своими деньгами навсегда, при этом не получая никаких гарантий, что лекарство, на которое он собирает деньги, поможет ребенку.*

Да, фонд не гарантирует выздоровление ребенка, но гарантирует, что честно отчитается перед дарителем за то, как потрачены его деньги.

Во-вторых, если лекарство помогло и ребенок выздоровел, благотворитель должен понимать, что у него нет особого статуса перед одариваемым. В задачи фонда входит постулировать безвозмездную основу вклада с самого начала отношений с дарителем. Эдриан Сарджент полагает, что для того, чтобы благотворительность была максимально эффективной как для дарителя, так и для получателя, необходимо проводить регулярные психологические тренинги для жертвователей, разъясняя все вышеперечисленное.

Ожидаемо эффективно работает похвала: психологи, работающие с филантропией, единодушно говорят о том, что использование определенной лексики в общении с филантропами может побудить их к более высокому уровню пожертвований. Джен Шанг, психолог-филантроп, рекомендует использовать в оценке действий доноров девять стимулирующих слов, такие как: добрый, заботливый, сострадательный, полезный, дружелюбный, справедливый, трудолюбивый, щедрый и честный. Использование подобной лексики направлено на то, чтобы потенциальные благотворители могли ассоциировать себя с желаемым образом и максимально проявлять свои внутренние ценности.

## ФИГУРЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ



### Екатерина Милова

должность	Директор по развитию Фонда борьбы с инсультом ОРБИ. Работает в фонде 9 лет.
образование	Инвестиционный менеджер и юрист.
что поддерживает в работе	Тот факт, что работа любимая; команда; пятилетняя дочь Полина — она же постоянный волонтер фонда ОРБИ с момента ее появления на свет.

«Наш фонд начинался 11 лет назад как Общество Родственников Больных Инсультом. За время работы мы трансформировались в фонд борьбы с инсультом ОРБИ — потому что прежнее название не вмещало все то, что мы делаем. К помощи родственникам прибавилась наша работа по снижению количества инсультов и тяжести их последствий, а также создание эргокомнат и обучение мультидисциплинарных бригад в региональных лечебно-профилактических учреждениях.

В середине марта этого года у нас должна была пройти стратегическая сессия, но мы ее отменили. С чем мы подошли к сегодняшнему дню: самое важное, с суперкомандой, которая прошла кризис 2020 года и знает, что такое работа в условиях ограниченного финансирования и неопределенности. Хотя сейчас все намного тяжелее — но тот кризис нас чуть подготовил и закалил. Сегодня мы уже столкнулись с отказом нескольких крупных корпоративных доноров от согласованных пожертвований, потому что компании все поставили на паузу. Также у нас слетели рекуррентные платежи (платежи по подписке или автоплатежи) из-за отключения Apple Pay и Google Pay, много отказов по картам.

На случай разного развития событий и, главное, разного объема пожертвований мы придумали несколько сценариев по изменению нашей программной деятельности. На чем мы сейчас концентрируемся: во-первых, на адресной помощи людям после инсульта и их семьям. Надо понимать, что мы не адресный фонд, и для нас это шаг в сторону от нашей стратегии, но сейчас это насущнее профилактики и других программ. Наша телефонная линия по инсульту 8(800)707-52-29 помогает семьям по всей России получить консультации психолога, юриста, специалиста по уходу, эрготерапевта, невролога и других. Во-вторых, мы продолжим реализовывать проекты, по которым в силу договоренности с партнерами или получены гранты на реализацию. Остальные программы переходят в режим ожидания и будут реализовываться, если найдутся партнеры».



### Екатерина Бартош

должность	Директор Фонда Хабенского. Работает в Фонде 8 лет.
образование	Юрист, экономист.
что поддерживает в работе	«Наш директор <b>Алёна Мешкова*</b> всегда говорила, что если в благотворительности делать все с умным, серьезным лицом, то долго работать ты просто не сможешь — выгорить. Ее наставления очень выручают».

«За годы работы Фонд Хабенского прошел путь от оказания исключительно адресной помощи до системной работы с подопечными, их семьями, врачами и медицинскими учреждениями.

Сегодня работа нашего Фонда скорректирована под новые обстоятельства. Координаторы программы «Адресная помощь» прорабатывают с врачами планы лечения наших подопечных и формируют под их потребности необходимое количество медицинских препаратов. Срочность этой работы объясняется в первую очередь повышением цен на медикаменты (сейчас мы приобретаем лекарства уже по другой цене, а в перспективе она будет еще выше), а также увеличением сроков их поставок из-за изменений в логистике.

Реабилитационные курсы для подопечных реализуются согласно ранее намеченному плану и графику программы «Терапия счастья» ввиду важности этого этапа восстановления: как и лечение, реабилитацию нужно проходить своевременно.

\*Алёна Мешкова руководила Фондом последние девять лет. В декабре 2021 года она ушла из жизни после продолжительной болезни.

Не останавливается и программа помощи медицинским учреждениям. Мы надеемся, что сможем реализовать в течение года большинство запланированных проектов. Но, к сожалению, часть намеченных ранее закупок приостановлена до понимания и выстраивания дальнейших логистических процессов. Их стоимость корректируется, очевидно, что потребуются увеличение бюджета и привлечение дополнительных средств.

Пока мы не планируем отказываться от запланированных Фондом проектов и объема оказываемой помощи. Будем делать все от нас зависящее, пока есть такая возможность».



# ПРИХОДИТЕ ЗАВТРА



Автор  
Оксана Прилепина,  
журналист

В начале 2022 года Левада-центр\* провел опрос, согласно которому 61% россиян считает, что государство должно обеспечивать полный спектр медицинских услуг.

Мы обратились к ведущим экспертам в разных областях с просьбой оценить тенденции в российском здравоохранении в области бесплатной медицины и рассказать, каким им видится ближайшее будущее отечественной системы здравоохранения\*\*.

\* Внесен Минюстом в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента.

\*\* Оценки были даны экспертами до 24.02.2022

## «Обществом правят консервативные идеи»

### Любовь Борусяк

социолог, ведущий научный сотрудник  
Московского государственного педагогического  
университета (МГПУ)

Российское общество совсем не готово отказаться от бесплатной медицины. Слухи о том, что спектр бесплатных услуг будет ограничен, вызывают в обществе резко негативное отношение. При этом, когда людей спрашивают, готовы ли они отдавать на медицину чуть больше налогов, чтобы она стала общедоступной и не было неравенства, они говорят: «Мы платим достаточно, пусть государство нам реализует те запросы на качественную медпомощь, которые у нас есть».

Недавно **Левада-центр** (внесен Минюстом в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента) провел опрос про справедливость в оказании медицинской помощи. Абсолютное большинство россиян придерживаются мнения, что весь спектр медуслуг должен быть доступен всем без исключения, при этом 70% не готовы платить более высокие налоги для улучшения медицинского обслуживания для всего населения России.

Критики здравоохранения много, но удовлетворенность за последние 10 лет повысилась, потому что, по мнению респондентов, улучшилась доступность медицинской помощи. Может, дело в бесплатных при-

вивках от ковида — эта ситуация в какой-то степени уравнила людей. Возможно, это связано еще и с тем, что появляются новые медцентры в больших городах.

Если оценивать ситуацию по регионам, то в Москве или нефтедобывающих районах спрос на платную медицину выше, чем в регионах бедных. И предложений, соответственно, гораздо больше. Социологи также отмечают высокое доверие к нетрадиционной медицине по всей стране.

Отношение к телемедицине пока негативное. Многие считают ее попыткой государства уйти от выполнения обязанностей.

*Люди слышат «теле» и думают, что встретят там нового Чумака, который будет заряжать воду перед телевизором.*

Обобщая сказанное, подытожу: российским обществом правят консервативные идеи. Никто не возражает против того, чтобы было два вида медицины, бесплатная и платная. Но в любом случае она должна быть на 100% доступна в полном спектре услуг вне зависимости от возраста, пола, доходов, национальной или расовой принадлежности.

## «Необходимо, чтобы у каждой поликлиники или больницы был частный собственник»

### Владимир Коршок

руководитель клиники «Чайка»

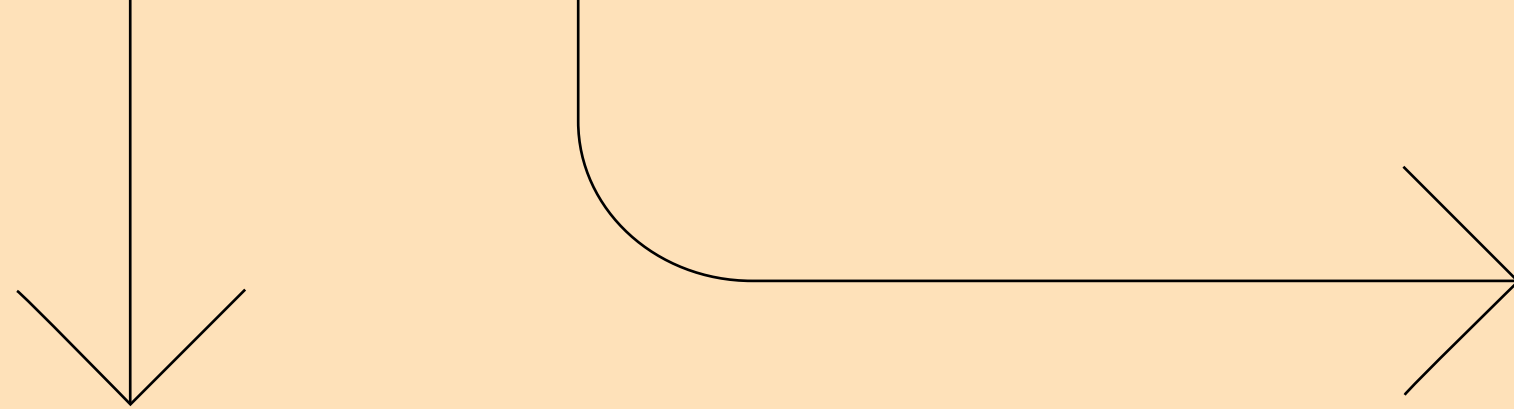
Так или иначе все должно прийти к стиранию границ между медициной по ОМС и коммерческой. Когда человек в медцентре может сам выбрать, за какой счет он будет получать ту или иную услугу: за средства фонда или свои. Можно оставить базовый полис и дать возможность купить более дорогой полис или доплатить надстройку к полису в клинике.

Если говорить более глобально, я за уменьшение количества регуляторов, которыми занимаются, например, Роспотребнадзор или Росздравнадзор. Я за то, чтобы на рынок вошли страховые компании. Что я имею в виду. У нас же ОМС — не очень-то и страхование. Это скорее фонд, который распределяет деньги. А я за то, чтобы пациенты могли выбрать полис из списка раз-

ных компаний, эти компании конкурировали, чтобы были настоящие частные операторы страховой медицины, которые договариваются с клиниками о тарифах. Чтобы не государственная комиссия тарифы выдавала, а шел диалог с каждой больницей, поликлиникой, сетью. И в полисе у человека было бы написано, куда он ходить может, а куда не может. Я бы в этом смысле сделал ОМС похожим на ДМС, но только убрал бы оттуда рудименты 90-х годов, добавив профилактику, например.

Если будут рыночные отношения, все само встанет на места. Не нужно никаких комиссий, нужно дать людям возможность легко совершать выбор. Необходимо, чтобы у каждой поликлиники или больницы был частный собственник, и он бы боролся за то, чтобы сделать свою больницу лучшей.





## «Чтобы повысить эффективность медуслуг, нужно разделить заказчика и исполнителя»

### Дмитрий Фадин

директор по стратегическому развитию и инновациям ИНВИТРО

В тенденциях развития российской системы здравоохранения я бы главной назвал попытку нащупать схему финансирования, которая бы оценивалась пациентами как справедливая.

*По моим наблюдениям, оплачивать лечение сами или с помощью близких могут примерно 50-60% людей — мы не берем тяжелые и дорогие случаи. То есть 40% людей и сами платят не могут, и за них заплатит некому. Доля таких людей однозначно вырастет.*

Этому процессу мешают три проблемы. Вопрос ответственности врача перед пациентом неразрешим, пока у нас субъектом на рынке является медучреждение, а не врач. Дальше — у нас отсутствует рынок медуслуг. Да, есть отдельные прекрасные учреждения, врачи, медсестры, но вы не всегда можете легко и своевременно попасть к нужному врачу. И, наконец, не решена проблема справедливой оплаты качественных услуг. Сейчас у нас есть только два уровня качества: достойное уголовное дела и достойное всяческого поощрения. В промежутках ничего нет.

Мы даже не можем сформулировать цели и задачи российского здравоохранения, потому что не считаем lifetime value.

*Lifetime value (LTV) — пожизненная ценность клиента — маркетинговый термин, означающий то количество выгоды, которую организация получает за все время взаимодействия с клиентом.*

У нас в этом месте нет целеполагания. Если мы хотим увеличить продолжительность жизни граждан или доступность медпомощи, из этого следует стабильное увеличение затрат на здравоохранение. Мы же хотим и увеличивать, и экономить, а это две несовместимые задачи.

Чтобы повысить эффективность медуслуг, нужно разделить заказчика и исполнителя. Это противоположные компетенции. Если бы заказчиком выступало государство, а исполнители были преимущественно частными, система работала бы надежно. Здесь важно тонко работать с тарифами. В сегодняшней ситуации большая часть частных компаний старается продать рентабельные услуги и не продавать нерентабельные. В результате нерентабельные ложатся на государственную систему здравоохранения, и она становится очень убыточной. Мне кажется правильным использовать деньги граждан для дофинансирования убыточных медуслуг. Идея не нова, но этого не делается из опасения, что всех пациентов начнут заставлять доплачивать.

Я — за долгосрочные программы с горизонтом в 30 лет, в том числе в системе управления. Это могла бы быть модель, основанная на разделении рисков. И в ней нужно расширить количество игроков. Риски можно снизить не только за счет страховых компаний, но и за счет производителей медицинских изделий, технологий и так далее. Например, компания получает оплату за дорогостоящее лекарство только в том случае, если оно позволило достичь определенного результата пациента, заранее оговоренного. Понятно, что за того пациента, результат которого получился удовлетворительным, мы заплатим чуть больше, но зато в целом система окажется более справедливой. Если большая часть пациентов не получит результат, то производитель уйдет с рынка. Я думаю, наилучшая модель — это та, где участники делят риски в той части, на которую могут влиять.

Главное, не отягощать прогресс избыточными требованиями. И учитывать мнение самого пациента в оценке качества системы работы. Я бы обратил внимание на невероятно эффективный опыт Сингапура и Новой Зеландии, где не пациент и не медучреждение, а врач стоит в центре системы здравоохранения.

## «Если бы граждане видели, сколько денег идет в бюджет, они бы активнее требовали качества медпомощи»

### Василий Власов

профессор ВНИУ ВШЭ, доктор медицинских наук

Можно сказать, что вопрос об эффективности услуги никак не связан с платностью. Но такой ответ будет слишком теоретическим, нужно добавить деталей.

Сегодня в развитых странах все идет к тому, чтобы помощь была бесплатной для пациента, чтобы в момент перелома ноги не нужно было искать деньги. Кто за это платит — второй вопрос. В разных странах это решается по-разному. В России это налог, которым распоряжаются чиновники. Почему такая ситуация сложилась? Если бы граждане собственноручно делали взносы и видели, сколько денег идет в бюджет, они бы активнее требовали качества этой медпомощи.

*Получается ситуация, когда люди у нас идут за медпомощью как за подающим от государства.*

Может ли эта помощь быть эффективной? Может. Под эффективностью обычно понимают узкую задачу предотвратить смерть. А я считаю, что эффективность — это когда человек может получить помощь, когда возникает нужда. У бесплатной помощи, конечно, много недостатков. Обращаются к врачу чаще, чем надо, не исполняют назначений, пропускают назначенный прием, безосновательно вызывают «скорую». Но это легко устраняется небольшими штрафами.

Я думаю, что в ближайшей обозримой перспективе существующая система будет колебаться между сдвигом к настоящей страховой системе и сдвигом к государственной системе. Сегодня взносы в фонд ОМС явля-

ются фактически налогами. Но в рамках страховой организации медпомощи граждане могли бы получать помощь везде, в том числе и в частных медорганизациях, организациях соцпомощи. Фонд медстрахования оплачивал бы ее независимо от того, в какой организации эта помощь получена.

Такая работа требует развитого регулирования и больших усилий со стороны организаторов фонда ОМС, поэтому у нас, к сожалению, есть тенденция к тому, чтобы превратить эту систему в бюрократический государственный монолит, привязать человека к месту жительства. А между тем, помощь в отдельных регионах не очень высокого качества. Например, на Северном Кавказе она труднодоступна, и огромное количество жителей Чечни, Дагестана десятилетиями получали помощь в соседних Краснодарском крае и Ростовской области. Движение в сторону государственной системы будет происходить при оплате медпомощи из бюджета, как при советской власти, или как это происходит в Великобритании. И у этой системы есть серьезные достоинства.

В далекую перспективу я заглядывать не хочу. Для изменений нужны в первую очередь организационные и юридические решения. И широкое общественное обсуждение проблем здравоохранения, чтобы изменения были в интересах граждан.



# ФОТОСЕССИЯ ДЛЯ ВСЕХ ЖЕЛАЮЩИХ



Фотограф Татьяна Хессо оказалась в клинике «Три сестры» в качестве пациента после долгого пребывания в реанимации. Почти два месяца Татьяна не только занималась восстановлением навыков, но и фотографировала пациентов и сотрудников клиники.



Фотограф  
Татьяна Хессо





*«Мне было тяжело социализироваться. Я приходила в ресторан, видела людей и начинала плакать. Мысль снимать пришла внезапно. Во время занятий с психологом возник вопрос — что меня может поддержать? И я подумала, что съемка. Мне привезли фотоаппарат, я написала объявление и повесила около лифта: «Готова провести фотосессию для всех желающих».*





*«...Для меня это было своеобразной психотерапией, потому что это был способ знакомиться и общаться с людьми. Еще классно было подлавливать сотрудников, которые не замечали, что их фотографируют. Это меня спасло от зимних депрессивных мыслей и очень отвлекло от боли».*





# Три сестры



Мы возвращаем простые радости