

ЖУРНАЛ О КУЛЬТУРЕ ЗДОРОВЬЯ

ТРИ СЕСТРЫ

2020°5



ЭТО ЛЕЧИТСЯ



Этот номер мы задумали в январе. Пандемия тогда еще не перевернула нашу реальность. Но год уже начался тяжело — умер Андрей Павленко. Мы горько переживали его уход. Чтобы поддержать его дело, мы начали работать над номером для пациентов с онкологическим диагнозом.

Первым было интервью с онкологом Михаилом Ласковым об онкоскрининге. С директором благотворительного фонда «Живой» Викторией Агаджановой поговорили о выпуске международных гайдлайнов по онкологическим диагнозам. Создали с докторами «Трех сестер» материал о том, как строится реабилитация для детей и взрослых после онкологических операций. Ответили с нейрохирургом на вопросы об обезболивании.

Разбирая на части качественную онкологическую помощь, подобрались к еще одной важной теме — медицинскому уходу. Рассказали, как это устроено в нашей клинике, и узнали, как справляются родственники пациентов, которые сами ухаживают за своими близкими дома.

Посвящаем этот выпуск всем, кого любим и по кому скучаем.

Анна Симакова,
управляющий партнер
Центра реабилитации
«Три сестры»

О редакции

Главный редактор
Екатерина Бондаренко

Арт-директор
Дарья Винокурова

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», №5, 2020 г.
Отпечатано в России.
Компания «Нетипография».

Подписано в печать 10.09.2020 г.
Тираж 1 тыс. экз.

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

Содержание

2020°5

Это лечится

Выживут тревожные | 4
Онколог Михаил Ласков о ранней
диагностике рака

Виктория Агаджанова: «Пациенты
с онкологией часто просят
не денег, а информации» | 7
Директор благотворительного фонда «Живой»
рассказывает о пациентских гайдлайнах
по лечению рака

«Страхование — это доступ
к самым передовым медицинским
технологиям» | 10

Основатель проекта «Онкострахование» —
о том, что мешает людям страховаться
от онкозаболеваний

Реабилитация пациентов
с онкологией | 12

Специалисты клиники «Три сестры»
рассказывают о специфике работы
с онкологическими пациентами

«Я пробую все, кроме струи
барсука» | 16

Пациентка центра «Три сестры» Елена Елистратова
рассказывает о том, как последние четырнадцать
лет борется с раком

Как это работает

Как измерить свою
и чужую боль | 22
Рассказываем, как устроены шкалы
по измерению боли и о том, как научиться
ею управлять

5 фактов о коммуникации
в клинике «Три сестры» | 28

Юлия Кауль: «Я живой тренажер
с тонкими настройками» | 30
Симулированный пациент рассказывает
о своей работе

Год я работала сиделкой | 36
Нейропсихолог Валентина Варвашевич —
об опыте работы помощницей по уходу

Профессия помощник по уходу | 40
Как устроена служба ухода клиники
«Три сестры»?

Один день из жизни помощника
по уходу | 42

Интервью

Онкопсихолог Татьяна Субычева:
«Даже элементарные вещи могут
стать непосильными» | 34

Прилетай ко мне птичкой
Родственники тяжелобольных людей рассказывают
об опыте длительного ухода за близкими — с. 44



ВЫЖИВУТ ТРЕВОЖНЫЕ

Михаил Савельевич Ласков — онколог, гематолог, кандидат медицинских наук, руководитель «Клиники доктора Ласкова». Руководил группой химиотерапии опухолей центральной нервной системы и работал врачом-гематологом в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина. С 2010 по 2018 год консультировал взрослых онкологических и гематологических пациентов в Европейском медицинском центре.

Рак — тяжелое заболевание, которое сложно диагностируется на ранних стадиях и трудно лечится. Вокруг этой болезни много страха и фобий.

Онколог Михаил Ласков не только лечит пациентов, но и участвует в различных инициативах, позволяющих онконастороженным людям получать достоверную информацию, а пациентам больше узнавать о болезни и ее лечении. Мы поговорили с Михаилом Ласковым о ранней диагностике рака.



Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Давайте поговорим про онконастороженность. Когда человек в любом симптоме видит признаки рака, можно ли предположить, что это поможет ему вовремя заметить болезнь, если она все-таки случится?

Ко мне иногда пациенты приходят с тремя томаами истории болезни. Они ищут рак и который год не могут найти. Это может говорить о том, что нужна помощь психотерапевта. С другой стороны, если у тебя растет черная родинка, которая кровит, и при этом ты ничего не подозреваешь — это проблема.

Существуют ли доказанные факторы, провоцирующие возникновение рака?

Да. Курение и гепатит ассоциированы с повышенным риском возникновения рака. Но точно ли у вас будет рак, если вы курите? Нет, не точно. Зависит от того, в каком количестве вы курите, что именно, и от вашей персональной медицинской истории. Например, у людей с ожирением чаще встречается рак.

Основные факторы, которые могут повышать риск возникновения рака:

- Пожилой возраст
- Семейная история онкозаболеваний
- Курение
- Ожирение
- Алкоголь
- Некоторые виды вирусных инфекций, таких как вирус папилломы человека
- Длительное воздействие некоторых химических веществ (например, при работе с асбестом)
- Ультрафиолетовое излучение (солнечное, в солярии и так далее)

Значит ли это, что курильщику нужно точно делать КТ легких раз в год, а человеку с ожирением — скрининг желудка?

Поймите, избежать рака невозможно, нет рецепта, который гарантирует, что, если, например, вы не будете курить, у вас не будет рака легких. Да, курение в целом увеличивает вероятность заболевания, но если курить меньше определенного количества — не увеличивает. Все очень индивидуально. Делать скрининг или нет, нужно решать вместе с врачом.

Почему бы не делать скрининг регулярно, на всякий случай?

Потому что скрининг таит в себе много рисков. Зачастую в нем больше вреда, чем пользы. Скрининги, обоснованные с научной точки зрения, те, которые рекомендуют большинство врачей — это скрининги колоректального рака (рекомендован с 50 лет) и рака шейки матки для женщин (с 21 года). У них наибольшая доказательная база. Если у пациента нет семейной онкологической истории, задумываться о других скринингах нужно годам к 50.

Скрининг рака — поиск злокачественного новообразования у человека, не имеющего никаких симптомов опухоли. Например, маммография, колоноскопия.

При этом врачи обязательно должны рассказывать о возможных побочных эффектах. Будешь делать гастроскопию — можешь порвать пищевод. Я не говорю, что это часто бывает, я не хочу никого пугать. Но видел ли я это? Видел. Или сделали КТ и в легком нашли очаг в три миллиметра.

Согласно одному американскому исследованию на двадцать семь диагностических находок будет только один рак. Что это значит? Что остальным двадцати шести людям скажут: поздравляем, у вас образование в легких. И что это значит? Непонятно.

Что это за образование — неизвестно. Чтобы узнать, человека нужно прооперировать. Вырезать кусок легкого — вы понимаете, да, какие это риски? И человек вынужден ждать — вырастет образование или нет. Как меняется в этот период его жизнь? Думаю, не в лучшую сторону. Конечно, все зависит от его тревожности. Как-то раз мне знакомые психиатры сказали, что эволюция — это история выживания тревожных людей. Так что это естественно, что все оставшиеся люди очень тревожны, потому что иначе они бы не выжили.

Или возьмем для примера скрининг молочной железы, маммографию, при которой очень высок процент ошибочных диагнозов. Из десяти тысяч женщин, прошедших скрининг, рак найдут у пяти. При этом каждая вторая рано или поздно услышит «Ой, у вас тут образование, надо посмотреть». Каждой третьей сделают лишнюю пункцию, каждой пятой — лишнюю операцию. Поэтому, когда врач предлагает пациентке скрининг, он должен сказать: «Если эти цифры вас устраивают, пожалуйста, давайте». Это честно. Потому что люди думают — пойду проверюсь, ничего не найду. Нет. Все бывает сложнее — не всегда, но часто. Это как с лечением Covid-19. Бывает, что экспериментальные препараты вреднее, чем само заболевание.

Как вы относитесь к анализам на онкомаркеры?

К онкомаркерам для ранней диагностики я отношусь плохо.

На сегодняшний день маркера, который позволяет точно и эффективно проводить скрининг, за исключением PSA (скрининга рака предстательной железы), нет. PSA — это отдельная тема для научной дискуссии, кто-то за, кто-то против. Все остальное — точно не работает. Очень много ложноположительных ответов, когда маркер повышен, а рака нет.

Ясно, скринингом рака без особых показаний заниматься не нужно. А что тогда является симптомами, которые должны насторожить человека и побудить его пойти к врачу?

К онкологу каждый год ходить не нужно. Если вас беспокоит симптом, который сохраняется некоторое время, нужно идти к терапевту. Симптомы могут быть самые разные — кашель, неприятные ощущения в желудке, повышенная температура. Если недомогания регулярны, не нужно ждать месяцами, идите к терапевту. Хорошо, если это постоянный врач, который хорошо вас знает. Нужно регулярно самостоятельно осматривать родинки — не изменилась ли форма, нет ли крови. Если родинка кровит, нужно насторожиться и пойти к дерматологу.

Поддается ли рак профилактике?

Профилактика рака — это, во-первых, не курить, все-таки курение ассоциировано с 15 видами рака. И держать себя в хорошей физической форме, заниматься спортом. ☺

Онкомаркеры — белки, которые обнаруживают в крови или моче пациентов с раком.

Виктория Агаджанова: «Пациенты с онкологией часто просят не денег, а информации»

Год назад Фонд помощи взрослым «Живой» поддержал инициативу Клиники доктора Ласкова и перевел на русский язык пациентские гайдлайны по онкологии, выпущенные американской ассоциацией онкологов. Это брошюры, написанные понятным языком специально для пациентов. Гайдлайны призваны помочь людям сориентироваться в своем заболевании и методах его лечения. Виктория Агаджанова, директор фонда «Живой», рассказывает о том, зачем пациентам их читать.



Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Почему вы решили перевести гайдлайны на русский?

Процентов тридцать из всех обращений в фонд — это пациенты с онкологией. К сожалению, большинство обращается тогда, когда это уже четвертая стадия с метастазами. Интересно, что часто люди просят не денег, люди просят информацию. И понятно, почему. Если вы наберете в поисковике «у меня рак, помогите, что делать», там вылезет — «запишитесь на внутривенные вливания содового раствора». «Поможет измельченный желчный пузырь кобры!». Мы возвращаемся к знахаркам, травникам, гомеопатам. У нас огромная нехватка информации. Люди не знают, куда идти, не знают, в какой очередности действовать. Когда мы с нашими врачами, и в первую очередь с Михаилом Ласковым, который курирует онкологическое направление экспертного совета фонда, поняли, что народ готов лечиться лекарством для собак, мы запустили проект по переводу онкологических гайдлайнов для пациентов.

Сейчас на сайте «Живого» доступны гайдлайны по раку желудка, кишечника, легкого и молочной железы. Что внутри?

Гайдлайны рассказывают об изменениях, которые происходят с человеком во время болезни, о вопросах, которые стоит задать врачу. Много информации о питании, режиме отдыха, возможных вариантах терапий. Они подходят человеку, который только что узнал, что у него рак, и тем, кто проходит долгое и трудное лечение. Всего мы планируем постепенно перевести 16 гайдлайнов по наиболее распространенным видам онкозаболеваний. У людей очень много вопросов, которые требуют регулярной поддержки врача. Такой возможности в условиях, когда у врача 12 минут на прием, нет. Если бы я сама прочла это, когда моему близкому человеку диагностировали онкологию, я бы не металась в поисках врачей, клиники и способа лечения. Я бы не звонила доктору, чтобы спросить, можно ли пациенту с утра выпить кофе.

К кампании по переводу гайдлайнов на русский язык присоединяются и другие благотворительные фонды. Уже опубликованы гайдлайны Фонда борьбы с лейкемией и благотворительной программы «Женское здоровье» фонда поддержки женщин «Александра».

но врач точно может успеть дать пациенту ссылку и сказать: «Вот это прочитайте, переварите и на следующем приеме зададите вопросы». С другой стороны, мы с удивлением обнаружили, что многие региональные онкологи сами не знают того, что написано в гайдлайне для пациентов.

Чем, кроме информации и финансирования лечения, фонд помогает подопечным с онкологией?

У нас есть запрос на психологическую помощь — спасибо коллегам-психологам из «Ясного утра», мы направляем к ним. Дальше — мы хотели бы системно помогать пациентам, проходящим лечение, с реабилитацией. В России с этим пока не очень хорошо, потому что пока не будут переписаны программы и протоколы, сдвинуть ситуацию не получится.

За продолжительность жизни отвечает лечение. Говоря о реабилитации, мы говорим о качестве жизни.

Как у нас это обычно происходит? У нас происходит так: «Мы сейчас вас будем лечить. Будет плохо, тяжело, но вы боритесь». К ремиссии пациент подходит в состоянии, когда печень отказывает, потому что интоксикация от химиотерапии слишком сильная, когда выпали не только волосы на голове, но и брови, и ресницы, и весь организм словно рассыпается на куски. Очень часто человек теряет друзей, потому что больной человек — это тяжелый в общении человек. Остаются близкие, родные, которых после периода лечения самих надо реабилитировать. Дальше пациенту говорят: «Ну, а теперь мы ждем полгода, чтобы сделать проверочное МРТ и посмотреть, не выросло ли у вас чего». Эти полгода он живет в состоянии ужаса, потому что думает — «второй раз я после этого не выживу». А тебе говорят: «Эти полгода вам на то, чтобы вы восстановились». Как восстановились? Куда мне идти за восстановлением? Те, кто владеют информацией, начинают выходить, начинают плавать в бассейне, ходить в тренажерный зал, хотя бы гулять по парку. Это хорошо, но это все равно не та реабилитация, которая нужна. Важно понимать, что реабилитация — медицинская задача, необходимо, чтобы процессом реабилитации руководили врачи. В России сейчас, к сожалению, с онкорезабилитацией большая проблема, эту задачу необходимо решать на системном уровне.

Как это должно происходить, как это происходит, например, в Греции? Во-первых, реабилитация идет параллельно с лечением. Во-вторых, она является



завершающим этапом лечения. Это критически важная вещь, потому что, например, при удалении опухоли молочной железы удаляется также и часть лимфоузлов. У пациентки может возникнуть проблема с лимфодренажем, будет застой лимфы, а это чревато ухудшением качества жизни, потерей трудоспособности.

Этого может не произойти, если человек будет проходить физическую терапию. Мы даже экономически от этого можем выиграть: вместо того, чтобы потом оплачивать лечение новой проблемы, часть денег нужно сразу направлять на оплату реабилитации. Человек в этом случае гораздо быстрее может вернуться к нормальной жизни, выйти на работу, платить налоги.

Сталкиваетесь ли вы с желанием пациентов лечиться не в России, а за рубежом?

Мы не работаем с зарубежными клиниками. Но да, наши люди все равно всегда считают, что зарубежное лечение лучше, чем российское, и забывают о двух факторах. Во-первых, современные технологии позволяют обмен опытом проводить со скоростью звука. Доктора, кото-

рые оперируют и лечат в хороших российских клиниках, поверьте, в курсе всех мировых тенденций. Второй фактор — финансовый. И он не учитывается в 99% случаев. Как это происходит? Пишет пациент в Израиль. У меня есть подозрение, что в Израиле есть какая-то специальная женщина, одна на всю страну, которая копирует и рассылает фразу «приезжайте, мы вас примем». Но, добавляет женщина, есть одно уточнение — анализы и обследования, которые уже есть у вас на руках, для нас совершенно неинформативны. Вы приезжайте, мы здесь все сделаем. Ему присылают красивый счет, например, на восемь тысяч долларов. Человек говорит: «Ну, восемь тысяч долларов я найду». Находит. Туда прибавляются, правда, еще билеты, проживание, сопутствующие расходы, виза, переводчик обязательно. Человек говорит: «Ладно, я найду и десять». Он не учитывает одну вещь. В этом счете нет лечения. Это то, что в России можно сделать, уложившись в 30 тысяч рублей. Он едет туда, ему говорят: «Вы знаете, вам в России правильно поставили диагноз». Дальше ему расписывают схему, он закупает препараты, чтобы колоть их в России, потому что это вполнину уменьшает стоимость лечения. И вот приходит он с этой схемой и своими препаратами в российскую клинику, и ему говорят: «Да, хорошая схема. Мы бы вам именно ее и предложили».

Как изменилась ситуация со сборами на подопечных с онкологией в связи с пандемией Covid-19?

Во время пандемии мы собирали на средства индивидуальной защиты, но сборы на пациентов с онкологией мы не останавливали. Пожертвований не стало меньше, но и не стало больше. Сейчас невероятно важно, чтобы пожертвования на онкопациентов и онкопрограмму фонда выросли, потому что для онкологических пациентов время — решающий фактор. ☺

Скачать пациентские гайдлайны по онкологическим заболеваниям



Когда человек идет учиться, например, на водителя трамвая, он же сначала проходит обучение, чтобы понимать, на какую кнопку можно нажимать. Здесь то же самое. Когда у вас тяжелое заболевание, нужно получить максимум информации по этому заболеванию. Это и будет тот каркас, на котором можно выстраивать общение с врачом.

Получается, гайдлайны и врачам облегчают работу?

Конечно! Прием врача в государственном центре строго регламентирован. У доктора на первичный прием, по-моему, 20 минут, на повторный — 12. За это время врач должен кроме общения с пациентом еще внести данные в карту. Пообщаться они вряд ли успеют,

«Страхование — это доступ к самым передовым медицинским технологиям»

Страховка от онкозаболеваний — сравнительно новый для России страховой продукт. Поговорили с основателем проекта «Онкострахование» Сергеем Катаргиным о стереотипах, из-за которых клиенты боятся покупать страховку, а страховщики вынуждены маскировать слово «онкология».

Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор



Сергей Катаргин,
основатель проекта «Онкострахование»,
генеральный директор компании
«Независимые Страховые Консультанты».

Чего люди боятся?

Боятся навлечь на себя беду. У меня родной брат говорит: «Я куплю себе полис и притяну к себе это заболевание, зачем я буду его покупать»? При этом существует генетический тест Yrisk, определяющий онкологические риски. Его придумали молодые ученые, очень симпатичные ребята, и вот они говорят, что онкология будет у всех. Просто не все до нее доживут, некоторые умрут от сердечно-сосудистых заболеваний. Стоит ли узнавать про эти риски — неизвестно, потому что тест покажет их наличие, но никто не сможет сказать, реализуются ли они и когда.

Каким вы видите будущее онкострахования?

Сейчас мы собираемся перезапустить наш проект. Мы хотим уйти от онкострахования как от бренда, расширив список критических заболеваний, который будет входить в страховку. Продукт, который мы сейчас разрабатываем, включает в себя страхование от кардиорисков, инсультов и онкологии. То есть от всех заболеваний с высокой статистикой смертности. Онкология идет последней, потому что мы стараемся ее не светить. Рассчитана страховка, в первую очередь, на корпоративных клиентов, и это связано с принципиальным пересмотром отношения к добровольному медицинскому страхованию (ДМС). По традиции, полис ДМС, который компания предоставляет сотруднику, — часть социального пакета, он обеспечивает работнику доступ к качественным медицинским услугам. На деле, если у сотрудника случается серьезная болезнь, страховка этого, чаще всего, не покрывает, а покрывает амбулаторную помощь, иными словами — визит к терапевту. Мы предлагаем компаниям сделать наоборот — застраховать людей от действительно серьезных болезней, а визит к терапевту не оплачивать или оплачивать его частично.

Существует исследование, согласно которому 88% людей считают, что их здоровье зависит от затрат на медицину и лекарства, что в корне неверно. Если рассмотреть факторы, которые на самом деле влияют на здоровье человека, то 50% это образ жизни, 20% — среда обитания, 20% — генетическая наследственность и только 10% медицинские расходы. Вывод один: чтобы снизить риски, связанные со здоровьем, надо заниматься профилактикой. ☺

Шесть лет назад вы придумали и запустили проект «Онкострахование». С чем это было связано?

У меня есть друг, у которого была опухоль на челюсти. По-хорошему, ему надо было вместе с операцией по удалению опухоли делать пластическую операцию. В России, честно говоря, таких технологий нет, а в Израиле в тот момент сказали: «да, окей, без проблем, приезжайте, 150 тысяч долларов, и мы все сделаем». Он не захотел продать квартиру и остался лечиться в России. Ну и сделали как сделали. Качество жизни очень пострадало. Я посмотрел на все это и постепенно начал погружаться в тему. Например, диагностика онкологии фактически не трансформировалась больше ста лет. Как это происходит до сих пор? Берется кусочек опухоли, биопсия, запаивается в парафиновый блок. Потом его нарезают тоненькими кусочками, запаивают эти тоненькие кусочки в стекла и кладут под микроскоп. Дальше патологоанатом или патоморфолог смотрит, есть там злокачественные клетки или нет. То есть это очень субъективный метод. Химиотерапии в том виде, в котором ее до сих пор применяют, тоже фактически 100 лет! Во время Первой мировой войны, когда военные травили друг друга химическим оружием, ученые обнаружили, что применяемый газ может останавливать рост злокачественных опухолей. Только в нашем тысячелетии придумали биологические

и иммунологические препараты, которые настраивают иммунную систему на борьбу с онкологическими клетками. Появились таргетные препараты, которые бьют конкретно по опухоли, не задевая вообще никакие здоровые клетки. Организм не подвергается такой сильной встряске, но они стоят очень дорого, бывает, что 5000 долларов за одну дозу. А их нужно каждый месяц, например, принимать. То есть новые технологии в любом случае приходят в онкологию. Но они, конечно же, дорогие. Поэтому для меня страхование — это способ получить доступ к самым передовым технологиям в медицине. При том, что в России онкологию каждый год диагностируют у 600 тысяч человек. И как минимум, один человек рядом с этим диагностированным пациентом должен подумать, подвержен ли он этому риску. А что со мной будет, если я заболею? Да, у нас есть определенная связка — онкологию лечат в государственных центрах. Но, опять же, государство закупает препараты широкого спектра действия, чтобы повышать выживаемость у большего количества пациентов. Качество жизни их интересует меньше.

Расскажите, на каком этапе проект сейчас?

Сейчас проект работает, но спроса на него нет. Онкострахование — это то, что отпугивает людей и плохо покупается. У меня есть даже цифры от страховщиков. Осознанный спрос — три процента проданных полисов. Страховки, вшитые в банковские продукты, мы не считаем. Фразу «Страхование от онкологии», например, в Яндекс в месяц забивает 300 человек по всей стране. Это очень мало. Рынок фактически не сформирован. Да, у каждой из топ-20 страховых компаний есть программы по страхованию от онкологии, но это трудно продавать, потому что есть определенное недоверие к страховой отрасли. Много скепсиса.

Когда мы запускали в соцсетях акции, рекламные кампании, люди приходили и говорили — «Мы знаем, вы сейчас деньги с нас возьмете, а потом ничего не заплатите. Все мы знаем». Ну и, конечно, это еще и страшная тема.

Люди боятся покупать страховку от онкологии.



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ

Специалисты клиники «Три сестры» рассказывают
о специфике работы с онкологическими пациентами

Записала:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Дмитрий Сумин
кардиолог

Роль лечащего врача в процессе реабилитации пациентов с онкологией требует особых навыков. Это касается, во-первых, психологического аспекта, а во-вторых — плана лечения.

Когда мы ведем пациентов после травм или инсульта, они знают, что впереди — восстановление. Оно может быть затратным по времени и ресурсам, но в конечном итоге пациент понимает, что во многом результат зависит от него самого. У пациентов со злокачественными опухолями, особенно если уже начались метастатические процессы, все иначе — существует болезнь, которая может вмешаться в прогресс. Это может угнетать пациента, влиять на его настрой. Лечащий врач должен быть тем человеком, который, с одной стороны, не даст пациенту потерять надежду, а с другой, будет уважать время пациента и следить за тем, чтобы он не тратил его зря. Чаще всего пациенты приезжают с запросом восстановить ходьбу и укрепить общее состояние — как пациенты с благоприятным прогнозом, так и паллиативные. На реабилитации мы занимаемся состоянием пациента вне зависимости от причины этого состояния, поэтому на методы работы диагноз никак не влияет.

Если говорить о специфике, такие пациенты часто имеют противопоказания к определенным процедурам — например, к массажу и электростимуляции. У них может быть особенный режим питания. Но главное — лечащий врач пациента с онкологией в процессе реабилитации должен особенно чутко относиться к жалобам пациента и регулярно связываться с его онкологом. Например, если возникает боль в мышцах или суставах — это может говорить о том, что прогрессирует опухолевый процесс. Насторожить может даже кашель, потому что он может говорить о метастазах в средостении. Взаимоотношения с пациентом должны быть выстроены так, чтобы пациент прислушивался к себе и мог в любой момент сообщить о своих проблемах.

Динара Камелденова
детский невролог

К нам на реабилитацию часто приезжают дети с опухолями головного мозга разной локализации. Например, у детей с опухолью в задней черепной ямке часто нарушены зрение и координация движений. Опухоль полушарий сопровождается судорогами, эндокринными нарушениями, нарушениями чувствительности. Одна из самых сложных для лечения локализаций опухоли — ствол головного мозга. У таких пациентов нарушены функции глотания и дыхания. Например, недавно в клинике закончил курс трехлетний пациент с опухолью в стволе головного мозга. Родион поступил в клинику после операции, он был истощен и боялся всех специалистов — потому что большую часть жизни он провел в больницах. Кормили его через гастростому. Мы выбрали для ребенка антидепрессанты, и постепенно он пошел на контакт со специалистами. Вскоре ребенку наладили самостоятельное питание. Риск аспирации (попадание еды или жидкости в легкие — прим. ред.) уменьшился, и в дальнейшем мы рекомендовали ему снять гастростому. Из-за локализации опухоли голова Родиона была наклонена вправо. Мы организовали среду и выбрали такие игры, чтобы мама подходила к Родиону с «нелюбимой» стороны, провоцируя его поворачивать голову. Из-за позитивного настроения мамы и ее готовности выполнять все рекомендации специалистов восстановление Родиона шло максимальными темпами.

Сергей Иваненко

старший физический терапевт

Когда я начинаю работать с пациентом, я не ориентируюсь на его диагноз. Я ориентируюсь на нарушения, которые у него есть. Различий в работе между пациентом после операции на головном мозге, например, и пациентом с черепно-мозговой травмой я не вижу. По физиотерапевтической клинической картине те сложности, которые у них есть с движением, практически идентичны сложностям пациентов с инсультом. В нейрореабилитации черепно-мозговую травму, инсульт и онкологию мы рассматриваем в едином комплексе. Просто механизмы поражения мозга разные.

Я даже не могу сказать, что существует разница в эмоциональном состоянии — потому что, например, пациенты после инсульта тоже часто бывают подавлены.

Для меня как для физического терапевта диагноз важен в нескольких случаях: во-первых, если я знаю причину возникновения нарушений, я знаю, быстрым или медленным будет прогресс, заранее понимаю, что возможен откат, если начнется рост опухоли. Во-вторых, если у пациента есть метастазы в позвоночнике, я буду с осторожностью предлагать определенные позы и упражнения. Метастазы в позвоночнике — частая причина перелома позвоночника при обычном разгибании спины. Метастазы во внутренние органы не являются противопоказанием для занятий, единственное, пациент, скорее всего, будет быстрее уставать. И в-третьих, у меня есть арсенал методов, которыми я могу уменьшить боль у пациентов после травм или инсульта, но с болью у онкологических пациентов физическая терапия не работает. У них боль необходимо купировать медикаментозно.

Боль при онкологии обычно возникает на поздних стадиях болезни. Это связано с тем, что опухоль становится достаточно большой и начинает сдавливать нервные структуры. Первым делом врачу нужно понять, где находится первичный очаг и есть ли метастазирование. Например, если у онкологического пациента возникла боль в ногах, необходимо сделать МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, чтобы проверить, нет ли там метастазов. Если позвоночник поражен — первым делом рассматривается хирургический вариант лечения и проводится подбор химио- и/или лучевой терапии.

Бывает, что хирургическое лечение невозможно или не привело к облегчению боли, а наркотические анальгетики неэффективны. Тогда мы прибегаем к методам малоинвазивного лечения (хирургическое вмешательство через точечные проколы, без разрезов, под контролем УЗИ или рентгена — прим. ред.), эта методика еще называется управление болью или pain management. Выбор тактики лечения зависит от предполагаемой продолжительности жизни пациента и эффективности обезболивания: при отсутствии длительного результата сложность вмешательства увеличивается.

Самое безопасное обезболивание — это блокада: анестетик вводится в место предполагаемой локации боли, например, эпидурально — напрямую в пространство между каналом позвоночника и твердой оболочкой спинного мозга. Продолжительность эффекта блокады зависит от используемого препарата. Если комбинировать анестетик с гормонами, то эффект обезболивания может продолжаться от 1-2 дней до месяца. Для хронического введения анестетиков пациенту имплантируют эпидуральный катетер, порт-систему или спинальную морфиновую помпу — это предотвращает травмирование вен.

Также мы можем предложить пациенту ганглиотомию — это частичное разрушение корешка спинномозгового нерва. После процедуры боль уходит в течение 3–4 недель. Кроме того, существуют операции, когда волокна, передающие боль, разрушают хирургическим путем прямо в спинном мозге. После операции у человека сохраняется движение, но вместо боли возникает онемение в теле. Эти операции проводятся в крайних случаях, если не помогают другие виды лечения, потому что у подобного вмешательства могут быть последствия — например, пациент может перестать самостоятельно дышать.

Елена Григорова

старший эрготерапевт

Эрготерапевт в процессе реабилитации пациента с онкозаболеванием занимается поддержанием качества его жизни. В первую очередь мы выясняем, какие ограничения — двигательные, когнитивные, эмоциональные, средовые — этому препятствуют. Возьмем для примера пациента после удаления опухоли головного мозга. Общее состояние такого пациента ослаблено, он быстро утомляется, и это затрудняет выполнение даже обычных дел. Эрготерапевт предлагает пациенту энергосохраняющие способы справиться с делами, например, на кухне: резать овощи не стоя, а сидя на высоком кресле. На нем же ему легко перемещаться от стола к раковине, отталкиваясь ногами. Эта область работы эрготерапевта с пациентом называется менеджментом повседневной жизни. Важно, чтобы «расписание» жизни стало совместным решением пациента и эрготерапевта.

Последствия онкологического лечения зачастую очень похожи на последствия инсульта и травмы. Это могут быть когнитивные нарушения, отсутствие мотивации, частичная или полная обездвиженность. Например, пациент после операции по удалению опухоли спинного мозга испытывал затруднения с одеванием брюк из-за нижнего парапареза (частичное или полное снижение силы мышц ног — прим. ред.). Кроме того, ему было важно самостоятельно выходить из дома на работу. Вместе с эрготерапевтом пациент научился одеваться лежа, а из дома смог выезжать, пользуясь подземным гаражом и коляской с электроприводом.

Кроме того, работа эрготерапевта учитывает и психологическое состояние пациента. Одна из пациенток центра приехала на курс реабилитации после удаления молочной железы. Она стеснялась посещать бассейн из-за отсутствия одной груди. Эрготерапевт адаптировал ей купальник с имитацией груди, и это позволило ей чувствовать себя в бассейне комфортно.

Наталья Базаджи

старшая медицинская сестра

В клинику часто приезжают пациенты после операций на головном и спинном мозге. Как правило, после удаления опухоли у них нарушаются функции тазовых органов, поэтому уход в первую очередь связан с гигиеной. Мы помогаем пациенту мыться, пересаживаться и одеваться. Очень важно найти психологический контакт с пациентом, обращать его внимание на маленькие повседневные радости — вкусный завтрак, солнце за окном, звонок близких. У одной пациентки с опухолью головного мозга после нескольких курсов химиотерапии выпали ресницы и брови, и она очень расстраивалась. Помощница по уходу, которая раньше работала в салоне, дождалась своего выходного и нарастила ей ресницы. Настроение пациентки улучшилось надолго. ☺

Михаил Зонов

специалист по лечению боли

Я ПРОБУЮ ВСЁ, КРОМЕ СТРУИ БАРСУКА

Фото: Георгий Малец

Пациентка центра «Три сестры» Елена Елистратова рассказывает о том, как последние четырнадцать лет борется с раком



Интервью:
Ольга Дарфи,
журналист

Елена, а вы тут долго находитесь?

Приехала на три недели, но продлили еще на неделю, потому что первый раз, ну и думали, что все это быстро происходит, и я встану на ноги и сразу побегу, а оказалось, это труд, и не очень быстрый. Чувствуется, что еще не раз придется съездить.

А с чего все началось?

Начну с конца... в апреле мне прооперировали позвоночник, восьмого апреля я держала планку 7 минут и бегала по беговой дорожке, но я уже понимала, что у меня что-то начинает происходить с ногами... колени не держат... проблем со здоровьем у меня много, и с ними жить я уже научилась, а тут понимаю, что не смогу полноценно жить и надо что-то делать. Но нас никто и никуда не берет, потому что карантин. Даже в Герцена не берут. По телефону врач назначил исследование, но с каждым днем мне все хуже и хуже, и вот все... ноги отнялись. Собрали онлайн конференцию, смотрят все мои анализы, МРТ, не понимают, что случилось, назначили госпитализацию, сделали еще МРТ, и в этот же день меня оперируют, несколько позвонков поражены метастазами... сложнейшая операция...

— Ваш кофе, будете платить по карте? — официант приносит чашку.

Можно поближе аппарат, у меня лицо уже неузнаваемое... ага, вот. Да, лицо, правда, стало неузнаваемое. В апреле я была 44 размера, а сейчас под 80 килограммов, мышц нет, все вываливается, я расплываюсь, у меня сейчас куча комплексов, я никогда не была в таком состоянии. Все говорят, главное, здоровье, а я уже четырнадцать лет борюсь с онкологией, и для меня главное было не только борьба за здоровье, но и за красивый внешний вид. Никогда никто не видел, не знал и не замечал, что со мной что-то не так.

Четырнадцать лет назад, когда я была беременна последним ребенком, мне поставили рак молочной железы, и с тех пор я постоянно что-то вырезаю.

Я где-нибудь найду, я сама все чувствую. Например, вторая половина декабря, одиннадцать вечера, мы на даче... я лежу и понимаю, что мне надо срочно сделать МРТ головы. Муж: «Лена, ну что ты...» я говорю, нет, надо сделать. Время 23.00, поехали, сделали. Метастазы. На следующий день мы в Герцена, они: «У нас все распланировано, Новый год, прием больных закрыт». Но меня уже все врачи знают, в общем, 28–29 декабря



мне делают операцию киберножом, извлекают два метастаза из головы. Иногда бывает, в больнице мест нет, я им говорю, меня не надо класть в больницу, в процедурном кабинете удалите, и я домой пойду, на перевязку мне ходить не надо, я сама все сделаю. Ну и они мне удаляют метастазы под местной анестезией, и я домой иду. За такой долгий срок привыкаешь, все, что можно вырезать, я иду и вырезаю... но никто не ожидал позвончик. И я не ожидала, что окажусь в таком состоянии. После операции на позвончике, которая длилась очень долго, я не попала в реанимацию, меня сразу в палату. Я быстро восстанавливаюсь. Но тут я впервые почувствовала страх...

тут меня накрыло ... я не хотела быть инвалидом, обузой. Ты вдруг понимаешь, что ты — вроде и не ты, когда ты всегда сама готовишь, я всегда всем все подавала, накрывала, а теперь я лежу и ничего не могу сделать... вот тут накрывает депрессия. И никто не может дать прогноз, как пойдет процесс, восстановлюсь ли я, как дальше будут расти метастазы, где они еще стрельнут и что пережмут ... я понимаю, что я на финишной прямой, вопрос — сколько времени она продлится?

Я никогда не отмечала свой день рождения стационарно. В этом году мне было пятьдесят, и мы планировали основательно отметить, всех собрать, я детально распланировала свой юбилей, но не получилось. Мало того, что я лежала, мы никому ничего не сказали.

Вот, например, моя тетя живет одна в квартире на карантине, как мы ей скажем, что я парализована? Или моя старшая сестра, у которой одна реакция: «Какой кошмар!», и зачем мне ее «какой кошмар!»? Или вот говорю подруге: «Я — парализована», а она: «Как? Ты вообще не встаешь?» Очень медленно все соображают.

Ну вы такой сильный и веселый человек, родственникам сложно представить, что с вами что-то не так...

День рождения у младшего, четырнадцать, такая дата. Я в больнице. У нас это всегда шоу и праздник, все распланировано... в этом году все: «Ах! Лены не будет! Как так? Ах-ах!» Я все придумала, все организовала, но меня не было. Словом, я пропустила дни рождения детей... первым удивил меня старший сын, ему 30 лет. Он в свой день рождения приехал сюда, ко мне на завтрак со словами: «Спасибо, мама, что ты меня родила», через четыре дня приезжает и младший: «Мама, спасибо, что ты и меня родила». Они меня очень порадовали здесь.

Я двадцать пять лет отработала учителем начальных классов, и еще когда мы жили в Санкт-Петербурге, у меня была своя программа — архитектура дизайна интерьеров на базе учебника черчения. Детям по учебнику чертить не интересно, а у меня они рисовали планы своих квартир, мы делали перепланировку. Я из школы ушла два года назад, когда заболел ребенок (младшему сыну Елены Савелию диагностировали лейкоз — прим. ред.), а так я работала, и никто не знал, что я болею. Каталась на коньках, играла в футбол, мы ездили на горные лыжи до последнего момента. Я никогда не раскисала, а сейчас — что хочешь делай, но ноги не двигаются.

Вы не выглядите раскисшим человеком.

Мы в марте сидим с Савелием в стерильном боксе перед его операцией, я смотрю на него и говорю: «Сав, вот несмотря ни на что, я — счастлива!» Он заулыбался. «Да, ты болеешь, но мы лежим в лучшей клинике Димы Рогачева, у нас отличные врачи». Не могу сказать плохо ни про одного врача на всем промежутке моего лечения за все четырнадцать лет, ни мои врачи, ни ребенка, ни одного намека, что надо дать какой-то презент, медсестры, персонал, все отличные, нам везет на врачей. Потом, я — любима, у меня замечательные сыновья,

два внука, муж всегда меня поддерживает — и когда я заболела, он всегда был со мной, и когда заболел ребенок, он с нами.

И вот Савелий приходит ко мне уже сейчас и спрашивает: «Мам, а сейчас ты — счастлива?» Я подумала и ответила, что да, сейчас я тоже счастлива. Бог меня не забрал, я не превратилась в растение, я могу думать и говорить, у меня действуют руки, я с вами, даже в таком состоянии, но я с вами. Ведь уже никого не осталось из тех, с кем я начинала лечиться и бороться четырнадцать лет назад, а я до сих пор с вами.

А откуда у вас берутся силы? Вот вы узнали, что не будете ходить... и вы смогли сказать себе: «Ну окей. Жизнь на этом не заканчивается?»

Я понимаю, что если я сдуюсь и начну себя жалеть, то все... я не вытяну. Вот в июне мы пошли играть в баскетбол. Я на коляске, кидаю мяч, не дотягиваю, злюсь, муж кидает и случайно мяч прилетает мне в лицо. Прямо в левый глаз, а у меня метастаза в этом глазу есть. Сразу отек во все лицо, я ничего не вижу... мы консультируемся со всеми знаменитыми врачами, все решают — только удаление глаза. И вот предстоит еще одна операция. Мы на даче в Тверской области, решили, что не поедem в Москву, глаз можно и в Твери удалить. Шутим с семьей, что теперь я еще и без глаза, мол, купим повязку черную, буду как героиня в фильме «Убить Билла», покрашусь в блондинку, будет красиво, а потом протез поставим, ну и так далее. И вот в Твери, простая районная больница... врач смотрит документы и говорит, а давайте попробуем спасти глаз? Он позвонил в Герцена, позвонил онкологам, позвонил каким-то своим коллегам, решили — сначала убрать отек от удара баскетбольного мяча... прокололи курс, отек ушел, глаз остался. Да, я им вижу не на сто процентов, но глаз свой.

Иногда, конечно, накрывает, начинаются слезы, я рыдаю. Сиделка поддержать не умеет, она строгая, говорит: «Ну хватит, чего ты разревелась». Я думаю, действительно, причин реветь нет. Со временем я научилась не думать ночью о своей болезни, о ногах... какие-то блоки ставятся...

Везет вам! Обычно даже здоровые люди ночью без конца думают о своих проблемах и не могут заснуть.

Да! Раньше я тоже думала о своих уроках, кому и что я скажу...а сейчас я спокойно сплю и не думаю о такой фигне, как ноги. Я начинаю думать о хорошем, о юбилее, какое у меня будет платье, какие шоу будут на дне рождения сына. Я не думаю о будущем... У меня один метастаз растет в мозжечке... он пока маленький,

но если я начну думать о том, что вот он вырастет, во что я превращусь? Вот я всегда стараюсь чувствовать, слушать себя... но сейчас я боюсь запускать себя внутрь себя. Сейчас у меня другая цель – встать на ноги.

У меня проросла аорта и легочная артерия, но я не думаю о том, что там сейчас, в ключице у меня метастазы, в крестце, в легких маленькие пока, слава Богу.

Я уже сама без всяких врачей понимаю, что со мной. Например, вдруг в районе ключицы у меня что-то воспалилось. Повезли меня в мидовскую больницу на консилиум. Они смотрят на мой анамнез – «ой, ну все, это метастаза... лимфома, рентген показал». Сначала я испугалась, правая рука, значит, скоро не будет работать, потом думаю, не может быть, я же за всеми метастазами слежу, скорее всего, это просто воспаление от моих тренировок. В общем, сделали узи, пять врачей пришло, пять часов решали... у всех разные мнения, нет метастаза, есть метастаз. Слушайте, говорю, давайте сначала попробуем лечить воспаление, если оно не пройдет, будем думать дальше. Можно назначить мне лечение? Согласились, назначили антибиотики, через сутки все стабилизировалось, и я продолжила тренировки.

Теоретически я могла бы сейчас на коляске работать учителем... но разве это возможно в нашей стране? Среды для инвалидов никакой нет вообще, сколько пандусов они бы там ни настроили. Ни на один этот пандус инвалид сам никогда не заедет... а если еще и наледь? Как инвалиду в метро спуститься? И как бы отнесли к этому родители? Вот я слышала, когда набирала первый класс, родительница одна говорит другой: «К ней не отдавайте, у нее – рак, не проживет четыре года, сдохнет».

Друзья многие потерялись за это время, что я болею... некоторые боялись, что деньги начнем просить, многие боятся приехать в гости, потому что не знают, как себя вести, иногда кто-то звонит и спрашивает, где Лену похоронили.

Но это не они виноваты, в обществе постоянно циркулирует мысль, что рак – это приговор. Кино, художественная литература постоянно эксплуатируют эту идею.

А как вы выбрали «Три сестры»?

Мы долго думали куда ... сначала хотели в государственный по ОМС, но это проблематично, очередь, ждать долго, через фонды минимум месяц, а у меня нет времени. Реабилитолог, который занимался со мной дома, у него свадебное путешествие, то есть я теряю его на полтора месяца. Дома у нас есть все – вертикализатор, все приспособления, лимфодренажные сапоги... муж всегда сразу покупает все, что говорят. Он вписывает меня во всевозможные экспериментальные программы, словом, я пробую все, кроме струи барсука, она жутко воняет. И вот нам порекомендовали «Три сестры», мы почитали отзывы и за свой счет сюда приехали, это, конечно, дорого,

но стоит того. Мне нравятся здесь врачи, реабилитологи, бассейн... здесь очень много всего могут предложить – и массаж, и гидротерапию, а мне ничего нельзя, можно только физическую терапию и бассейн, поэтому говорю, дайте мне их много... Питание отличное.

Да у меня просто позиция такая – меня всегда все устраивает и все нравится. Здесь я научилась играть в козла, знаю теперь, что такое рыба, рубились вчера. Караоке пою, попросила вчера девочек, тут работают хорошие, научить меня печь драники, но картофель попался не очень... А когда увидела, что физические терапевты Петя и Дима вместо того, чтоб пойти домой после рабочего дня, играют с детьми в футбол, то чуть не расплакалась, ребята живут этой работой.

Ну какие успехи? Левую ногу я уже почти разработала, занимаемся по программе, и я уже пытаюсь ходить на ходунках, в бассейн хожу. Здесь меня научили ходить в туалет без сиделки, дома сейчас муж перестраивает

туалет. Сиделка уже домой со мной не поедет, буду пытаться обойтись без ее помощи, воплощать то, чему меня здесь научили. Пока страшно очень.

К тому же муж решил переселить меня из моей террасы, говорит, перину твою уберем, будешь спать на анатомическом матрасе, как это будет, не знаю. Я спрашиваю, а ночью как? Говорит, значит, я буду помогать, но страшно... Наверное, справлюсь, буду учиться жить заново, это же интересно. У нас пандусы уже по всему участку, муж спрашивает: «пандус в баню нужен, или я буду на руках тебя туда носить?» Я ответила, что и так все в пандусах, ну сколько можно... внуки думают, что это мы горки для них построили, катаются на самокатах там.

А все же... что нужно, чтобы быть таким бодрым и веселым, как вы, при серьезном заболевании?

Если есть ближний круг, неважно, муж это или сестра, или друзья, на который ты можешь опереться или даже просто поплакаться, это очень важно. Есть люди, которые тебя чувствуют, кто-то о тебе думает, а тебе легче, не знаю, как это работает... например, массажистка из деревни за эти два месяца стала мне отдушиной, которой можно выговориться. Тебе судьба все время посылает хороших людей, в каждом человеке есть хорошие качества, нельзя унижать людей. Вот врачи могут накосячить, что на них обижаться? Они такие же люди... Для каждого нужно найти положительные слова, и тебе судьба дает силы жить дальше. Наша семья, мы всех, кому плохо, стараемся поддерживать... в общем, я – счастливый человек, несмотря ни на что. ☺



КАК ИЗМЕРИТЬ СВОЮ И ЧУЖБУЮ БОЛЬ

Боль — наиболее частый симптом, который встречается при любых патологиях: инфекциях, ишемической болезни сердца, ревматоидном артрите и других заболеваниях.

Особенно остро вопрос с обезболиванием встает при метастатической форме рака. Рассказываем, как измерить боль и научиться ею управлять.



Текст:
Диана Карлинер,
редактор



Виды боли

Боль эволюционно помогает нам выжить, вовремя среагировать на порез, растяжение, ожог или травму. Боль может быть и признаком болезни. Если у нас что-то долго болит, мы не знаем причину боли и не можем сосредоточиться на повседневных делах — мы понимаем, что нужно пойти к терапевту или неврологу.

На приёме врач обычно просит описать боль и её характер, рассказать, при каких ситуациях и как давно она проявляется, показать локацию боли. Интересно, что описание боли нередко зависит от сферы деятельности человека и его навыков общения. Нейрохирург клиники «Три сестры» Михаил Зонов рассказывает: «Если на приёме преподаватель, писатель, художник или философ, то боль при описании приобретает яркую эмоциональную окраску: “похоже на ожог утюгом”, “покалывает”, “стреляет”, “ноет”, “будто мурашки по коже”. Сложнее понять, что человек имеет в виду, когда он говорит: “Болит, и всё”».

Боль бывает нейропатической (вызвана нарушением структуры и функций нервов), ноцицептивной (случается при раздражении периферических болевых рецепторов, находящихся в органах) и психогенной (спровоцирована эмоциональными факторами). Если боль возникла внезапно и неожиданно, она называется острой. Если беспокоит несколько недель или месяцев — хронической. У пациента может быть одновременно несколько видов боли.

Людам с хронической болью могут рекомендовать вести дневник. В нём пациент записывает время возникновения боли, свои ощущения, а также приём обезболивающих препаратов. Одни специалисты считают, что дневник помогает снизить психоэмоциональное восприятие, понять время действия назначенного препарата, другие считают, что это фиксирует пациента на собственном мире боли.



В лечении боли врачи применяют разные методы: лекарственную терапию (обезболивающие, антидепрессанты, миорелаксанты), таргетную терапию (блокады), нейромодуляцию (с помощью электрического или химического воздействия на нерв), хирургию. Кроме того, для облегчения боли врач может рекомендовать занятия спортом, массаж, медитацию.

Нейрохирург Михаил Зонов рассказывает, что психогенная боль нередко встречается у пациентов: «Помимо боли обычно люди испытывают затруднение дыхания, спазмы, неприятные ощущения в груди, ощущение кома в горле. Один из показателей психогенной боли – если пациент говорит, что боль из шеи отдаёт в руки, ноги и в поясницу одновременно. Пациентам с психогенным болевым синдромом нужна помощь психолога или психотерапевта. Но зачастую из-за того, что у людей есть предубеждение о психотерапии, они оказываются на операционном столе или месяцами получают лечение, которое им не помогает».

Не все люди могут сообщить о своей боли, и это не значит, что они её не испытывают. Возможно, пожилой человек стесняется говорить о боли, потому что привык, что боль «нужно терпеть». Человек с прогрессирующей деменцией, который утратил способность общаться с окружающими, не может сообщить о своих ощущениях. Ребёнок может не сказать про боль, потому что боится последствий (поехать в больницу, врачей, уколов). Важно, чтобы близкие люди обращали внимание на самочувствие своих родственников и могли распознать боль. Чем дольше человек терпит боль, тем сложнее она поддаётся лечению.

Шкалы боли

Для взрослых

Ощущение боли всегда субъективно. Люди в одинаковых обстоятельствах испытывают боль по-разному – не только потому, что у людей разный уровень болевого порога. На ощущение боли влияют: сопутствующие эмоциональные и психические нарушения, социальные факторы, традиции, привычки, доступ к медицинской помощи. Медицинские антропологи говорят о разной «культуре боли» – кто-то готов терпеть боль во что бы то ни стало, кто-то обращается к врачам сразу после того, как возникли неприятные ощущения.

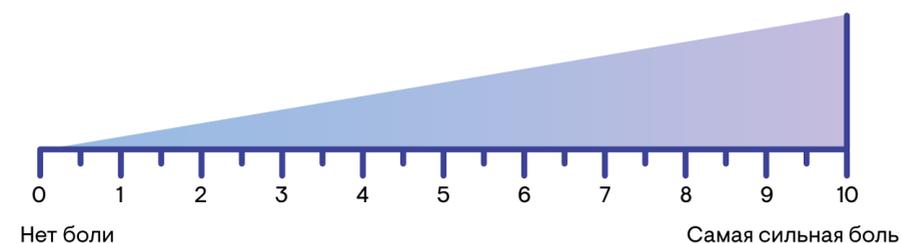
Для оценки боли применяются специальные шкалы. Их могут использовать врачи, медсестры, сами пациенты и их близкие. Шкалы подбирают в зависимости от возраста пациента, его состояния и когнитивных особенностей. Самая популярная в мире – *визуально-аналоговая шкала (ВАШ)*, которая представляет линию из 10 отрезков, где ноль означает отсутствие боли, а 10 – нестерпимую боль. Она подходит для детей, понимающих значение цифр, и взрослых.

Различные шкалы используются для пациентов в отделении реанимации, в том числе для интубированных пациентов (*Behavioral Pain Scale*).

Есть шкалы, которые созданы для людей с разными осложнениями и заболеваниями. Для людей с деменцией применяется шкала *Doloplus 2*. При оценке боли нужно обратить внимание на то, в какой позе человек находится в состоянии покоя, не нарушен ли сон, разрешает ли он проводить гигиенические процедуры, и на другие показатели.

Для оценки боли у тяжёлых невербальных пациентов подходит шкала *Abbey*. Её нужно использовать, когда человек находится в движении, например, во время переворотов, принятия пищи или при гигиенических процедурах. Важны следующие параметры: издаваемые звуки (плач, стон, хныканье), выражение лица (напряжённое, нахмуренное), невербальные знаки (ёрзание, отстраненность), поведение (отказ от еды), физиологические изменения (потливость, бледность кожи, повышенная температура), физические изменения (пролежни, контрактуры, артрит).

Нейрохирург Михаил Зонов: «На то, как человек оценивает свою боль, влияет его опыт переживания боли в прошлом. У меня были пациенты, которые при явно сильной боли называли 4-5 по шкале ВАШ. В разговоре выяснялось, что эти люди без обезболивания лечили зубы. А есть пациенты, которые, казалось бы, не при самой значительной боли называли 5 из 10 по ВАШ. Возможно, что это была самая сильная боль в их жизни».



Визуально-аналоговая шкала оценки боли

Для детей

У детей сложно оценить уровень боли, особенно до трёх лет. Ребёнок может вместо слова «боль» называть близкие ему слова-определения, например, «бо-бо», а если попросить ребёнка показать на место боли, скорее всего, он покажет на живот, даже если болит голова или горло. Дети старше 8 лет способны описывать боль исходя из своего опыта, подростки – подробно рассказывать о причинах боли и детально рассказывать про болевые ощущения.

Для оценки боли у детей до года применяется NIPS – Neonatal Infant Pain Scale. При её использовании родители или медицинские работники ориентируются на выражение лица ребенка, на плач, дыхание, положение рук и ног, состояние сознания. Но результат по шкале будет лишь примерным.

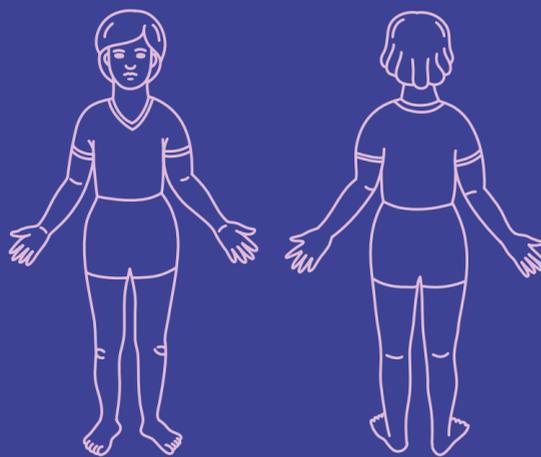
Шкал для детей постарше в педиатрии разработано огромное множество. Вот некоторые из них:

- Шкала *Вонга-Бейкера*, где ребёнку нужно выбрать смайлик-рожицу, близкий к его состоянию. Грустный смайлик – болит, весёлый – не болит;
- Шкала *Oucher* с фотографиями детей с нарастающей болью и без неё;
- *Hand scale*: если у ребёнка нет боли, он должен показать кулак, если чуть болит – один палец, а если боль сильная – полностью раскрыть ладонь.
- Шкала *тактильной и визуальной оценки боли (Touch Visual Pain)* для ВИЧ-инфицированных невербальных детей с поражением нескольких органов.
- Шкала *Эланда (Eland body tool)*. Интенсивность боли ребенок определяет с помощью цвета: сильная боль – красный цвет, умеренная боль – оранжевый, слабая боль – жёлтый. Шкала позволяет определить локацию боли.

Важно понимать, что идеальных шкал не существует. Родители должны обращать внимание на поведение ребёнка: ел ли сегодня ребенок, отказывался ли он от питья, хочет ли он играть или разговаривать, плачет ли он, насколько естественна поза, в которой он находится.



Нет боли Слабая боль Умеренная боль Сильная боль



Шкала Эланда

Боль – не обязательный спутник болезни

Вопрос боли и обезболивания особенно часто встречается у людей с онкологией. Если на начальной стадии болезни, когда опухоль мала и не вызывает раздражения рецепторов, боли может не быть, то при прогрессировании сильная боль может появиться внезапно.

Боль может быть связана с образованием опухоли, её прорастанием в окружающие ткани, с поражением органов и нервов. Кроме того, боль может возникнуть после операции или быть реакцией на химиотерапию. Пациенту с онкологией врач должен назначить обезболивающую терапию по нарастающей схеме – от слабого анальгетика к сильному в зависимости от того, подействовал назначенный препарат или нет. На первой ступени обезболивания находятся парацетамол и ибупрофен, на второй – трамадол, на верхней – морфин и фентанил.

С назначением наркотических обезболивающих связано множество мифов: «Так можно стать наркозависимым», «Боль – обязательная часть болезни, надо терпеть» и даже «Выпадут волосы!». Во-первых, зависимости можно избежать правильным подбором препарата и дозировки, а также постепенной отменой в случае необходимости. Если человек не злоупотреблял наркотиками в течение жизни, то риск развития опиоидной зависимости от лечения минимален. Во-вторых, боль нельзя (и при онкологии почти невозможно) терпеть, она ухудшает работу сердца и пищеварительной системы, повышает давление и угнетает психоэмоциональное состояние. Человек с сильной болью может только лежать и страдать от своих ощущений. В-третьих, выпадение волос у людей с онкологией связано не с приёмом обезболивающих препаратов, а с получением химиотерапии, и это обратимо.



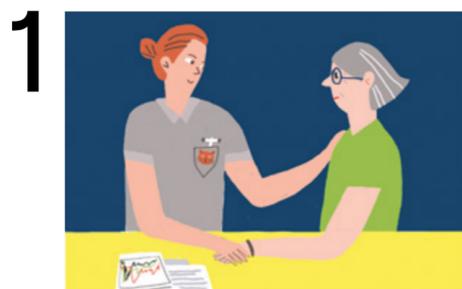
Если пациент соблюдает рекомендации врачей – он может вести активную жизнь и не концентрироваться на болезни. Пожалуй, у каждого доказательного онколога есть история о том, как он долго уговаривал пациента начать приём морфина, пациент отказывался, пока состояние не стало совсем тяжёлым. А как согласился – взбодрился, стал снова общаться с близкими, почувствовал возвращение к жизни. ☺

5 ФАКТОВ О КОММУНИКАЦИИ

В КЛИНИКЕ «ТРИ СЕСТРЫ»



Текст:
Анна Симакова,
управляющий партнер
клиники «Три сестры»



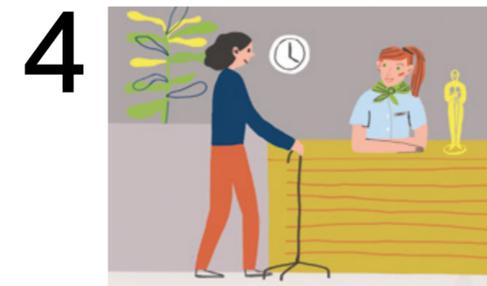
1 Основатели клиники «Три сестры» с самого начала хотели создать атмосферу уважения к личности человека, чего так не хватает в российских больницах. Например, один из вопросов на интервью для нового доктора: «Кто принимает решение о вариантах лечения пациента?» Если доктор отвечает: «Конечно, я», — скорее всего, ему будет трудно адаптироваться к культуре партнерского подхода. Нам нравится ответ: «Мы вместе с пациентом и его семьей».



2 За рубежом в медицинских вузах есть отдельная дисциплина по навыкам общения между доктором и пациентом. Без неё доктор не сможет получить аккредитацию и работать по профессии. В России пока создано только несколько частных школ, где современные врачи проходят обучение по своему желанию. Разумеется, среди них врачи и специалисты клиники «Три сестры».



3 Занятия по навыкам общения в медицине проводятся в малых группах, где на практике врачи учатся, как эффективно собрать информацию о состоянии пациента, распознать его тревоги и ожидания, сообщить плохие новости. Это вовсе не маркетинговый ход. Исследования показывают, что эффективные навыки общения доктора влияют на клинический результат пациента. Например, если доктор доступным языком и дозированно даёт информацию о выписываемых медикаментах и убеждается в том, что пациенту все понятно, скорее всего, пациент будет привержен такому лечению.



4 В тренировках коммуникации врачам помогает симулированный пациент — актер, с которым можно отработать навыки общения. Например, в Великобритании есть агентство симулированных пациентов. Любая клиника может позвонить и пригласить к себе такого актера на тренинг. В России такого агентства нет. Зато в «Трёх сёстрах» есть свой симулированный пациент — Елизавета Новикова. Она руководит ресепшн. А по понедельникам мы вместе ведём внутренний тренинг для тех сотрудников, кто испытывает сложности в общении и хочет улучшить свои коммуникативные навыки.



5 Отдельное внимание мы уделяем членам семьи пациента. Часто они измучены скитаниями по больницам за своим близким и не понимают, каков прогноз и варианты лечения. Мы ценим желание семьи пациента участвовать в принятии решений о лечении. Для этого у нас есть Семейная встреча. На ней мы рассказываем о состоянии здоровья их близкого, возможных рисках и вместе принимаем решение о целях реабилитации.



Юлия Кауль: «Я живой тренажер с тонкими настройками»

Симулированный пациент Юлия Кауль рассказывает о том, как ее работа улучшает коммуникацию между врачом и пациентом и на что это влияет

Записала:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Шесть лет назад мне посчастливилось увидеть в фейсбуке пост Анны Сонькиной, в котором она искала людей, готовых стать симулированными пациентами. Анна вернулась из Кембриджа, где стала преподавателем навыков общения, и решила обучать российских врачей новому подходу к коммуникации. Мне очень захотелось попробовать, и я откликнулась. К тому моменту подросли мои дети, но возвращаться к прежней работе (я была гримером в кино) мне не хотелось.

Мы изучали навыки коммуникации, которые используют в Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации. Это больше семидесяти конкретных приемов, которыми, в зависимости от задачи, пользуется врач на всех этапах консультации. Нас обучала Беверли Дин, актриса и симулированный пациент из Кембриджской университетской клиники.

Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации была разработана специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского города Калгари. Эта модель делит консультацию на этапы, на каждом из которых стоят разные задачи и применяются соответствующие им навыки эффективного общения.

Иллюстрация: Ксения Стойлик. Фото: Денис Клеблев

Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации



Навыки — это коробка с инструментами. Например, что делать, если пациент плачет или злится? Врачу нужно проявить эмпатию, и для этого есть специальная техника: внимательное слушание, пауза, зрительный контакт. Как прервать слишком разговорчивого пациента, который подробно рассказывает об истории своей матери? Нужно обратиться к нему по имени — на такое прерывание люди обычно не обижаются — и обобщить: «Елена Петровна, давайте я проверю, правильно ли я понял — когда ваша мама оказалась в эвакуации, она застудила ноги, и теперь вам кажется, что это может иметь отношение к вашему артрозу?» Это работает: пациента не затыкают, а двигают в сложном маршруте повествования, он чувствует, что услышан.

Мы основываемся на том, что взаимоотношения врача и пациента должны носить партнерский характер, что врач учитывает взгляд пациента на болезнь, заинтересован в том, чтобы выявить истинную причину обращения и то, как болезнь сказывается на жизни человека.

Зачем это врачу? Дело в том, что пациент всегда находится в слабой позиции. Ему трудно прервать врача и сказать: помедленнее, пожалуйста, я не успеваю. Он может что-то рассказать, только если врач его слушает и дает высказаться. Врачи часто считают человеческий рассказ о болезни неважным или даже мешающим. Например, пациент считает, что он заболел, потому что его сглазили. Врача это предположение может даже раздражать, но человек с этим живет. У него может быть аллергия, но если пройти мимо его страха и не отреагировать, то пользы от консультации не будет — пациент не будет лечиться от аллергии. Навыки эффективной коммуникации позволяют выявлять «айсы» и напрямую влияют на клинические результаты.

Айс (англ. Ice — аббревиатура от Ideas, Concerns, Expectations) — мысли, тревоги, ожидания пациента. Айсы играют большую роль на этапе сбора информации, потому что потом, на этапе разъяснения и планирования, врач точно и точно ответит на айсы пациента. Это экономит время и позволяет структурировать прием.

Кроме айсов еще есть сигналы. Это то, о чем пациент не рассказывает прямо, но сигнализирует, что есть дополнительные обстоятельства. Например, на одном нашем занятии ординатор, работающий в реанимации, рассказывает: «После аварии привезли девушку. Я пытаюсь с ней заговорить, а она отвечает одно — уйдите, я не буду с вами говорить. Я не понимаю, что делать». При этом он очень эмпатично настроен, что большая редкость для реаниматологов. Я придумываю, что могло бы объяснить поведение пациентки, ее обстоятельства, — мы разыгрываем это с доктором. Я ему говорю — «Я не хочу с вами говорить. А кто вас вообще прислал?» Я это повторяю несколько раз. Когда врач обращает внимание на вопрос «Кто вас прислал?», вскрываются обстоятельства: девушка считает себя виноватой в аварии, и у нее просрочены



права. Она ждет, что ее передадут полиции. Врач понимает причины ее поведения, говорит, что не имеет никакого отношения к полиции, она его интересуется только как пациентка. Да, в реальной ситуации причина могла быть другой, но в тренинге врач учится распознавать причину неясного поведения.

Передо мной как перед симулированным пациентом стоят две задачи: во-первых, я придумываю историю пациента, обстоятельства его жизни, чтобы реалистично его сыграть, учитывая задачи, которые хочет проработать врач. Если он говорит, что боится разговорчивых, я должна стать разговорчивой.

Во-вторых, я прислушиваюсь к своим реакциям, чтобы потом дать врачу обратную связь. Для врача я — живой тренажер с тонкими настройками. Интересно, что профессиональным актерам работа симулированным пациентом обычно дается сложно. Это объясняется тем, что роль пациента не самоценна сама по себе, она направлена строго на запрос врача.

Один из самых частых запросов врачей — как сообщать плохие новости. Этому нигде не учат, и эти разговоры травмируют и пациентов, и врачей. Например, нужно сообщить пациенту о том, что химиотерапия последней линии оказалась неэффективной, лечение закончено и пациент приобретает статус паллиативного больного. Как об этом сообщить? Врачи боятся ярких эмоций пациентов — криков, истерик, обвинений. Многие чувствуют вину, что не справились, не смогли побороть болезнь. Врачи думают, что им нужно сразу предложить какое-то практическое решение. «Не волнуйтесь, мы сможем что-нибудь придумать». Но людям нужно не это. Есть исследования, которые показывают, что в этот момент людям больше всего не хватает паузы, которую врач не нарушал бы. Психике нужно время на то, чтобы адаптироваться к этой новости. Эти паузы очень дискомфортны для врачей. Кажущееся бездействие трудно выносимо. Кажется, что человек перед тобой плачет, а ты просто сидишь. Но пациенту это правда очень нужно. Когда он будет готов выйти из паузы, он поднимет глаза или спросит что-нибудь, он сам даст знак, что теперь можно обсудить детали.

Врачей учили — не вовлекайся эмоционально, иначе быстро выгорешь. Но сочувствовать-то врачи не перестают, просто не показывают этого. А на самом деле недавние исследования говорят о том, что врачи, показывающие сочувствие и выражающие его вербально, дольше остаются в профессии. ☺

Анна Сонькина-Дорман — специалист паллиативной медицины, педиатр и член Европейской ассоциации по общению в медицине основала школу навыков профессионального медицинского общения СоОбщение в 2014 году. В качестве тренера вместе с Юлией Кауль проводит регулярные тренинги для врачей в Москве и Петербурге.

Онкопсихолог Татьяна Субычева: «Даже элементарные вещи могут стать непосильными»

Служба «Ясное утро» — это бесплатная круглосуточная горячая линия и очные консультации для онкологических больных и всех, кто так или иначе столкнулся с этой болезнью. Татьяна Субычева рассказывает о своей работе на горячей линии

Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор



Татьяна Субычева
онкопсихолог, клинический психолог

Телефон горячей линии службы помощи
онкологическим больным
8-800-100-0191

Как получилось, что вы стали работать онкопсихологом?

В эту специализацию я ушла не случайно — моя мама умерла от онкологии. Мне кажется, что большинство коллег, как и я, столкнулись с темой лично. Когда есть личный опыт, как никто понимаешь важность своевременной поддержки. Когда человек узнает о своей болезни или болезни близкого, для него могут стать непосильными даже элементарные вещи. У меня была коллега врач, и однажды ее родственница с онкологией приехала в Москву на лечение и остановилась у нее. Ночью у нее внезапно начались боли, коллега растерялась и не знала, что делать. Она, будучи врачом, не подумала, что нужно вызывать скорую. Люди в таком состоянии могут позвонить нам, и мы подскажем им, что делать. Одна из задач горячей линии — помочь людям справиться со своим состоянием и дать им конкретные рекомендации.

Зачем люди звонят на горячую линию?

Часто человек звонит сразу после того, как узнал о диагнозе. Он в шоке, не знает, что теперь делать, к каким врачам идти, что его ждет. Очень много звонков поступает от людей, которые верят в то, что от онкологии всегда умирают и что она заразна. Они хотят, чтобы их переубедили, просят доказательств, статистику. Очень много страха физических изменений, которые могут произойти и во время операции, и во время химиотерапии: потеря волос, бровей, потеря груди, если это касается женщин. Страх боли. Мы рассказываем о центрах и больницах, в которые можно обратиться, подсказываем, как получить инвалидность или лекарства и обезболивающие.

На что вы опираетесь в своей работе?

В первую очередь мы ориентируемся на состояние пациента и определяем, на какой стадии принятия своей болезни он находится. Эти стадии разработала американский психиатр Элизабет Кюблер-Росс, которая работала с темой принятия горя. В ситуации тяжелой болезни психика человека реагирует так же, как и в состоянии горя.

Расскажите подробнее о техниках, которыми вы пользуетесь.

Возьмем для примера первые две стадии, когда человек находится в состоянии шока и отрицания, а дальше начинает чувствовать гнев. Как правило, стадия отрицания совпадает с периодом постановки диагноза. На эмоциональном уровне основная задача психолога — просто быть рядом, спрашивать, чего человек боится. На когнитивном уровне психолог идет дальше — он предлагает поразмышлять, что будет, если вдруг диагноз подтвердится, и проработать конкретные варианты действий. Ну и конечно, самые первые помощники в любом кризисном состоянии — различные телесные и дыхательные практики.

Следующая стадия — агрессия. Наша задача — дать человеку эту агрессию выпустить, объяснить, что чувствовать ее — нормально, и своими вопросами и поддержкой направить силу агрессии на борьбу с болезнью.

Часто ли звонят ночью?

Ночью звонков меньше, конечно, но тоже достаточно. Обычно это или кризисная ситуация, или звонок из другого часового пояса, мы же работаем на территории всей России.

Как вы справляетесь с профессиональным выгоранием?

В «Ясном утре» есть интервью — возможность разбора тяжелых звонков с коллегами. Если после сложной консультации необходимо проработать тяжелые чувства, я записываюсь на Балинтовскую группу, которая тоже работает в рамках нашей программы.

Балинтовские группы — метод групповой тренинговой работы, созданный в середине прошлого века психиатром Майком Балинтом. Основной целью балинговской группы является исследование отношений между врачом и пациентом. Группа помогает врачам и психологам снизить профессиональный стресс и избежать эмоционального выгорания. Сегодня используется также в группах учителей, социальных работников, полицейских, священников.

Чтобы переключиться, я делаю то же, что мы рекомендуем нашим абонентам: йога, прогулка, поход в театр, интересное чтение. На мой взгляд, самое главное — отследить, что тебя зацепило, проговорить это себе, не держать внутри. ☺

ВАЛЕНТИНА ВАРВАШЕВИЧ

Валентина Варвашевич пришла в клинику «Три сестры» помощницей по уходу, но вот уже пятый год работает нейропсихологом. Все, что было до этого, она называет «другой жизнью». Педагог, психолог, завуч, директор школы: весь этот опыт она как будто променяла на неизвестность, но, как оказалось, нашла нечто большее.



«ГОД Я РАБОТАЛА СИДЕЛКОЙ»



Записала:
Марина Дадыченко,
журналист

Я училась на педагога-психолога в Минском Педагогическом Институте. Работала в школе в маленьком белорусском городке Ганцевичи: была и завучем, и директором, а последние тринадцать лет школьным психологом. Частными консультациями я занималась не так много, но люди все равно шли ко мне за помощью, спрашивали совета, как себя вести с начальством, с детьми. Именно вот такие, неофициальные «консультации» привели к конфликту с властями.

Например, была такая история: мой знакомый, многодетный отец, попал под трактор, его парализовало. В районной больнице ему никак не помогли. А отправлять его в Минск, в Институт нейрохирургии, было для больницы накладно, лишние расходы никому не нужны. Главврач посоветовал мне выйти на чиновников, и мы с близкими этого человека стали добиваться перевода. Добились: его прооперировали, он встал, начал ходить и частично обслуживать себя. И вот из-за этого и других похожих случаев со мной не продлили контракт в школе, сказали: «Вы нас устраиваете как профессионал, но вы такой активист». Я поняла, что мне

будет очень сложно снова устроиться на работу в Беларуси. К тому моменту дети выросли, а с мужем мы разошлись. Мне исполнилось пятьдесят лет, и стало ясно, что надо что-то менять.

Одна моя подруга из Беларуси в тот момент уже работала в «Трех сестрах», и она мне сказала, что в клинике есть вакансия психолога. Я поехала в Москву. Но когда я приехала, оказалось, что психолога уже нашли. Возвращаться в Ганцевичи не хотелось, и я осталась работать помощницей по уходу. Мой первый пациент — мужчина 45 лет с ДЦП — приспособился ходить на коленях. Когда нужно было впервые помочь ему помыться, у меня тряслись руки, я думала — не справлюсь. И одновременно было чувство восхищения, человек в такой ситуации не падает духом! Я тогда подумала, а стоят ли мои прошлые переживания хоть чего-нибудь?

На третий день я подумала, что уеду. Пациентка торопилась на концерт и попросила меня ее накрасить, а я никогда никому не делала макияж. Одеть, умыть — да, но вот накрасить — это же тонкая, ювелирная работа. Тем более в спешке. У меня не получается, пациентка нервничает. Позвали другого помощника, я очень



расстроилась и думаю — наверное, не для меня эта работа. Но потом она попросила меня вернуться, сказала — «Ты это делаешь нежно».

Приходилось и побегать. Однажды к нам приехал пациент с тетрапарезом (нарушение двигательных функций рук и ног — прим. ред.), который не мог и не хотел отказываться от курения между занятиями. Я была у него на индивидуальном посту, и мне приходилось по 25 раз в день спускаться с третьего этажа на первый и идти с ним на улицу, чтобы помочь ему покурить: зажечь и подержать сигарету.

Сиделкой я работала год, потом освободилась должность нейропсихолога, я прошла переподготовку в МГУ и вернулась в клинику уже в новой должности.

Работа сиделкой, во-первых, облегчила мне учебу, потому что у меня уже была практика, а во-вторых, научила меня понимать про пациента больше, чем он показывает. Как нейропсихологу мне важно разглядеть пациента, понять его увлечения, любовь к чему-то. Это дает ключ к дальнейшей работе. Например, один пациент после инсульта не мог воспринимать буквы. В разговоре он мне постоянно пытался

намекнуть: «Я — начальник». Это меня заинтересовало. Я положила перед ним листочек: «Распишитесь, пожалуйста». Он так посмотрел на меня... а потом взял и с размаху расписался! Сохранился автоматизм подписи, в которой было очень много букв. Это стало отправной точкой нашей работы.

Еще несколько лет назад у меня была совершенно другая жизнь, другие обязанности, а сейчас я полностью включилась в нейропсихологию. Очень хочу продолжать учиться, читаю много научной литературы, в том числе зарубежной. Когда жизнь резко меняется, важно, чтобы мы могли себя поддержать. У каждого из нас должно быть три якоря, три любимых вещи, неважно, что это будет, большое или маленькое: ручка, плед, вид из окна. И чтобы было три любимых занятия: например, чтение, приготовление еды, танцы. Это помогает ценить момент, в котором мы живем. ☺

ПРОФЕССИЯ ПОМОЩНИК ПО УХОДУ

Как устроена служба ухода
в клинике «Три сестры»



Текст:
Наталья Базаджи,
старшая медицинская сестра
клиники «Три сестры»

Из кого состоит служба ухода?

В клинике пять медицинских постов. На каждом посту работают одна медсестра и два помощника по уходу (мы редко называем их «сиделками», потому что они не сидят, а активно помогают пациентам). Также есть две помощницы, которые гуляют с пациентами по их индивидуальному расписанию, и два помощника-мужчины, которые помогают пересаживать обездвиженных пациентов или пациентов с большим весом.

Что делает помощник по уходу?

Помощник по уходу помогает пациенту делать то, что самостоятельно в результате травмы или болезни пациент сделать не может: купает, умывает, одевает и кормит пациента.

Пересаживает и перекладывает, правильно позиционирует в коляске или в кровати, контролирует расписание и сопровождает на занятия. Очень важная часть работы — желание помочь человеку, сострадание, сочувствие и чувство эмпатии. Например, мама ребенка после черепно-мозговой травмы ни на минуту не оставляла ребенка одного. Помощники по уходу и медсестры видели ее в состоянии отчаяния и безысходности. Постепенно персоналу удалось убедить маму на один день оставлять ребенка в центре и выезжать в Москву погулять по городу или сходить в музей. К тому моменту помощники по уходу научились общаться с маленькой пациенткой, несмотря на отсутствие обратной связи, а мама возвращалась к ребенку отдохнувшая и спокойная. Примеров эмпатичного отношения много. Часто после работы сотрудники могут отвезти пациента в театр или в кино, где человек не был долгое время.



В чем специфика работы реабилитационной сиделки?

«Не делать за пациента то, что он может делать сам. Пусть пока не очень успешно, пусть медленно, но сам!» — это девиз наших сотрудников, в этом заключается особенность и специфика работы в реабилитации. Мы не просто качественно ухаживаем за пациентами, а каждый день добавляем им немного дискомфорта, стимулируя начинать двигаться и принимать решения самостоятельно. Например, санитарка хирургического отделения, если пациент попросит воды, напоит пациента сама. Помощник по уходу в «Трех сестрах» поставит бутылку чуть дальше, чем вчера, и поможет пациенту ее взять, если тот предпримет какие-то усилия. Медсестра в больнице сама накормит пациента, а реабилитационная сестра — только в том случае, если пациент первые ложки съел сам и устал.

Где учат на помощников по уходу?

К сожалению, стать профессиональным помощником по уходу в нашей стране сложно. В Москве есть несколько аккредитованных курсов на базе государственных и частных клиник. После окончания выдают сертификат, но на деле азы правильного ухода постигаются уже на практике. Своих сотрудников мы обучаем сами, в течение первых двух месяцев даем теорию, потом подключается практика. После сдачи внутреннего экзамена помощник может войти в штат основных сотрудников.

Иллюстрация: Софья Коршенбойм

Один день из жизни помощника по уходу



Текст:
Наталья Руденко,
помощник по уходу
клиники «Три сестры»

- 8:15** Я, как всегда, спешу на автобус, потому что сын не хотел идти в садик. В автобусе тихо. Все пытаются подремать 20 минут дороги.
- 8:40** Мы в раздевалке. Здравуемся с коллегами, обсуждаем, кто и с кем сегодня работает, на каком посту. Сегодня я в паре с Катей. В этом месяце мы очень часто работаем вместе.
- 8:45** Обмениваемся новостями с коллегами — в палате «Мыслитель» вечером перегорела лампочка, нужно написать заявку технической службе. Вчера заехал Олег Игоревич. Он у нас уже был. Есть такие пациенты, особенно мужчины, которым трудно смириться с тем, что еще вчера они были сильными и здоровыми, а после инсульта зависят от посторонней помощи. Поэтому с ним нужно быть особенно настойчивой.
- 9:00** Делаем обход. Здравуемся с пациентами, проверяем наличие расходных материалов в номерах, воды. Принимаем просьбы на сегодняшний день.
- 9:30** Время завтрака для сотрудников. Сегодня овсяная каша и сырники со сметаной. Обязательно прошу сделать черный кофе.
- 9:45** У пациентов начинаются занятия. У Татьяны Ивановны онкология со множественными метастазами. Мы с Катей переодеваем ее, сажаем в коляску и ждем, когда за ней придет физический терапевт. Она не понимает, что с ней происходит и где она находится. Ест она сама, но ее нужно посадить и показать, что еда перед ней. Ей хочется одного — лежать и смотреть телевизор. Кнопку вызова она игнорирует. Мы заходим к ней каждые 15–20 минут.
- 14:00** Время обеда. Я кормлю пациентку Настю, ей 22 года. 10 лет назад у нее случился инсульт. Она полностью зависима от окружающих. По четким рекомендациям эрготерапевта мы помогаем ей есть адаптированными столовыми приборами. Ложку держать она может сама, а вот набрать еду и донести до рта еще нет. Я держу ее под локоть и помогаю поднять руку.
- 16:00** Снова занятия. Олега Игоревича нужно отвести в зал физической терапии. У него новый этап реабилитации — без коляски. Теперь он должен ходить самостоятельно в сопровождении помощника. Я надеваю на него страховочный пояс — если пациент начнет падать, с помощью пояса я смогу мягко посадить его на пол. После инсульта

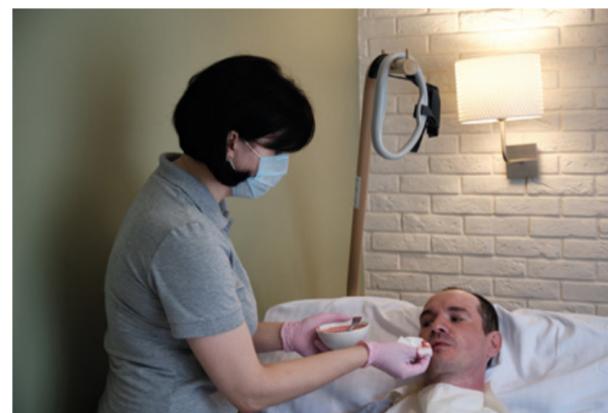
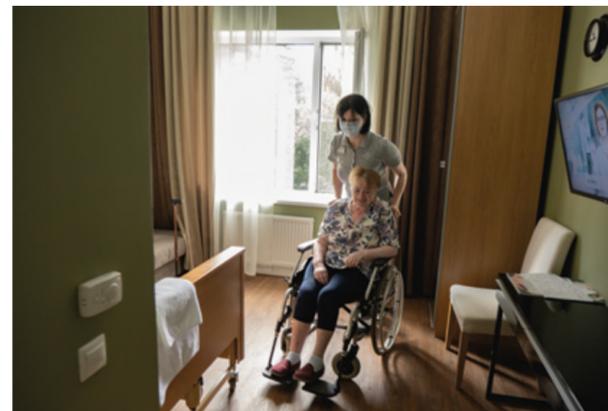


Фото: Антон Карлинер

у Олега Игоревича левосторонний неглект (синдром, при котором пациент игнорирует левую сторону тела — прим. ред.), поэтому физический терапевт рекомендовал подходить к нему только слева и следить, чтобы идти пациент начинал с левой ноги.

- 18:00** Везем пациентов в ресторан. Они немного расслабляются в конце дня и могут позволить себе посидеть подольше. У каждого есть любимое место в ресторане. Они обсуждают свое состояние, сегодняшние достижения, подбадривают друг друга.
- 19:00** После ужина высаживаю Татьяну Ивановну на резиновый круг в коляске. У нее покраснение на крестце, и по рекомендации лечащего врача мы проводим профилактику пролежней. Когда пациентка сидит на резиновом круге, на крестец ничего не давит. Кроме того, я прошу ее выпить стакан воды, соблюдение питьевого режима (2 литра воды в день) — тоже часть профилактики пролежней.
- 19:30** Помогаю Насте набрать номер папы, это обязательный вечерний ритуал. Каждый вечер она рассказывает ему, как прошел день и какие цели поставлены на завтра. Мы чистим зубы, переодеваемся на ночь и накручиваем волосы на бигуди.
- 21:00** Последние приготовления ко сну. Готовим вещи на утро, ставим на зарядку телефоны, обсуждаем расписание на завтра.
- 00:00** В 24.00, 3.00, 6.00 делаем обязательные обходы по номерам. Татьяну Ивановну трижды за ночь переворачиваем с бока на бок. Настя нажала на тревожную кнопку — просит закрыть окно.
- 8:45** Передаем смену. Указываем на новые рекомендации междисциплинарной бригады, просим вызвать техника — у Татьяны Ивановны вечером начало скрипеть колесо на коляске. Прощаемся с пациентами до следующей смены. Настя провожает меня и уточняет, когда я приду в следующий раз. Будем плести косички на ночь. ☺

ПРИЛЕТАЙ КО МНЕ ПТИЧКОЙ

44

Быть рядом с тяжелобольным человеком — большой физический и душевный труд, который часто сопровождается сложными чувствами. Мы поговорили с несколькими людьми о времени, проведенном в уходе за тяжелобольными близкими.

Записали:
Екатерина Бондаренко
Андрей Стадников

Фото:
Наталья Харламова





Миляуша, 45 лет

Ухаживает за мамой с переломом
шейки бедра
Казань



Настроение мамы меня пугает, потому что она потеряла всякий интерес к жизни и тем самым меня убивает, прям хочется, чтобы все это закончилось, и всё. Она ведь у меня очень активная женщина, общественный деятель, активистка мусульманских организаций. В 1988 году погиб мой брат Марат, она очень сильно переживала и тогда полностью ушла в религию, открыла организацию мусульманских женщин. Боролась, чтобы разрешили фотографироваться в хиджабе на паспорт. В какой-то момент ее в числе тысячи российских женщин выдвинули на Нобелевскую премию. Всегда была зажигалка такая, а сейчас уже всё, что называется, батарейка села.

Год назад, когда ей было 80, она сломала шейку бедра. Ее прооперировали, поставили пластину с тринадцатью шурупами. Все зажило, но она не встает на ноги! Боится, ноги подгибает и отказывается вставать. Полгода лежала, потом попробовала встать и ногу сломала. Я приехала в Казань, забрала ее из больницы и сижу с ней вот уже почти год.

Встаю я в 6 утра, готовлю завтрак, чай, санитарные процедуры и опять ложусь, открываю ей занавески, и она там ворон считает. Потом мне рассказывает — вчера было двенадцать ворон, сегодня вообще не прилетели. Я включаю иногда телевизор, там бывают передачи про путешествия или про животных, вот это ей очень интересно. На выступление Путина попали, она спрашивает: «А Ельцин где?». Меня так начинает это пугать.

Время для нее размывается, я ухожу на 15 минут, она говорит: «Тебя полдня не было, ты меня бросила, вчера вообще тебя дома не было». Я говорю: «Мам, ну как же, я всегда здесь». Выйти из дома даже продуктов купить это целая проблема.

Жалуются мне: «Родной сын не пришел в больницу ни разу». Я говорю: «Мам, ну он умер 30 лет назад». «А, да, да». Приходит в себя, вспоминает. Читать я ей не читаю, она не хочет слушать. «Свет выключи, телевизор выключи, занавески закрой, по телефону не разговаривай».

Звуков вообще не выносит. Сейчас в соседней квартире ремонт, работает перфоратор. Она: «Тут ходят мужики». — «Мам, какие мужики?» Потом она в какой-то момент начала хулиганить, ставила судно, пардон, рядом на стул и мочу выливала на пол. Я говорю: «Мам, что это?» — «Это не я». — «Мам, ну никого же не было». — «Тут ходят какие-то мужчины, приходили и вот так сделали». «Ну мам, так не бывает». Она лежит, смотрит в окно. Говорит: «Там дверь. Иди закрой». Я говорю: «Мам, там окно, дверь вон».

Или она вот не ест. «Мам, если ты сейчас есть не будешь, я рассматриваю это как просто саботаж и просто твое желание быстрее уйти и мне сделать плохо. Я вызову сейчас врачей, и тебя будут кормить через трубки». То есть каждая ее попытка накормить такой войной дается, со скандалом, со слезами, просто ужас. Она стала такой капризной, что хочется просто закричать. Она очень сильная женщина, она никогда не плачет. А тут стала еще жестче. Ее подруга говорит, старики становятся такими, чтобы о них не горевали.

Все, конечно, мамини подружки меня восхваляют, никто не ожидал, «мы думали, что ты ее сдашь в пансионат». Потому что я двадцать лет назад как уехала, так вообще про меня никто не знал. Я для нее абсолютно нежеланный ребенок в свое время была. Главной ее любовью был мой брат, он был гениальный, талантливый. А я родилась только потому, что моему папе подняли зарплату и сделали мастером цеха, и он сказал — давай родим дочку. Так мама меня родила. И вот я помню все детство, что мама либо на работе, либо в командировке, либо с Маратом. А сейчас она требует такого безумного ухода за собой. Я говорю: «Мама, почему ты меня отдала в ясли? В семимесячном возрасте. А потом в садик интернатного типа. Почему другие матери могли забирать своих детей? Ты просто от меня отмахнулась, сдала меня». Она отвечает: «Ну ведь это я для тебя работала». Когда мне становится плохо, я вот это вспоминаю, и меня немножко отпускает.

Надо, конечно, больше с ней разговаривать. Но пока у меня не хватает ни физических, ни моральных сил. Можно ее сдать в пансионат, но меня все родственники не поймут, заклюют, скажут, что я маму сдала в дом престарелых. Да и я сама не смогу. Собираюсь в Москву ее везти на реабилитацию.

Вячеслав, 54 года

Ухаживал за дядей с раком простаты
Бердск



Милосердия у меня нет. Просто поступал по совести. Это мой дядя. У меня не было и нет другого выхода. Я не питаю теплых чувств к этому человеку. Дед Алексей несколько лет назад заболел простатитом, к врачам он не обращался. Болезнь переросла в рак простаты, на этом фоне обострился сахарный диабет. Ему сделали операцию, рак удалось остановить. Диабет с помощью лекарств тоже. Но где-то около года он лежал, была слабость, не мог ходить. Пришлось ухаживать как за лежачим больным.

Я не мог из-за работы приходить два раза в день, нанимал медсестру. Она приходила пять раз в неделю по часу для кормления и уборки. Но ее помощи, конечно, не хватало. Утром и вечером я приезжал, бывало, и днем заходил, готовил у себя дома и привозил. Самое сложное было ставить клизмы, постоянно готовить что-то поесть. В общем, процентов 60 моего времени уходило на уход за дедом Алексеем.

Я купил икону небольшую Святой Троицы, на окно поставил, хоть он в Бога и не верит. Куда он её дел, ещё не спрашивал. Мне кажется, эта его слабость — полное отсутствие воли, он симулировал, не признавая это. А вообще я не знаю, потому что врачи мне не смогли сказать причину немоги. Осенью я пригласил врача, который занимается реабилитацией больных после инсульта. Она сказала, что физически у него все функционирует. Тогда я сделал приспособление, которое крепится к стене над кроватью, чтобы он мог помогать себе руками и сам подтягиваться в кровати. Сделал гантели из бутылок, ходули купил. Постепенно с помощью упражнений дед Алексей стал ходить с помощью ходуль, а затем и без их помощи. Теперь медсестра к нему не ходит, он самостоятельно себе готовит, стирает и ходит в магазин.



Ирина, 49 лет

Ухаживала за свекровью
с раком яичников
Москва



Я всегда ее называла мамой, несмотря на то, что она была свекровью. Она была хорошей свекровью, мудрой. Умела сгладить конфликты. Ей поставили диагноз, когда ей был 71 год, случайно. Она очень педантично следила за здоровьем, ходила к врачам. И в тот раз пришла на плановое УЗИ брюшной полости, и что-то врачу не понравилось, и он направил ее на дальнейшее обследование. Ей поставили рак яичников в начальной стадии.

Мы сразу стали ездить по онкологам, на Каширку. Мама как-то потерялась сразу, я с ней везде ходила. Ее прооперировали, было несколько сеансов химиотерапии. Три года она чувствовала себя нормально, а на четвертый год уже накопились усталость, возраст, пошли метастазы, и мама стала сдавать. Умерла она в мае, 15 мая.

Резкое ухудшение началось... сейчас скажу. Где-то после нового года. Ей стало тяжело готовить, ухаживать за собой. Мы со Славой (муж Ирины — прим. ред.) сказали — перебирайся к нам. Она переехала. Мы хорошо проводили время, о близкой смерти не думали. Тяжело было последние три месяца. Мы всегда на выходные выезжаем за город, и тут стали замечать, что ей тяжело в машине. В марте появился асцит (скопление жидкости с брюшной полости — прим. ред.), одышка. Стало тяжело ездить, тяжело ходить. На Пасху мы купили ей инвалидную коляску, и я стала в ней возить ее по дому. Изменения в органах были необратимыми, появились боли, начали колоть обезболивающее. У нее ослаб голос, она даже позвать громко уже не могла. Я в шутку говорила — «Мам, может, тебе колокольчик дать?» Она смеялась.

Мы наняли сиделку, Эмму. Когда убедились, что она наш человек, смогли выходить из дома и уезжать на выходные. Сейчас, оглядываясь назад, кажется, что мало сделала, надо было еще что-то сделать, чтобы ей комфортнее было. Помню, что я иногда на нее злилась.

Мы со Славой купили ароматическую свечку, которая нам нравилась, в нашу комнату, с запахом яблока и корицы. А ее этот запах раздражал, ей казалось — невкусно. И вот мы с ней идем в ванную мыться, когда она еще сама могла идти, идем потихонечку, и она говорит — «Такой запах противный!» А я про себя думаю — «Ну почему противный? Такой классный запах!» Думаю, из-за болезни у нее начались вкусовые извращения. Но я все равно позволяла себе злиться и сердиться. Надо было потушить, наверное, но мне тогда хотелось, чтобы горела. Этот запах как выпад против смерти, что ли. Еще в последние недели она все время хотела в душ, ей нравилось, но я ее каждый день не мыла, потому что из коляски даже вдвоем с Эммой пересаживать было тяжело. А когда она умерла, я стала думать: «Почему же я каждый день не мыла? Что же я такая жестокая?»

В чем она уйдет в последний путь, мы выбирали вместе. Шкаф открыли и выбирали. Она со мной советовалась — что лучше, понаряднее или траурное. Мне было тяжело, но я знала, что, если мы выберем, и мне будет легче, и мама успокоится, что все дела свои сделала.

Последние дни она нас уже не узнавала, мы заходили в ее комнату за руку ее поддержать, чуть-чуть поговорить. Психологически тяжело было там находиться. Но при этом не хотелось упустить момент ее ухода, хотелось быть рядом с ней. Это случилось утром, часов в 10-11. В этот день почему-то все были дома. И Слава тоже никуда не поехал. Эмма нас вдруг позвала — мама сейчас уйдет. Прибежали, у нее уже агония была. Но мы были рядом, мы ее провожали, мы попрощались. Не знаю, чувствовала она это или нет, но нам это было очень важно.

Я сейчас уже не боюсь говорить с людьми о смерти. Моя родная мама мне говорит всегда — я желаю себе смерти быстрой, чтобы не лежать вас не мучать. Недавно я к ней приезжала, она мне говорит — я тебе сразу покажу, что у меня где лежит. Здесь документы, оденешь меня вот так. Мы с ней постоянно посмеялись, ты чего, говорю, себе такой платок выбрала темный? Я считаю, это нормально, об этом надо говорить.

Мы когда на кладбище приходим к моему папе, очень часто прилетает синичка. И дочка мне говорит — «Мам, когда бы ни пришли, эта птичка тут всегда. Это дед прилетает и смотрит». И волей-неволей начинаешь в это верить.

И вот когда последний раз моя мама свою погребальную одежду показывала, у меня возникла одна мысль. Я не знаю, вправду это говорить или нет, мы же не знаем, что там? Куда душа вылетает? Так вот, может, просто с мамой взять и договориться, что вот, мам, давай ты будешь птичкой? Если у тебя получится там, прилетай ко мне птичкой, я буду знать, что это ты. Уже не раз меня эта мысль посещает, но я пока не решилась про это с мамой поговорить. 🐦



Три сестры



Мы возвращаем простые радости