

Вступление

Гениальный доктор Хаус потерпел бы в нашем отделении неудачу.

Можно быть очень умным врачом, обладать настоящим талантом в разгадывании детективных историй болезни, но у постели пациента все это превращается в пшик, если нет одного важного эмоционального ингредиента. Сочувствия. Именно с него начинается история успешной реабилитации после инсульта.

Сочувствие помогает врачу проникнуться ситуацией пациента по-настоящему. Каждый случай уникален, в реабилитации после инсульта не может быть универсального алгоритма помощи, как при простуде.

Врач выслушивает историю пациента. Он уже прочитал ее в сопроводительных медицинских документах, но куда важнее то, что думает о своем состоянии сам больной. Чего он хочет? Что его тяготит сильнее всего? Что из утраченных функций для него по-настоящему важно, а что — второстепенно?

Вот мужчина средних лет. У него после инсульта не работает правая рука. Кажется, будто важнее всего восстановить навык письма от руки. А еще — уме-



ние держать ложку. Но пациент говорит о том, что хочет снова иметь возможность ездить на рыбалку. Для этого необязательно восстанавливать сложный навык управления автомобилем, до реки можно добраться и на автобусе. Но держать и забрасывать удочку, иметь возможность действовать двумя руками — вот что для него важнее всего. А писать ему не нужно, он не работает. Ложку же можно использовать с утолщенной ручкой. Или вообще есть здоровой левой рукой.

Искреннее сочувствие врача рождает интерес к жизни пациента, помогает по-настоящему проникнуться его историей. Только в отделении реабилитации можно наблюдать удивительные вещи: один больной часами сидит с удочкой, восстанавливая силу захвата в руке и координацию движений, а другая пациентка под присмотром медсестры и специалиста по физической реабилитации упорно носит воду в маленькой леечке и поливает цветы на больной клумбе. Она мечтает снова работать на даче, вид цветущих растений успокаивает ее и вселяет надежду на лучшее. Вместо капельниц с препаратами для сосудов ее лекарством становятся лейка, лопатка и тяпка.

Я больше десяти лет работала врачом-неврологом, прежде чем оказаться в отделении реабилитации для больных с заболеваниями центральной нервной системы. Мне пришлось многому учиться, сознательно избавляться в себе от замашек доктора Хауса, который уверен, что все больные лгут, а он все-все знает.

В реабилитации только пациент может рассказать, как ему можно помочь. Наша задача — уметь слушать и подбирать оптимальные способы восстановления. Сочувствие помогает проникнуться ситуацией, поставить себя на место пациента и порой не только разработать подходящую программу реабилитации, но и найти нужные слова.

Я не знаю другой медицинской специальности, в которой общение имело бы такое большое значение. Слова специалиста по реабилитации способны буквально возратить из небытия, вернуть человеку веру в свои способности, помочь ему захотеть чего-то наконец. Ведь отсутствие желаний — обычная история для пациента, перенесшего инсульт. Не хочется двигаться, не хочется есть и пить, не хочется жить. Это типичная картина постинсультной депрессии. Да, безусловно, антидепрессанты помогут. Но их эффект разовьется к концу третьей недели, а что-то делать нужно уже сейчас! И в эти три недели врачи вооружены лишь эмпатией, альтруизмом и искренним интересом к судьбе пациента. Как показала жизнь, это не так уж и мало.

Эта книга о том, как тесно переплетаются обычная жизнь и реабилитация тяжелых пациентов. Год работы в отделении сплотил нашу мультидисциплинарную команду: врачей, медсестер, психологов, логопедов, специалистов по физической терапии. Мы жили реабилитацией круглосуточно, возвращаясь домой только чтобы поспать и принять душ. Это было очень счастливое время. Мы азартно и самозабвенно работали над тем, чтобы не дать инсульту сломать очередную жизнь. И наши пациенты выходили из отделения если и не абсолютно здоровыми, то уж точно с положительными изменениями и мощной мотивацией продолжать восстановление. Было всякое: и чудесные истории исцеления, и неожиданные драматические финалы.

Прошло два года, отделение реабилитации перестало существовать в том виде, в котором я рассказываю о нем в этой книге. Однако прекрасные специалисты продолжают свою работу в других отделениях и больницах, и мы поддерживаем связь.

Эта книга состоит из трех частей. В первой я рассказываю о том, как должно происходить восстановление после тяжелой болезни и какую роль в



этом играют специалисты. Вторая часть — истории пациентов реабилитационного отделения. Имена и личные детали их жизни изменены. В остальном это правдивое описание работы обычного врача в больнице где-то на периферии страны. Третья часть — медицинские сказки. Этот формат особенно полюбился читателям моего блога из-за простоты сюжета и неперемного счастливого финала. Кому-то такой стиль повествования покажется примитивным. Но чем проще описание симптомов и лечения, тем легче их запомнить. Может, мои сказки помогут кому-то вовремя обратиться за медицинской помощью.

ЧАСТЬ 1. ЧТО ТАКОЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ?



Девять из десяти пациентов не смогут вернуться к прежней жизни. Такова статистика инсульта. Но десять из десяти пациентов смогут снова стать счастливыми. Это я уверенно заявляю как врач-реабилитолог.

«Чего вы хотите от реабилитации?» — вот первый вопрос, который слышит пациент в нашем отделении. От него зависит судьба.

«Хочу выздороветь».

«Хочу, чтобы все было как раньше».

«Всего хочу».

Это неправильные ответы. Чтобы был результат от реабилитации, важно хотеть чего-то конкретного.

Упражнений «на выздоровление» после инсульта нет. Есть упражнения, чтобы суметь взять в большую руку чашку — сначала пустую, потом полную. Не бывает занятий, чтоб разом восстановить и понимание речи, и ее произношение. Но есть задания, которые помогают заново научиться сопоставлять, к примеру, написанное слово и произнесенное вслух.

Сформулировать цель, к которой мы идем — четкую, достижимую, понятную — уже полдела. Поэтому врач занудствует, не отстает от больного: «Так чего именно вы хотите?» Это помогает доктору создать индивидуальную программу. Без ненужных движений и бесполезных занятий.

И вот звучит запрос: «Хочу снова выйти на работу». Годится. Но только если человеку реально восстановиться до того уровня, что позволит вернуться к привычному труду. Если нет — врач попросит переформулировать. Например, создать пациенту возможность для освоения новой работы, попроще.

Еще запрос: «Обслуживать себя в быту». Тоже пойдет. Правда, придется подумать, что именно важнее всего: суметь нарезать хлеб, используя две руки? Чтобы получилось загрузить белье в стиральную машинку, а потом достать и развесить? Освоить

сервис доставки продуктов на дом? Или дойти до магазина самому?

Иногда запросы бывают просто душераздирающие. Когда больной формулирует цели реабилитации просто, четко, доступно, но их суть... Заставляет крепко задуматься. И напрячь душевные силы, чтобы вовсе не утратить веру в человечество.

Вот женщина 72 лет с целым букетом заболеваний. Инвалид второй группы. Попросила участкового терапевта переоформить документы, чтоб дали третью... Зачем? Чтобы можно было работать. «У меня сын женился, ипотеку взял. Надо помогать. Я ночи не спала, работала, помогала чем могла. А теперь вот инсульт...» Да, сотрудница химического производства семидесяти двух лет — такое явление само по себе вызывает когнитивный диссонанс. Работа у нее не из легких. Была. Вернуться к ней женщина не сможет. Инсульт лишил пациентку возможности сидеть, стоять, забрал силу в правой руке и ноге. И вот запрос женщины к реабилитологу: «Мне нужно снова выйти на работу. Сын без меня не справится». Запрос невыполнимый. Сын, кстати, не позвонил ни разу за все время лечения.

Или вот еще пациентка. Тоже тяжелый инсульт, левая рука повисла плетью. Но женщина упорно училась сидеть сама — с каждым днем на одну минутку дольше. Раз за разом напрягала слабую руку, порой доводя ее мышцы до повышенного тонуса, когда сковываются любые движения, а еще возникает боль. Терпела. Снова тренировалась. Училась стоять. Ходить, шагок за шагом.

Ее запрос: «У меня муж-алкоголик. И больше никого. Мне нужно обслуживать в быту себя. И его. Иначе погибнем». Из отделения уходила на своих ногах, хоть и опираясь на трость. Уходила медленно, не очень уверенно, но спокойно: дома она справится. Значит, выживет она, выживет и муж. Созависимые отношения — они такие.



Почему-то именно женщины, мои пациентки, часто берут на себя непосильную ношу, которая и становится отчасти причиной инсульта. Стресс ведь тоже фактор риска «сосудистой катастрофы». И, восстав буквально из пепла, уходят мои пациентки из отделения, чтобы и дальше нести свой крест.

Попробуйте отнять у них их страшную цель — чтоб «битый небитого вез». Попробуйте заменить эту цель на что-то более красивое. Я вот не рискну. Просто помогу человеку всем, чем можно. Потому что мое дело — помогать. А дело моих пациентов — жить свою жизнь так, как они считают нужным.

«У меня случился инсульт, а врач даже не подошел»

Подобное часто пишут на медицинских форумах, мол, как же так, вот вы говорите про раннюю реабилитацию, про бесконечный диалог, про обсуждение запросов пациента, а почему по моему опыту все было иначе? Никто не подошел, не узнал, чего я хочу от реабилитации, да и слова-то такого никто не говорил, просто молча ставили уколы...

Давайте разбираться.

Реабилитация после инсульта начинается...

Сразу же, как он случился. Нет каких-то абстрактных часов или суток, что врач обязан выждать, прежде чем помочь пациенту начать восстанавливаться. Но еще есть реалии российской медицины. Разберем их поэтапно.

Первый этап реабилитации

Это инсультное отделение, в котором оказывается пациент. Оно может называться как первичное сосудистое отделение (ПСО), региональный сосудистый центр (РСЦ), отделение неврологии.



В идеальном мире реабилитация начинается прямо здесь, потому что кроме невролога, который назначает лекарства и капельницы, тут есть еще реабилитолог и команда специалистов: логопед, медицинский психолог, эрготерапевт, физический терапевт, реабилитационная медсестра. Они-то и начинают реабилитацию с первых часов, пока невролог занят своим не менее важным делом: спасением жизни пациента.

И да, невролог немногословен: возможно, он спросит у пациента об аллергии на лекарства и о хронических заболеваниях, узнает, как и когда все произошло, коротко уточнит жалобы. Потому что куда больше ему скажет не пациент, а его тело. А также его анализы и данные обследований. Именно эта информация поможет поймать инфаркт миокарда, который нередко идет «в комплекте» с инсультом и на фоне общей сумятицы не сразу бывает выявлен, или высокий сахар в крови, который незаметно может свести пациента в могилу, или опасный тромб в венах ног, который в любой момент может оторваться... В общем, у невролога куча дел. И в первые дни инсульта, и потом, когда может развиваться пневмония — и ее надо заметить и обезвредить, как и другие болезни.

Честь и хвала тем неврологам инсультных отделений, которые в череде своих забот успевают еще и посадить пациента в постели пару раз в день (и делают это правильно, а не как попало), поднять его, пройти несколько метров по коридору. Это и есть реабилитация первого этапа. Потому что в реальной жизни мало какие инсультные отделения могут похвастаться своим реабилитологом и командой специалистов, которых я перечислила выше. Но на этом моменте достаточно обойтись без глобальных ошибок, чтобы не навредить — например, не использовать эспандер для слабой руки, побольше внимания уделять позе пациента в постели.

Не стоит обижаться на врачей, что они не начали реабилитацию в инсультном отделении вовремя и в полном объеме: это точно не вина неврологов. Хорошая новость в том, что «золотое окно» реабилитации составляет год, а то и полтора. Чуть меньше оно для речи — активное ее растормаживание происходит в первые полгода. Еще все успеется!

Второй этап реабилитации

А вот это уже специализированное реабилитационное отделение, где капельниц и таблеток будет меньше, а больше — всякой другой работы, на тренажерах и специальных аппаратах, при помощи детских с виду игрушек и всяких разговорных методик.

На второй этап попадают не все. Во-первых, недостаточно коек для всех желающих. Во-вторых, не всем пациентам нужен второй этап. Поэтому пациентов отбирают тщательно и берут тех, у кого реабилитационный потенциал есть.

Тут работает принцип «хочу и могу».

Это мотивированные больные, которые хотят восстановиться и понимают, что им предстоит большая работа — волшебников в отделении нет, но есть надежные и профессиональные помощники.

Это больные, которые могут восстановиться, потому что иногда болезнь мешает реабилитации, и сначала нужно подлечить ее: например, если после инсульта развился психоз и человек не понимает, где он и что с ним происходит. Или у больного сильнейшая пневмония, и еще инфаркт миокарда — сначала нужно подлатать организм и только потом нагружать его!

Третий этап реабилитации

Этот этап — удел пациентов, которые восстановились в достаточной мере, чтобы не нуждаться в реабилитации в условиях стационара.

Иногда, если инсульт прошел «по касательной», не оставив серьезного неврологического дефицита, пациент с первого этапа сразу переходит



на третий. Потому что второй, к счастью, ему не понадобится.

Иногда путь к третьему этапу долг и мучителен: человек из реанимации переходит в отделение реабилитации, курс за курсом растит новые навыки, учится есть и ходить, говорить и понимать окружающих, самостоятельно мыться и готовить себе нехитрый обед. И вот наконец реабилитолог говорит такому пациенту: «Вы нас переросли». И отпускает на третий этап, в свободное плавание.

Этот этап амбулаторный, поликлинический. Я могу с уверенностью сказать, что это такой «розовый единорог» — никто его в обычной поликлинике не видел. Терапевт таращит глаза, невролог устало говорит: «Я продлил вам больничный по инсульту, оформил документы на МСЭ, чего вы от меня еще хотите?!» А реабилитолога, эрготерапевта, специалиста по физической реабилитации в поликлинике попросту нет. Логопед и психолог — экзотические птицы, которых выдвали, ну, может, где-то в Израиле. Но уж точно не в России.

Все это так. И третий этап для наших пациентов сейчас — это блоги реабилитологов, это крупные интернет-ресурсы, посвященные профилактике инсульта и восстановлению после болезни, это горячие линии некоммерческих организаций. И — для тех, кто может себе это позволить — частные занятия на дому с логопедом, эрготерапевтом и физическим терапевтом.

Со временем ситуация изменится к лучшему, эксперты российского здравоохранения много говорят (и немало делают) для выстраивания правильной реабилитации в нашей стране. Но нужно время, да и специалиста хорошего не слепишь на курсах за три дня. А их необходимо много.

Рука после инсульта не двигается, а доктор радуется. Почему?

Попробуйте взять чашку с полки. Это будет цилиндрический захват.

Достаньте пакетик чая — это пальцевой захват, кончики пальцев собираются в горсть.

Возьмите его за бумажный квадратик на ниточке — это трехпальцевой, самый сложный захват.

Разные положения ладони, возможность регулировать силу захвата — все это привычные движения, которыми мы владеем всю сознательную жизнь, а оттого не знаем, какое это богатство.

А если рука не работает, но есть едва заметное движение одного пальца? Оно не поможет почесать нос, например. Или расчесать волосы. Трагедия.

Если движение не прибавляет самостоятельности в быту, оно ничего не значит. Так думают наши пациенты.

И очень зря.

У пациента после инсульта совсем не двигалась рука. Мы использовали зеркальную терапию: паци-



ент видит в зеркале отражение здоровой руки и двигает ею, мозгу кажется, что работает большая рука, которая пока не может двигаться.

Для мозга грань между настоящим и кажущимся очень тонка: вспомните, как просыпались ночью в холодном поту оттого, что кто-то гонится за вами — организм запустил полноценную реакцию по спасению вашего мягкого места, с повышением пульса и давления, готовностью мышц к взрывной нагрузке.

Это работает и в реабилитации: зеркальная терапия помогает заставить работать неподвижную руку. Конечно, все начинается с едва заметных движений. Никто после одного занятия не возвращает себе прежнюю силу в руке (эй, мы же не волшебники!).

Вот что сказал мне пациент, когда я спросила, как у него дела: «Ничего хорошего. Никаких изменений».

Вот что сказал мне инструктор, когда я спросила про того же пациента: «Отличная динамика! Появились минимальные движения в руке!»

И скинул мне видео, где указательный палец на долю секунды совершает едва заметное шевеление. Да, оно не делает пациента самостоятельнее. И все-таки шаг от полной неподвижности к минимальному движению — всегда огромная радость для нас. Потому что это переход от «нет» к «да», это будто переход в другую вселенную.

А для пациента это надежда на восстановление. Где есть хотя бы немного силы, можно ее нарастить.

Вот такая мышинная революция, муравьиная радость, микроскопическая победа.

Реабилитация вся состоит из таких гномьих шажков. Но если вспомнить сказку про Белоснежку, гномы там творили такие великие дела, что принцу оставалось лишь приехать к хрустальному ложу и поцеловать свою принцессу, чтобы все жили долго и счастливо.

Вот так-то!