

## ИНТЕГРАЦИЯ В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Проф. Григорий Брехман

Доклад на заседании в Доме Ученых Хайфы и Севера,  
посвященном 1-й годовщине Института Интегративных Исследований,

Хайфа, 21 июля 2014 г.

Уважаемые коллеги!

Как врач я понимаю, что предшествующие, очень насыщенные информацией, доклады держали вас в напряжении. Поэтому было бы негуманно и непродуктивно и дальше поддерживать это напряжение. Поскольку мой доклад 3-й – я решил опустить теоретические аспекты и представить его как иллюстрацию к обсуждаемой проблеме. Это позволит нам расслабиться и без напряжения понять, что дает людям интеграция, в данном случае - в медицине.

Но вначале несколько официальных вступительных слов.

«Углубляющаяся специализация клинической медицины при всей важности и прогрессивной роли способствовала постепенному ослаблению, а порой и утрате, связей между различными ее разделами. Это привело к тому, что заболевания, в частности гинекологические и экстрагенитальные, общие по этиологии и патогенезу, но различные по своей локализации, лечат разные специалисты (в зависимости от преобладающей симптоматики или первого обращения) без какой-либо определенной последовательности, преемственности и совместности. Это снижает эффективность лечения, удлиняет его сроки, мешает проведению профилактических мероприятий. Возникшая разобщенность может быть компенсирована тесным взаимодействием врачей различных специальностей. Плодотворность такого сотрудничества специалистов возможна при условии выявления этиологических и патогенетических связей между экстрагенитальными заболеваниями и патологией половой системы, если изучены особенности клиники сочетаемых процессов, а у врачей воспитана потребность целостного восприятия больного человека. Эффективная реализация указанного может быть обеспечена, если разработана врачебная стратегия и тактика диагностики и лечения сочетаемых процессов, если имеются надежные полиактивные способы и средства воздействия на различные системы организма или даже на одну из них, ответственную за регуляцию функционального состояния других систем». (1).

*1. Брехман Г.И. Роль экстрагенитальной патологии в генезе некоторых гинекологических заболеваний. Автореф. докт. дисс. Ленинград, 1990.*

Вы конечно подумали, что я все это написал, готовясь к данной конференции. Позвольте вас разочаровать. Это было написано мною 40 лет т.н. в обоснование моей докторской диссертации и сохранилось как «Введение» в эту диссертацию.

Как же я дошел до жизни такой?

После окончания аспирантуры и защиты кандидатской диссертации я вернулся в родную альма-матер - ИГМИ на кафедру акушерству и гинекологии и занял должность ассистента. Научной проблемой вуза тогда был «Ревматизм, вялотекущий ревмокардит».

**Воспаление гениталий и ревмокардит.** С началом моей работы ассистентом, зав. кафедрой проф. Юрьевский С.Г., специалист в области воспалительных процессов женских половых органов, предложил мне присмотреться: как ведут себя воспалительные процессы гениталий у женщин с ревмокардитом. Когда мы подытожили результаты изучения клинических особенностей течения воспаления (2), то вздрогнули от неожиданности: они существенно отличались от течения воспаления у женщин контрольной группы. У женщин с вялотекущим ревмокардитом воспаление гениталий начиналось или обострялось после ангин, ОРВИ, переохлаждения. Заболе-

вание начиналось постепенно, имело место вялое, подострое, рецидивирующее, затяжное течение, сопровождающееся многочисленными разнообразными жалобами. Местно отмечалось преобладание двустороннего поражения придатков с относительно небольшими структурными их изменениями и выраженной болевой реакцией при пальпации. Обязательным было - наличие порока сердца с признаками декомпенсации. Конечно, это стало поводом для углубленного изучения патогенетических механизмов, а в последующем – для изменения стратегии и тактики лечения у подобных больных. Другой пример интеграции.

*2. Брехман Г.И., Волкова В.А., Фетисов Н.С. Особенности клинического течения воспалительных заболеваний матки и придатков у женщин, страдающих ревматизмом. Ж-л «Акушерство и гинекология». 1971.№11.С.41-44*

**Воспаление гениталий и заболевание зубов.** Однажды на мой консультативный прием врач женской консультации направил женщину с воспалительным процессом гениталий не поддающимся лечению в течение длительного времени. При осмотре я обратил внимание, что все симптомы свидетельствуют о наличии у нее кроме воспаления еще и ревмокардита. Я спросил ее об этом, но она ответила отрицательно. К этому времени я уже знал, что не только ревмокардит, но и хронический тонзиллит, гайморит, бронхит и другие заболевания инфекционно-аллергического характера сопровождаются подобной клинической картиной. Она отклонила и эти заболевания. Я был озадачен: клиника есть, а никаких хронических инфекционно-аллергических заболеваний нет. Значит, я ошибался изначально? Я еще раз мысленно прошел по организму женщины в обратном направлении и уже безнадежно, автоматически спросил: «А зубы здоровы?» - «Вот это и есть моя проблема: зубы болят постоянно». Я взял шпатель: «Пожалуйста, откройте рот». – и обнаружил 8 разрушенных до корня зубов. А что это значит? – А это значит следующее: корни зубов являются резервуаром, где живут и размножаются стрептококки. Периодически, через кровеносные сосуды они попадают в кровоток человека, поддерживают в напряжении его иммунные системы, поддерживают состояние повышенной чувствительности, сенсibilизации организм и т.д. В том случае, если у женщины в прошлом был инфицированный аборт или роды, при появлении экстрагенитального очага инфекции, можно ожидать «аллергическую реакцию» брюшины, покрывающую матку и придатки.

Я сказал женщине, что ей следует удалить корни зубов, вылечить другие зубы, после чего я смогу назначить ей лечение. Возник конфликт: «Вы - гинеколог и лечите свое, а зубы вас не касаются. Я их не удаляю, потому что боюсь боли». То, что знал я - не знала эта женщина. Она ушла недовольная мною. В Израиле мною уже занялся бы ее адвокат, и знаете почему? Потому что ни в одном протоколе не записано, что при воспалении гениталий женщине следует лечить зубы. Прошло месяца три, и однажды в трамвае нос-к-носу я столкнулся с этой женщиной: «Почему вы не появляетесь?» - «А у меня все прошло!» - «Как все прошло?» – «Вы же сказали, чтобы я лечила зубы. Я нашла врача, который мне хорошо обезболит, все удалил, вылечил. А боли внизу живота сами по себе прекратились».

Конечно, это стало поводом для специального исследования, которое мы провели совместно с зав. кафедрой стоматологии ИГМИ доцентом Н.И. Неупокоевым. В гинекологическом отделении было осмотрено 110 больных воспалением гениталий: здоровые зубы оказались только у 3 (2,7%). У остальных было найдено: кариес – 60 (54,5%), пульпит хронический - у 7 (6,4%), периодонтит хронический - у 28 (25,4%), зубы с пломбами и коронками - у 92 (83,6%), отсутствие зубов после экстракции – у 93 (84,5%) больных. Нуждались в лечении 64,5% женщин, у которых оказалось 192 больных зуба (в среднем 2,7 зуба у каждой больной).(3). Это ли не пример практической важности интеграции? Я взял за правило и учил докторов: «Осмотр гинекологической больной должен начинаться с осмотра полости рта».

3. Брехман Г.И., Неупокоев Н.И. (1990) *Стоматологическая заболеваемость больных воспалением гениталий по данным осмотра в стационаре. Деп. в ВНИИМИ №Д-20141 от 25.07.90*

Добавлю: в этой гинекологической больнице №8 г.Иваново на 300 коек был хорошо оборудованный кабинет зубного врача, а лечение зубов – являлось составной частью лечения больных с гинекологическими болезнями.

Еще один пример интеграции.

**Эмоциональный стресс и миома матки.** Ассистенту в стационаре положено было вести больных – 30% от нормы врачей, у меня была палата на 8 коек. Ежедневный обход, осмотр, лечение, операции, выписка и т.д. Однажды в палату поступили две новенькие. Приглашаю одну для заполнения истории болезни. Оказывается у нее миома матки и на днях появились боли внизу живота. В процессе нашей беседы она неожиданно говорит, рассчитывая на сочувствие, что у нее кругом плохо, везде стрессы: и дома, и на работе, и вот сейчас еще и боли в животе. Я, конечно, посочувствовал, выразил надежду, что лечение поможет и т.д. Приглашаю вторую больную: оказывается и у нее миома матки, и у нее боли внизу живота. Уточняю: когда начались, после чего? – оказалось: вчера вечером муж пришел пьяный, начался скандал, он стал обвинять ее в неверности, а она - его, ночь спала плохо, с тяжелыми сновидениями. Утром проснулась от болей в животе, на работу идти не могла, обратилась к врачу скорой помощи, который доставил ее в больницу. Я все записал, посочувствовал, выразил надежду и т.д. По дороге домой я почему-то мысленно вернулся к этим больным, Странно: у обеих - миомы, у обеих – боли, у обеих боли начались после конфликтов, у обеих пальпировались резко болезненные узелки на матке. Что это - случайное совпадение или закономерность?

К этому времени я хорошо знал, что миома матки – это опухоль, которая возникает в результате избыточного уровня женских половых гормонов - эстрогенов. Но избыточный уровень гормонов действует на всю матку. А откуда узлы? И почему болезненные? Какую роль играют конфликты, эмоциональный стресс? Ответ на эти вопросы затянулся на десятилетие.

Прежде всего, необходимо было понять, с какими заболеваниями вне половой сферы связана миома матки? Инфекционно-воспалительными или другими? Изучение распространенности различных заболеваний показало, что миома матки статистически тесно связана с заболеваниями системы кровообращения, которые специалисты относят к психосоматическим процессам. Это наводило на мысль, что и миома, возможно, относится к такому же классу болезней. Это стало основанием для изучения психологических особенностей женщин с миомой матки, и, следовательно, психодиагностики.

Психологические исследования показали, что среди больных миомой преобладают лица с интровертированными чертами характера, с высоким уровнем невротизма (эмоциональной лабильности), с высоким уровнем тревожности. У них обнаруживались многочисленные жалобы невротического плана, а электроэнцефалографические и рефлексометрические исследования функционального состояния нервной системы подтверждали наличие у них синдрома психоэмоционального напряжения. Конечно, параллельно нужно было провести и гормональные исследования. Результаты позволили мне убедиться и для себя покончить с мифом гиперэстрогении как главной причины миомы: она была обнаружена мной только у одной трети больных. У остальных - уровень эстрогенных гормонов был в пределах нормы или даже ниже, что соответствовало единичным исследованиям других ученых. (4).

4. Лесакова А.С., Брехман Г.И. *Стероидные гормоны у женщин с миомой матки. Материалы 7-й Республ. конф. акуш.-гин. Латв.ССР. Рига, 1965. С. 107-113.*

Еще оставалось уточнить: является ли миома опухолью? Для этого решено было провести электронно-микроскопические исследования. Препараты просматривались вместе со специалистом в этой области, руководителем лаборатории электронной

микроскопии ИГМИ проф. Мироновым АА. Мы искали известный предикат опухолевого процесса – *митотическую активность* в узлах и других отделах матки. У 25 больных при огромном количестве срезов нами было найдено всего две фигуры обычного митоза нормальных миоцитов. Но при просмотре препаратов у каждой женщины мы обнаружили большое количество свидетельств нарушения микроциркуляции: от повреждения стенок сосудов с прохождением жидкой части крови в окружающие ткани, явления отека миоцитов до кровоизлияний больших или малых объемов. Эти свидетельства неоспоримо показывали, что эмоциональный стресс, острый или хронический, сопровождается нарушением кровообращения в матке. Это приводит к локальной тканевой гипоксии, в связи с чем активизируются фибробласты, а миоциты переходят на путь коллагенообразования, т.е. активизируются соединительнотканые процессы, что приводит к формированию фиброзных узлов. Приведу один пример. В., 45 лет, вагоновожатая трамвая. Диагноз: интерстициально-субсерозная миома матки, болевой синдром. После операции в матке было обнаружено несколько десятков узлов и узелков. До операции женщина сообщила, что у нее, водителя трамвая, был неприятный эпизод неумышленного наезда на человека. Это произвело на нее очень тяжелое впечатление. После этого случая, когда у нее возникала опасность наезда, ее «простреливала боль, останавливаясь в нижних отделах живота». Можно было предположить, что первичный острый эмоциональный стресс сформировал у нее сложную патологическую функциональную систему (ПФС) с органом мишенью-маткой. При возникновении повторных эпизодов, эта ПФС включалась автоматически и приводила к нарушениям микроциркуляции в различных отделах матки, что и было подтверждено при морфологическом исследовании после операции.

Совокупность всех исследований позволили мне создать схему вариантов патогенеза этого заболевания, и сформулировать концепцию этиологии и патогенеза, по которой миома матки – это психосоматический процесс, проявляющийся в ишемической болезни матки.

Надеюсь, вы понимаете, что придя к тому, что миома не опухоль мы получили разрешение на консервативное лечение этого заболевания и прежде всего с помощью психотерапии. В дополнение, для ускорения процессов нормализации в нейроэндокринной и сосудистой системах, мы воспользовались методом электротранквилизации с помощью аппарата ЛЭНАР, разработанным Э.М. Каструбиным.

Значительное количество женщин г. Иваново избежало операции удаления матки, они сохранили менструальную функцию, которая для женщин составляет особую ценность, и главное - сохранили здоровье и некоторым образом изменили стиль жизни в лучшую сторону благодаря психотерапии.

Таким образом, интеграция медицины и психологии, психодиагностики, психотерапии позволила изменить наш взгляд на такое серьезное заболевание как миома матки и разработать стратегию и тактику ее консервативного лечения. Погружение в психосоматику неожиданно обнаружило психологические и психосоматические аспекты других гинекологических и акушерских заболеваний и состояний: психогенное бесплодие, нарушения менструальной функции - дисфункциональные маточные кровотечения, перебегающая аменорея, предменструальный и климактерический синдром, лейкоплакия и крауроз вульвы, рак матки и яичников, невынашивание беременности, токсикозы беременности, сексуальные расстройства.

Более того, высветилось значение бессознательного в возникновении некоторых состояний, а также возможность использования этих знаний в их лечении.

**Пре- перинатальная психология и квантовая физика.** Знакомство с психологией в последующем помогло мне без особых проблем войти в пренатальную психологию: то научное направление, которое изучает психическую жизнь ребенка до рождения и влияние воспринятых им до рождения впечатлений на его характер, психическое и физическое здоровье. Вхождение в эту область выдвинуло ряд вопросов,

которые не давали мне покоя. Среди них был вопрос: как информация от матери попадает к ребенку и оседает в его памяти?

К тому времени был известен один путь обмена информацией между матерью и плодом - через маточно-плацентарный бассейн по сосудам пуповины с помощью биологически активных веществ, гормонов, нейропептидов. Однако он никак не мог объяснить мгновенные реакции ребенка на изменение эмоционального состояния матери, или ответить, каким образом к ребенку попадают образы, события и даже потаенные мысли матери и закрепляются в его памяти, да еще в то время, когда его мозг только-только начинает формироваться.

Поиск ответа привел меня к основным положениям квантовой физики, а через нее к разработке **волновой теории** взаимодействия матери с ее неродившимся ребенком. Эта теория значительно продвинула нас в понимании того, что с момента появления пренатальной психологии оставалось загадочным, и потому была высоко оценена моими коллегами из Международного Общества пре-перинатальной психологии и медицины (ISPPM). В 2005 г. на Генеральной Ассамблее этого общества в Гейдельберге (Германия) мне была вручена награда за разработку этой теории.

В то время, когда начиналась разработка волновой теории, я исходил из представлений, что согласно парадигме А. Эйнштейна и теории корпускулярно-волнового дуализма материи Луи де Бройля, любая субстанция одновременно может находиться в состоянии и частицы, и волны, и материи, и энергии. И частицы, и волны тесно связаны с информацией. "Информация – как говорил N. Wiener (1948), - это информация, а не энергия и не материя". Практически мы всегда имеем дело с триединством: материя - энергия – информация.

Эта теория в развитии была доложена мною на ряде Международных Конгрессов по пренатальной психологии (Лондон, Кальяри, Будапешт, Гейдельберг, др.). Эта теория и сейчас продолжает свое развитие: постепенно мы начали стесняться произносить «ЭМ волны». Затем – мы стали стесняться говорить – «волны», а только «излучение». Физики нас уверяют, что никаких частиц нет, по Шрёдингеру - есть только «разница амплитуд». Мы с ними не спорим, потому что это их область, потому что мы знаем историю физики: с появлением новых методов исследования менялись представления физиков на те или иные явления.

Для примера позвольте напомнить историю теории корпускулярно волнового дуализма материи. Согласно представлениям **Christiaan Huygens** (Голландия, 17-е ст.) свет – это волны, **Isaac Newton** (Великобритания, 18-е ст.) свет – это частицы, **James Maxwell** (Шотландия 19-е ст.) считал, что свет это ЭМ волны. **Albert Einstein** (Германия 20 ст.) в эксперименте показал, что свет – это и частицы, и волны. **Niels Bohr** (Дания 20 ст.) – попытался опровергнуть это мнение, повторил опыты и подтвердил: свет – это и частицы, и волны. **Louis de Broglie** (Франция 20 ст.) –распространил эту теорию на любой материальный объект. **Erwin Schrödinger** (Австрия 20 ст.) – начал серьезное развитие квантовой механики и полагал, что все есть волна. **Владимир Фок** (СССР 20 ст.) полагал, что для «атомного объекта существует потенциальная возможность проявлять себя, в зависимости от внешних условий, либо как волна, либо как частица, либо промежуточным образом». **Валерий Эткин** (Израиль 21 ст.) показал, что фотоны не имеют ЭМ природу, и сформулировал эфирно-солитонную теорию света.

Как видите, из столетия в столетие меняются представления у физиков, меняется парадигма, мы присматриваемся к ним, периодически приспособливаемся, но при этом имеем в виду свои интересы. Так, мы принимаем положение, что концепция корпускулярно-волнового дуализма с точки зрения квантовых физиков устарела, так как служила только интерпретацией, способом описать поведение квантовых объектов, подбирая ему аналогии из классической физики. Но сегодня в биологии она служит тем же целям интерпретации, способом описать необычные явления в

биологии и медицине, позволяющим объясняться со специалистами. Отсюда, для биологии, генетики, медицины - эта теория является все еще современной.

Таким образом, выход за рамки медицины и пренатальной психологии и прикосновение к некоторым разделам физики принесли нам новые представления о функционировании человека (5), матери и ее еще неродившегося ребенка, показали возможные пути насыщения его информацией, которая создает платформу для его гуманистического и творческого развития после рождения. Это же принесло нам *предупредительные сигналы* о возможности получения ребенком негативной информации, которая осложнит его жизнь, а заодно – близких ему людей, и общества в целом. Сегодня стали понятными пренатальные истоки целого ряда психологических и психосоматических проблем: аутизм, синдром СДВГ, депрессия, расстройства языка и речи (6), склонность к агрессии и насилию, и даже психические расстройства вплоть до шизофрении.

5. Brekhman GI. *Man as a quantum-wave psychosomatic system. Medical Data: Medical review. March 2012. 4(1):105-109.(Serbia).*

6. Brekhman G.I. *Language and Speech Disorders as a Display of Prenatal and Perinatal Trauma in the Context of Human Evolution. Int J Prenat Perinat Psychol Medicine. June 2014. Vol. 26 No. 1-2, p.12-17.*

**Акушерство и пре- перинатальная психология.** Неожиданно для меня пре- перинатальная психология вернула меня в акушерство и позволила с других позиций посмотреть на то, что происходит во время беременности. Она подсказала необходимость психологического сопровождения беременной женщины и ее мужа с момента зачатия и до родов, а также после родов. А это совсем другая **технология ведения беременности.**

Пренатальная психология подсказала, что существует естественная (природная) система антистрессовой (противоболевой) защиты матери и ребенка в родах. А это совсем другая **технология подготовки к родам и ведения родов.**

**Резюме.** Таким образом, интеграция медицины, психологии, пре-перинатальной психологии, психологии беременности и родов, физики является плодотворной, открывает новые перспективы в понимании человека, процессов в нем происходящих, природы его болезней, новых подходов в их диагностике, лечении и профилактике, а также открывает возможности в понимании путей и механизмов обмена информацией между матерью и ее неродившимся ребенком.