

**М. М. СОЛОВЬЁВ**

## **ПУТЬ ХИРУРГА**

**От мечты о море  
до синдрома ПСАФ  
аутодезадаптации**

**Санкт-Петербург  
Северная звезда  
2021**

**М. М. Соловьев**

**ПУТЬ ХИРУРГА  
от мечты о море  
до синдрома ПСАФ  
аутодезадаптации**

Санкт-Петербург  
Северная звезда  
2021

УДК 616.314  
ББК 88.8  
С 60

Под редакцией  
Академика РАН д.м.н. профессора С. Ф. Багненко  
Академика РАН д.м.н. профессора А. А. Скоромца  
Д.м.н профессора А. И Ярёмченко

Оформление обложки и мшущтитолов – Е. Черново-Соловьёва

ISBN

© М.М. Соловьёв, 2021  
© Издательство «Северная звезда»,  
оригинал-макет, 2021

*Посвящается моему другу –  
жене Карине Суреновне  
и нашим учителям*

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Довольно часто меня просят рассказать о том, когда и как я принял решение стать врачом и ответить на ряд вопросов: считаю ли я свой выбор специальности удачным, знакомо ли мне чувство профессионального выгорания, что бы я посоветовал молодым людям, собирающимся стать врачами и т.д. Стараясь помочь мне и желая услышать от меня то, что соответствует их ожиданиям, они часто пытаются подсказать мне ответ:

– Скажите, пожалуйста, в каком возрасте у вас появилось желание стать врачом, или сделать такой выбор вашей будущей профессии вам посоветовали родные, друзья?

Мой ответ приводит их в замешательство.

– Нет, – отвечаю я. – Никогда я не мечтал стать врачом, а в медицине оказался случайно только потому, что упорно следовал за своей мечтой – стать военным моряком.

Обычно после этого следует другой вопрос:

– Если вы случайно оказались в медицине и прошли в ней путь протяжённостью более 65 лет, не считаете ли вы себя жертвой вашего выбора?

– Отнюдь нет, – отвечаю я. – Наоборот. Я чувствую себя счастливым человеком, потому что старался всегда заниматься тем, что меня интересовало, увлекало и совпадало с моей мечтой. Возможно, поэтому все мои главные мечты сбывались.

Так, Мечта детства стать военным моряком сбылась. В 1-м ЛМИ им. акад. И.П. Павлова я с отличием окончил курс по военно-медицинской подготовке.

Практику проходил на крейсере «Железняков» в должности и.о. начальника медицинской службы крейсера.

Курс переподготовки прошёл в качестве дублёра начальника медицинской службы военно-морской базы Северного флота Лиинахамари. После этого мне было присвоено звание старшего лейтенанта медицинской службы.

Мечта юности стать хирургом «широкого» профиля тоже сбылась. Содержание моей хирургической деятельности оказалось действительно «широким»: челюстно-лицевая хирургия, пластическая хирургия, онкология, хирургическая стоматология.

Мечта встретить прекрасную девушку, прожить с ней долгую счастливую жизнь в кругу большой дружной семьи, сбылась. С моим другом женой Кариной мы шли рука за руку 62 года. У нас замечательные дети: сын, две дочери, пятеро внуков и пока что одна правнучка.



В 2013 году в кругу большой дружной семьи мы с Кариной отметили нашу Золотую свадьбу

COVID-19 не пощадил нас – забрал моего друга – жену Карину Суменовну – маму и бабушку наших детей, внуков. Все мы свято храним память о ней. Если кто-то сделает доброе дело, я слышу: «Маме (или бабушке) это понравилось бы».

Когда кого-то хотят осудить за недостойный поступок, я слышу: «Маму (или бабушку) это огорчило бы».

Мечтал сделать что-то полезное для людей, для медицины, для моей страны (я ведь из поколения «шестидесятников»). Осуществляется. Я – заслуженный деятель наук РФ, почётный профессор Первого СПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, автор или соавтор учебников, монографий, учебных пособий, изобретений, научный руководитель 60 кандидатов медицинских наук, 7 докторов медицинских наук. Имею правительственные награды.

Как многие мои коллеги и друзья, мечтал после завершения активной профессиональной деятельности обобщить свой врачебный, научный, педагогический и жизненный опыт на страницах книги. Надеюсь, что эта мечта сбудется.

Одним словом, я – счастливый человек. Более того, я считаю себя «баловнем судьбы». Многие мои сверстники, жители блокадного Ленинграда, умерли от голода, замёрзли, погибли во время бомбёжек и артобстрелов города, при эвакуации по Ладожскому озеру, а я остался жив.

На вопрос о профессиональном выгорании отвечаю словами песни: «Если б снова начать, я бы выбрал опять...»

А сейчас у меня появилась новая мечта и возможность пофантазировать, услышать эхо моих мыслей, фантазий. Но об этом я пока умолчу.

# ЧАСТЬ ПЕРВАЯ ОТ МЕЧТЫ К МЕЧТЕ



# **I ГЛАВА. В поиске путей исполнения мечты о море**

## **1.1. Зарождение мечты о море**

В раннем детстве, насколько помню себя, я был мечтательным ребёнком. Так, в канун Великой Отечественной войны, когда мне только-только минуло 5 лет, я мечтал о том, чтобы мне разрешали есть столько конфет и пирожных, сколько захочется. А мне этого не позволялось. Мама говорила:

– Мишенька, ты – «золотушный» ребёнок. От сладкого у тебя появляются прыщи.

Когда началась блокада Ленинграда, стало голодно и ужасно холодно. В нашей небольшой комнате стояла круглая печка-«голландка», поэтому к нам перебралось жить ещё две семьи. Нас, детей, стало четверо: я, мой старший брат Толя двенадцати лет и его ровесники Лёня и Тося Кузнецовы. Днём взрослые уходили на работу, а мы мечтали вслух. Мечтали о том, что когда война кончится, а в победе нашей Красной армии мы не сомневались, мы снова будем вдоволь кушать всё то, что продавалось в магазинах до войны. Старшие ребята, перебивая друг друга, перечисляли продукты, которые они видели раньше на прилавках и витринах. А я слушал их и мечтал, глотая слюнки.

Мечтал и о том, как мы с папой, когда он вернётся с войны, будем украшать новогоднюю елку. Повесим на неё много-много разных конфет, и можно будет разворачивать цветные обертки и есть конфеты прямо с елки, оставляя на ветках пустые фантики.

Об этом мечтал и папа. В открытке, которую он прислал лично мне с Ленинградского фронта в конце 1943 года, он так и писал:

«Миша, скоро мы разобьём фашистов и будем с тобой наряжать новогоднюю ёлку».

К моему глубокому сожалению, этого не случилось. Через несколько месяцев 26 января 1944 года он погиб при окон-



чательном снятии блокады Ленинграда – при освобождении города Гатчины.

А вот о чём я точно не мечтал ни тогда, в первую блокадную зиму, ни потом, в школьные годы – это стать врачом. К медицине я относился настороженно, вспоминая, как врачи прописывали мне пить ложками противный рыбий жир и запрещали есть пирожные и конфеты. Однажды в блокадную зиму у меня появился флюс во рту. Мама на санках отвезла меня к зубному врачу. Тетя в белом халате сказала, что полечит меня и боль пройдёт. Говоря это, она так чем-то надавила мне на десну, что я от неожиданности и боли чуть не расплакался. Правда, боль после этого исчезла. Исчез и флюс. Мама всем рассказывала, что у зубного врача я вёл себя как настоящий мужчина, герой.

И главное – врачи не разрешили мне поступить в Нахимовское училище, о чём я тоже очень мечтал. Думаю, это была главная мечта моего детства.

Зарождение мечты стать военным моряком было связано с нашей эвакуацией из блокадного Ленинграда через Ладожское озеро в конце июня 1942 года. Тогда мне уже исполнилось 6 лет. Воспоминания об этом плавании по бурной Ладоге превратились в историю, которую я часто рассказывал сначала школьным товарищам, потом – своим детям и внукам, а позже пересказал в книге «Блокадный год: из рассказов мальчика – жителя блокадного Ленинграда».

Лодка так сильно качалась, что меня стало тошнить. Мама пробралась к дырке в потолке трюма (люку) и стала кричать:

– Помогите ребёнку, ему очень плохо. Очень плохо!

Тот, кто был наверху, ответил маме:

– Сейчас отдраю люк, а вы дайте мне ребёнка. Пусть он подышит свежим воздухом.

Какие-то люди стали передавать меня из рук в руки, а потом наверх через люк. Матрос подхватил меня, отнёс и усадил между толстыми верёвками – канатами. Он сказал, чтобы я крепче держался за канаты и глубже дышал. Я дышал холодным ладожским воздухом, и мне стало лучше.

Тут над нами низко пролетел самолёт и направился к другим лодкам, которые плыли впереди нас. Матрос крикнул мне:

– Держись крепче! – а сам стал строчить из пулемёта по фашистскому самолёту. Самолёт возвращался несколько раз и снова пролетал над нами. И всякий раз матрос строчил в него из пулемёта. Потом самолёт совсем улетел. Меня перестало тошнить. И матрос вернул меня маме.

А ещё во время войны мы часто слушали по радио песню Леонида Утёсова про Мишку-одессита. Когда я из-за чего-нибудь начинал хныкать, мама напевала:

*Ведь ты моряк, Мишка,  
Моряк не плачет  
И не теряет бодрость духа никогда!*

Соседские мальчишки тоже стали называть меня Мишка-моряк. Когда в нашей компании появлялся новичок, я, знакомясь с ним, сразу представлялся «Моряк Мишка». Это было хорошим поводом рассказать новому знакомому о том, как я плыл в бурю по Ладоге из блокадного Ленинграда и как мы с краснофлотцем строчили по фашистскому мессершмиту из пулемёта. Так рождалась мечта стать настоящим военным моряком.

## **1.2. Ленинградское Нахимовское училище**

После четвёртого класса я отправился поступать в Нахимовское морское училище. Экзамены сдал хорошо, набрал проходной балл. Но по состоянию здоровья не был зачислен. Заключение медицинской комиссии гласило: хронический насморк (с правом поступления в следующем году).

Продолжал мечтать о море. Теперь уже не просто мечтал, но и закалялся – в начале мая плавал в Неве. В итоге заболел туберкулёзом лёгких. Лечили меня в туберкулёзном санатории города Пушкина. Из-за ограды санатория я с завистью смотрел на проходящих строем курсантов морского училища. Было обидно до слёз. Утешал себя, напевая песню про моряка Мишку. Становилось веселее. С интересом и удовольствием

читал книги Николая Островского «Как закалялась сталь», Бориса Полевого «Повесть о настоящем человеке». Павка Корчагин и Алексей Маресьев стали моими кумирами.

– Ничего, пробьёмся! – говорил я себе. Но купаться в Неве, по совету врача туберкулёзного диспансера, перестал. По утрам делал зарядку и холодные обтирания. Тем не менее, часто простужался. Всё чаще приходила мысль: «Если здоровье не позволит стать военным моряком, буду кораблестроителем».

В день «открытых дверей» Ленинградского Дворца пионеров я пошёл поступать в кораблестроительный кружок. В ожидании начала обзорной экскурсии по кружкам отдела технического творчества собралась большая группа школьников. Внезапно дверь, на которой висела табличка «Слесарно-механический кружок», открылась, и к нам вышел мастер-воспитатель, пожилой человек в синем халате с напильником в руках.

– Кто хочет попробовать сделать из этой заготовки дверной крючок? – спросил он.

Все молчали. Так как я стоял к нему ближе других, он протянул мне заготовку и спросил:

– Хочешь попробовать? Удали заусенцы с этого крючка. Сделай его гладким. Потом мастер показал и разрешил мне самому на сверлильном станке проделать в накладке крючка отверстия для шурупов.

Через 65 лет я узнал, что наш мастер-воспитатель использовал методику обучения, которую Аарон Сэмс и Джонатан Бергман (США) много позже, в 2007 году назвали «перевернутым классом».

Дома я привинтил крючок и накладку к тумбочке, дверца которой не закрывалась. Мама была довольна и рассказала соседкам, каким я стал мастером – золотые руки.

Наверное, поэтому я остался в слесарно-механическом кружке. Освоил работу на сверлильном, токарном, строгальном станках. Через два года мы с товарищем, который был на год старше меня, сделали «действующую» модель паровоза. Из трубы шёл дым, из цилиндров валил пар. Правда,

паровоз стоял на месте. Нашу модель демонстрировали на городской выставке.

В итоге мой товарищ по окончании школы поступил в Военно-механический институт. Наш мастер-воспитатель Пётр Максимович советовал мне тоже поступать в этот институт. Я начал готовиться к вступительным экзаменам по физике и математике, хотя с мечтой о море не расстался.

### **1.3. Путь в море через медицинский институт?**

Начались экзамены на аттестат зрелости. 20 мая 1954 года мы писали сочинение. После экзамена мы с другом решили пройтись до Литейного проспекта. На афише кинотеатра «Спартак» я увидел название кинокартины «Командир корабля». Ну мог ли я пропустить такой фильм? По сценарию корабельный врач во время учебной боевой тревоги заменял выбывшего офицера и брал командование на себя. Меня как молнией ударило! Вот он, путь к осуществлению мечты о море. Надо стать военным морским врачом – поступить в Ленинградскую Военно-медицинскую Академию! Хотя, нет... Это мы уже проходили. На медкомиссию ВМА мне свой нос совать не следует. За шесть лет, прошедших с первой попытки выйти в море через Нахимовское училище, мой нос не только не окреп, но начал ещё чаще страдать насморком.

Может, есть другие пути стать морским врачом? Я вспомнил рассказы нашего соседа по коммунальной квартире – майора медицинской службы. Он рассказывал мне, что в Ленинградском медицинском институте имени И.П. Павлова есть факультет по подготовке военных морских врачей. Студентов, успешно закончивших первые два курса, переводят на этот факультет. Курсанты этого факультета ходят строем в морской форме, живут в общежитии, но могут ночевать дома. Врачебную практику проходят на кораблях. По окончании факультета им присваивают офицерское звание – младший лейтенант медицинской службы. Тогда я пропустил рассказ соседа «мимо ушей»: большинство моих сверстников собиралось быть геологами, летчиками-испытателями, конст-

рукторами новой военной техники, морскими офицерами, а врачебную профессию считали женским делом, не достойным настоящих мужчин. Поэтому на вопросы директора школы и нашего классного руководителя: «Кем ты хочешь быть, в какой институт будешь поступать?» ни один из 34 учеников нашего 10«б» класса не сказал, что собирается поступать в медицинский институт. Не признался в этом и я. Сказал, что буду поступать в Военмех.

И вот прозвенел последний звонок. Точнее, по школьной трансляционной сети, которую смонтировали своими руками ученики нашей 183-й школы под руководством учителя физики Бориса Сергеевича, отставного офицера-связиста, прозвучал полонез Огинского «Прощание с родиной». Шесть лет этой мелодией школа встречала нас каждое утро. А сейчас под ее звуки мы уходили во взрослую жизнь, прощаясь со школой, с нашим детством и юностью. Мне даже показалось, что у директора как-то слишком сильно заблестели глаза, и он постарался незаметно смахнуть что-то рукой со своих рыжих усов.

Итак, я принял решение поступать в медицинский институт. Радовала перспектива стать морским офицером. Но пугала мысль, что я должен буду рассказать о своём выборе товарищам. Смешно вспоминать, но тогда я испытывал чуть ли не стыд от того, что хочу стать врачом.

Мама спокойно отреагировала на моё сообщение об изменении выбора института.

– Ты уже взрослый. Сам решай, кем быть. Врачом? Что же, хорошо. Врачи везде нужны.

Дядя Саша, родной брат мамы, прошедший всю войну от первого до последнего дня, уверенно одобрил мой выбор:

– Мы, солдаты, уважали врачей, делились с ними чем могли. Понимали, завтра они будут спасать нас. Даже в немецком плену или в нашем лагере отношение к врачу было особое.

Следующий, кому я отважился рассказать о своём намерении поступить в медицинский, был мой школьный товарищ

Игорь. Я попросил его поехать вместе со мной подавать документы в институт. Жил Игорь на улице Воинова (сейчас это улица Шпалерная), близко от набережной Невы, строго напротив тюрьмы, известной под названием «Кресты».

Когда я, взяв документы, пошел за Игорем, то нашёл его на набережной Невы: он вместе с приятелями из соседнего дома спускал на воду лодку-плоскодонку, сделанную из старых досок. На лодке была установлена мачта с парусом из одеяла. Игорь предложил мне переплыть Неву вместе с ним и двумя его товарищами:

– А дальше мы все вместе пойдем с тобой в твой медицинский институт – сказал он.

Я согласился. Сели в лодку и поплыли. Через щели между досок в лодку довольно быстро начала поступать вода. Мы постоянно вычерпывали ее консервной банкой, но без особого успеха. Рея, на которой было подвешено одеяло, сломалась, и наш «парус» болтался вокруг мачты. По Неве маленький буксир тянул караван барж, связанных между собой тросами. Пропуская его, мы долго не могли пересечь Неву. Погода была ветреной. Волны от проплывавших мимо моторных лодок и речных трамвайчиков обдавали нас холодными брызгами и сильно раскачивали плоскодонку. Мне казалось, что лодка вот-вот перевернется. Несмотря на то что мы по очереди гребли изо всех сил двумя обломками доски, нас сносило быстрым течением вниз, пока не прибило к берегу перед Литейным мостом. К счастью в этом месте сплошная гранитная набережная прерывалась ступенями спуска к воде.

Сойдя с борта, а точнее – выбравшись на берег, я обеспокоенно сел на нижнюю ступень спуска. Меня тошнило, голова кружилась, одежда моя промокла. Изрядно подмок и пакет с документами, особенно заявление о сдаче приёмных экзаменов в 1-й ЛМИ имени акад. И.П. Павлова.

Может, не судьба мне быть морским врачом-офицером, думал я. Может, следует написать новое заявление, теперь – на имя ректора Военно-механического института? Ведь даже непродолжительное плавание по Неве вызвало у меня приступ морской болезни.

Придя домой, я сказал маме, что раздумал поступать в медицинский институт.

– Решай сам, – сказала она, – а сейчас поешь и ложись спать. Посмотри на себя в зеркало. Ты не просто бледный, ты – зелёный. Придешь в себя – иди погуляй, подумай хорошенько. А утром примешь окончательное решение. Утро вечера мудренее.

Это была одна из её любимых поговорок.

Ночью я проснулся с мыслью о моей МЕЧТЕ – мечте о море. Неужели мне придётся навсегда расстаться с ней? Но адмирал Нельсон тоже страдал от морской болезни. Тем не менее, он стал настоящим моряком. Да ещё каким!

А как бы поступил в моей ситуации Саня Григорьев, задал я себе вопрос.

Саня Григорьев – любимый герой многих моих сверстников – мальчишек 50-х годов XX века, герой романа Вениамина Каверина «Два капитана». Его девизу «Бороться и искать, найти и не сдаваться» я старался следовать.

Утром я позвонил другому моему товарищу – Володе Борисенко и попросил его поехать вместе со мной в Ботанический сад на Петроградской стороне. Он немедленно согласился. Ведь мы были настоящими друзьями, три года сидели за одной партой, и я всегда защищал его от насмешек одноклассников и злых шуток, связанных с его сильным заиканием. Он очень напоминал мне Саню Григорьева, у которого в детстве тоже был серьёзный дефект речи.

Кстати, Володя Борисенко окончил филологический факультет Ленинградского университета, работал учителем в Красноярском крае, а затем поступил и успешно окончил Ленинградский медицинский институт, стал врачом-психоневрологом.

По дороге в Ботанический сад мы свернули на улицу Льва Толстого к Первому ЛМИ. Я предложил Володе зайти в приемную комиссию и получить ответы на три вопроса, якобы интересующие моего знакомого.

- 1) Каким будет проходной балл в институт в этом году?
- 2) Сколько мест на факультете морских врачей?

3) Что требуется для перевода студента на факультет морских врачей?

Я понимал несуразность своего чувства неловкости перед сверстниками за то, что собираюсь поступить в медицинский институт. Но что поделаешь? Романтическая мечта о море слишком сильно держала меня!

В приёмной комиссии нас направили на собеседование к профессору Евгении Константиновне Четверяковой. Беседовать с профессором? Вот тут я испугался. Я никогда в жизни не видел живого профессора и не совсем понимал, что означает «собеседовать». А когда увидел профессора Четверякову с её странным взглядом (один ее глаз немного косил), понял, что она видит меня насквозь. От волнения язык прилип у меня к нёбу, и я потерял голос. Дёрнув Володю за руку, прошептал:

– Говори, спрашивай, задавай ей вопросы – и подтолкнул товарища к женщине-профессору со странным взглядом.

Профессор Евгения Константиновна Четверякова – декан нашего курса, оказалась исключительно доброжелательной, по-матерински внимательной, заботливой к нам – студентам. Она во многом определила мою судьбу, моё профессиональное будущее.

Володя, заикаясь больше обычного, спросил у Евгении Константиновны:

– Ска-ажи-те, ка-аким бу-удет про-о-ходной балл?

– А какие у вас отметки в аттестате? – прервала Евгения Константиновна Володину речь.

– М-ме-даль, се-ре-ebro.

– Вам не надо волноваться, молодой человек. Все будет хорошо.

Ободренный разговором Володи с женщиной-профессором, я сделал шаг вперёд и, глядя в её странные глаза, спросил:

– А как поступить на факультет морских врачей?

– Для того чтобы перейти на морской факультет, надо хорошо учиться два года. А учиться у нас, имейте в виду, молодой человек, трудно.



Меня как будто кто-то дёрнул за язык, и я нагло заявил:  
– Ну, уж не сложнее, чем в техническом институте.

Евгения Константиновна внимательно посмотрела на меня, потом повернулась к Володе и сказала тихо:

– А ещё нужно иметь хорошее здоровье.

Я был удовлетворён результатами собеседования. У меня, правда, не было медали, как у Володи, но в аттестате стояли только пятёрки и четверки. Точнее – четвёртки и пятёрки. Со здоровьем, как я считал, все было в порядке, за исключением частых насморков. Зато я уже был снят с учёта в туберкулёзном диспансере и выполнял все нормативы значка ГТО («Готов к труду и обороне»). Что касается трудностей обучения в медицинском институте, я готов был преодолеть их ради того, чтобы стать морским офицером-медиком. С такими мыслями я пошёл подавать документы на вступительные экзамены.

#### **1.4. Медицинский институт им. акад. И.П. Павлова**

Вступительные экзамены я сдал, набрав 18 баллов из 20 возможных. Иду посмотреть списки зачисленных студентов. Стенды со списками расположены за спиной у главного здания, на так называемом «пятаке». Прямо за стендами – полукруглый фасад здания с белыми колоннами. Я уже знаю: это легендарная «семёрка» – аудитория № 7.

В верхней части стенда крупными буквами написано: Список абитуриентов, зачисленных по результатам вступительных экзаменов в 1-й ЛИМ им. акад. И.П. Павлова. Далее – перечень более шестисот фамилий с указанием номера группы. Ура, я нашёл себя: Соловьёв Михаил Михайлович, 147-я группа.

На соседнем стенде – расписание практических занятий и лекций первого курса, а внизу информация: «На первое занятие по анатомии студенты допускаются только в белых медицинских халатах, шапочках, в сменной обуви и при наличии анатомического пинцета и скальпеля».

У 147-й группы первое практическое занятие по анатомии уже 1 сентября. Где взять халат, шапочку, пинцет со скальпелем? Задаю этот вопрос окружающим меня новоиспечённым студентам-первокурсникам. Оказалось, у многих из них уже всё это есть. Об этом заранее позаботились их родители, родственники-медики.

Читаю объявление на следующем стенде: «Получить в деканате 1-го курса выписку из приказа о зачислении с указанием времени встречи с ректором».

И вот у меня в руках выписка из приказа о зачислении Соловьёва Михаила Михайловича на 1-й курс 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Это значит, что через 2 года я стану курсантом морского факультета, ещё через 4 года – морским врачом-офицером. А дальше – море! В выписке указано, что для прохождения официальной процедуры зачисления я должен прибыть к кабинету ректора в 10 часов утра 30 августа 1954 года, т.е. послезавтра.

Дома меня ждёт сюрприз. Муж моей тёти Владимир дарит мне трофейный велосипед фирмы Diamant по случаю моего поступления в институт и приглашает завтра вечером совершить загородную прогулку на велосипедах в Ропшу.

На следующий день с утра мы с мамой идём в Гостиный двор покупать медицинский халат. Есть халаты разных фасонов и размеров. Продавец предлагает мне примерить халат. Подсознательно я ещё не готов стать врачом. Мои мысли, мечты о будущем связаны с образом морского офицера, а не врача в белом халате. Я отказываюсь примерить медицинский халат. Под давлением мамы соглашаюсь, чтобы мне «приложили» халат к спине и таким образом определили нужный размер и длину.

Пинцет находится сам собой. Длинный и ржавый. Он существовал в нашем доме с незапамятных времен. Им пользовалась моя тётя Маша для проявления фотографий. Вместе с фотоаппаратом ФОТОКОР он достался мне, когда тёти Маши не стало. А вот скальпеля найти мы не смогли. На всякий случай я взял складной перочинный нож.

После возвращения домой с покупками я поехал в Красное Село. Там располагалась воинская часть, в которой служили тётя Тоня и её муж Володя.

После обеда в Красном Селе Володя, его сосед, офицер той же части, и я поехали на велосипедах в Ропшу, известную своими прудами, в которых когда-то выращивали ценные породы рыб для стола царской семьи.

Мы купались в этих прудах, играли в волейбол, а на обратном пути выпили холодного пива. Вкус пива мне не понравился, но отказаться я не мог, так как Володин сослуживец предложил тост за успехи и здоровье студента 1-го ЛМИ, то есть за меня.

Утром я проснулся с головной болью. Было больно глотать, пропал голос. Когда я приехал к 10 часам на приём к ректору, то мог только шипеть. Перед кабинетом ректора толпились первокурсники. Достав выписку из приказа о моём зачислении, я присоединился к ним и стал ждать своей очереди. Наконец сотрудник института, приглашавший очередного первокурсника войти в кабинет ректора, произнёс:

– Соловьёв.

Я ринулся к дверям кабинета ректора, протягивая сотруднику на ходу выписку из приказа. Прочитав мой документ, сотрудник бросил взгляд на лист бумаги, лежавший перед ним на столе, и громко произнёс:

– Это не вы. – И указал при этом выразительным жестом на место, куда я должен вернуться.

– Как не я? Я – Соловьёв! – попытался я возражать. Но из моего раскрытого рта донеслось лишь шипение. Я был ошеломлён. Как доказать, что я – это я, если я не могу членораздельно произнести ни одного слова.

– Я пригласил Александра Владимировича Соловьёва, а не вас, Михаил Михайлович, – объяснил мне распорядитель. – Есть тут Соловьёв Александр Владимирович?

От толпы первокурсников отделился рослый парень могучего телосложения с голубыми глазами, слегка вьющимися волосами и тихим голосом ответил:

– Я – Соловьёв Александр Владимирович, – и прошёл в кабинет ректора.

Через несколько минут из кабинета ректора вышел уже улыбающийся первокурсник Александр Владимирович Соловьёв, а сотрудник-распорядитель громко произнёс:

– Вот теперь другой Соловьёв.

Не дожидаясь, пока он назовет моё имя и отчество, я опять ринулся к нему, протягивая приказ о моём зачислении. Но всё повторилось. Глядя в лист бумаги, он прочитал:

– Соловьёв Юрий Петрович. Да, Соловьёв Юрий Петрович, а не Михаил Михайлович. Есть тут Юрий Петрович?

И пропустил к ректору щуплого паренька, похожего на меня.

У меня возникла ужасная мысль, что кто-то сознательно или случайно подделал документы, и по результатам моих экзаменационных оценок в институт зачислили другого Соловьёва. Я хотел объяснить это сотруднику института, но не мог произнести внятно ни одного слова. Только шипел. Юрий Петрович долго не выходил от ректора. Я уже решил уходить восвояси. Но тут услышал:

– Вот теперь, Михаил Михайлович, проходите.

Я вошёл в кабинет ректора. Там было много людей, но я видел только одного. Это был сам ректор. Он сидел за столом в кителе темно-синего цвета с адмиральскими погонами. Взглянув в лист бумаги, лежавший перед ним на столе, он поднял голову, улыбнулся мне и спросил:

– Ну что, Михаил Михайлович, сбылась ваша мечта?

Я хотел ответить: «Сбылась», но произнести это слово громко не мог. Я только энергично закивал головой.

Продолжая улыбаться, ректор спросил:

– А каким врачом вы хотите быть: терапевтом или хирургом?

Я хотел сказать: «Как вы, морским». Но понял, что мои слова никто не разберёт. Тем более что ректор произнес то слово, первый слог которого я вполне мог воспроизвести даже без голоса – «хирург». И я стал шипеть: хи-, хи-, хи.

Сотрудник института, проверявший наши выписки из приказа о зачислении, наклонился к ректору и что-то ему сказал. Они оба засмеялись. Ректор спросил:

– Где же вы, Михаил Михайлович, потеряли голос? На рыбалке, на охоте?

Не мог же я сказать ректору, что виной всему холодное пиво! Я вновь воспользовался подсказкой и стал шипеть:

– Охх. Охх. Охх. – Это означало – на охоте. Он понял меня и задал следующий вопрос:

– А где охотился?

На этот вопрос у меня был ответ! На протяжении трёх лет я проводил лето в семье моего дяди Саши в деревне Михайловка неподалёку от железнодорожной станции Шапки. Там я действительно охотился с трофейной немецкой винтовкой: глушил рыбу в реке Мга, стрелял по воронам. Слово Шапки было спасительным для меня, безголосого. Поэтому я вдохновенно и энергично зашептал:

– Шап, шап, шап!

Наш ректор, Алексей Иванович Иванов – страстный охотник, сразу понял меня. Он встал, пожал мне руку и пожелал успеха в учёбе и на охоте в Шапках.

### **1.5. Первый конфуз и первый успех в учёбе**

1 сентября 1954 года, надев в вестибюле аудитории № 7 белый медицинский халат и шапочку, я пошёл искать кафедру анатомии. Увидел надпись над дверями – «кафедра». И нужное мне название – «анатомия». Иду по коридору. На одной из дверей учебных комнат вижу висящую на шнурке картонку с номером моей группы – 47. Вхожу в учебную комнату. Студенты в таких же, как у меня белых медицинских халатах и шапочках сидят за столами и что-то оживленно обсуждают. Сажусь за свободный стол в последнем ряду. На меня никто не обращает внимания. По обрывкам фраз догадываюсь, что они обмениваются впечатлениями о прошедшем лете. Входит женщина в медицинском халате.

Все студенты встают, приветствуя её. Понимаю, что это учительница. Вернее, теперь уже по-институтски – преподаватель. Она по списку проверяет присутствующих. Проверка закончена, а моя фамилия отчего-то не прозвучала.

Тут одна из студенток обращается к преподавателю:

– Татьяна Борисовна, у нас новенький.

Я встаю. Преподаватель спрашивает меня:

– Молодой человек, где ваше направление, допуск к занятиям?

– Я отдал его ректору.

– Вы учились раньше в нашем институте или в другом?

– Раньше я учился в 183-й школе.

– Что было написано в том направлении, которое вы отдали ректору?

– Соловьёв Михаил Михайлович зачислен на первый курс 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, – отвечаю я.

– Всё ясно, – смеётся преподавательница. – Михаил Михайлович, вы перепутали кафедры. Вместо кафедры нормальной анатомии пришли на кафедру патологической анатомии.

Смеются все студенты. Выхожу из учебной комнаты под их смех, и вижу, что на картонке, висящей на двери, написано «347 группа. Доцент Т.Б. Журавлёва».

Наученный горьким опытом, ищу и нахожу кафедру нормальной анатомии и учебную комнату, на двери которой висит картонка с номером моей группы – 147-я группа. Занятие давно началось. Я опоздал на 15-20 минут. Что мне будет за это? Стучу, вхожу в комнату, прошу извинить меня за опоздание. Преподаватель, молодой мужчина, спрашивает меня:

– Почему опоздали?

– Заблудился.

Студенты и преподаватель смеются. Мне не до смеха.

– Садитесь и больше не опаздывайте, – говорит преподаватель.

В конце занятия преподаватель с необычным именем – Георгий Сильвестрович Катинас, задаёт домашнее задание.

Надо выучить на латыни термины, обозначающие расположение в пространстве отдельных органов, частей скелета, частей тела по отношению друг к другу. Следующее занятие через день. По дороге домой (5 километров пешком) начинаю учить латинские термины, а затем продолжаю заучивать их дома в ванной. Мы с мамой живём в центре города в большой коммунальной квартире с одной ванной на 5 семей из 13 человек. Я, как новоиспеченный студент, пользуюсь у соседней привилегией: мне разрешено неограниченное пребывание в ванной. Когда оно затягивается чрезмерно, соседи деликатно стучат в дверь и спрашивают:

– Миша, вы не утонули?

На следующий день я вошёл в учебную комнату на кафедре анатомии за 15 минут до начала занятия. Ровно в 9 часов появился Георгий Сильвестрович. Он снял белую простыню со скелета человека и начал занятие. Подняв кости верхней конечности так, как поднимают руку пионеры, отдавая салют, он спросил:

– Рука скелета по отношению к его голове расположена как? Медиально или латерально?

Посмотрел в журнал нашей группы и добавил:

– Что скажет по этому поводу, например, Соловьёв А.?

– Медиально, – произнёс неуверенно мой однофамилец Александр.

– А что по этому поводу думает другой Соловьёв, Соловьёв М.?

«О чём тут можно думать», – решил я. И громко, уверенно заявил:

– Латерально!

– Совершенно правильно, – сказал Георгий Сильвестрович.

– А по отношению к руке как будет располагаться голова скелета?

– Медиально! – так же уверенно выкрикнул я.

– Молодец, Михаил Михайлович, – сказал он и что-то записал в журнале.

В перерыве я заглянул в журнал. В нём против фамилии Соловьёв М.М. красовалась аккуратная цифра 5. Ура! Я начал свой путь к мечте о море с пятерки. А говорили, что анатомия – самый трудный предмет!

### **1.6. Знакомство с учением И. П. Павлова**

В школе на уроках естествознания нам рассказывали о великом русском учёном, лауреате Нобелевской премии академике Иване Петровиче Павлове. О том, что он изучал условные рефлексы, вторую сигнальную систему и является основоположником учения о нервизме. Нас даже водили в музей-квартиру И.П. Павлова на Васильевском острове.

На вступительной лекции по нормальной физиологии нас подробно ознакомили с содержанием и результатами научной деятельности И.П. Павлова. Идею нервизма – концепцию преимущественного значения центральной нервной системы в регулировании физиологических функций и процессов жизнедеятельности организма человека, выдвинутую И.П. Павловым, я воспринял как нечто само собой разумеющееся. «Все болезни от нервов», – слышал я постоянно от окружающих меня людей. С другой стороны, в судьбе моих литературных кумиров: Павки Корчагина, Алексея Маресьева, героев Джека Лондона – я видел подтверждение феноменальных возможностей человека осознанно влиять на состояние своего тела, преодолевать житейские трудности, достигать невероятных физических результатов. Иными словами, я был убеждённым последователем идей И.П. Павлова и гордился тем, что учусь в медицинском институте, носящем его имя.

Забегая вперёд, скажу, что эта преданность идеям Ивана Петровича, вкупе с моим невежеством, явилась причиной моего поступка, воспоминания о котором вызывают у меня чувство стыда. Но об этом позже.

Пока же жизнь шла своим чередом. Проблем с успеваемостью у меня не было, в общественной жизни курса я участвовал активно и с удовольствием. После окончания первого



курса в составе студенческого строительного отряда выезжал на работы в совхоз под Ленинградом. Работали мы много, но жили весело. И тут, как гром среди ясного неба, на меня обрушилась весть о том, что планируется перевести морской медицинский факультет из нашего института в Куйбышев (сейчас – город Самару). Это означало крах моей мечты о МОРЕ.

Я рассказал маме, что наш морской медицинский факультет переводят. Ожидал, что она расстроится, будет успокаивать меня. Но я ошибся. Улыбаясь, она сказала:

– Миша, не переживай. Что ни делается, всё к лучшему.

Я не сразу вник в смысл этой фразы фаталиста-оптимиста. И даже слегка обиделся. Однако со временем понял её глубинный психотерапевтический смысл. Нередко произношу её мысленно или вслух в трудных жизненных ситуациях. Она помогает снизить негативизм в оценке ситуации и мобилизует меня на поиск альтернативных путей выхода из нее.

Но тогда мамины слова меня все же не успокоили. Я пошёл в деканат и попросил Евгению Константиновну выслушать меня. Поняв по моему взволнованному виду, о чём пойдёт речь, она назначила мне встречу в тот же день, но не в деканате, а у себя на кафедре биохимии. Спросив меня, буду ли я свободен после 17 часов, она уточнила время встречи – 17 часов 10 минут. И добавила, что ей надо перевести дух после лекции, которую она читает студентам второго курса.

В назначенное время я был на кафедре биохимии у кабинета профессора Е.К. Четверяковой. Осторожно постучал.

– Входите.

Евгения Константиновна сидела за столом и пила чай.

– Садитесь, Миша. Наливайте себе чай. Вы любите чай с сахаром? Сама я люблю сладкое, но мне нельзя. У меня диабет.

Я был поражён таким приёмом. В присутствии профессора я боялся сесть, а тут – наливайте себе чай. От чая я категорически отказался, но на стул сел.

– Ну, Миша, рассказывайте, какая у вас проблема?

Начал я так:

– Евгения Константиновна, вы обещали, что в случае хорошей успеваемости я смогу перейти на факультет морских врачей. А теперь говорят, что факультет переведут в Куйбышев. Я же только из-за морского факультета поступал в медицинский институт. Как мне быть?

– Миша (она опять назвала меня по имени), тебе не нравится учиться у нас?

– Нравится, но...

Она не дала мне договорить.

– Тогда учись, старайся. Факультет будут переводить через год. Ещё год он будет обустраиваться на новом месте. Если у тебя будет хорошая успеваемость, обещаю обратиться к ректору с просьбой перевести тебя в Куйбышев на факультет морских врачей. А он, наш генерал, всё может! Так что иди и учись, Миша. Кстати, а что думает твоя мама по поводу морского факультета? Ведь вы живёте с ней одни, без отца.

– Она сказала: «Что ни делается, всё к лучшему».

– Правильно сказала.

Евгения Константиновна встала из-за стола. Взгляд её мне больше не казался странным, а скорее добрым, всё понимающим.

И я продолжил учиться в 1-м ЛМИ им. акад. И.П. Павлова.

Следующим летом 1956 года была поездка на целину на уборку первого урожая. Я был бригадиром сводного отряда студентов первого и третьего потоков нашего уже III курса (потом эту должность стали называть командиром отряда). На целине мы лучше узнали друг друга, сдружились.

Из множества событий, происходивших во время учебы на III курсе, я выделяю два, знаковых для меня.

Во-первых, я увлёкся хирургией. Практические занятия на кафедре общей хирургии у нашей и соседней (348) групп вели две женщины, прошедшие войну в качестве хирургов Медсанбата (медико-санитарного батальона) и имевшие

боевые награды. Поэтому мы – дети войны, уважали их, верили каждому их слову. Авторитет их был для нас непре-рекаемым.

Позже, когда в 1958 году вышел роман Юрия Германа «Дело, которому ты служишь», я понял, что они были удивительно похожи как внешне, так и по характеру и темпераменту на двух героинь романа – женщин-хирургов Ашхен и Зиночку. Особенно яркой личностью была Ираида Семёновна Френкина.

На третьем занятии она велела мне помыться по Спасо-Кукоцкому-Кочергину и встать в качестве третьего ассистента на операцию дренирования гнойного парапроктита. Я так и простоял всю операцию за её спиной с поднятыми вверх руками. По окончании операции она похвалила меня за то, что я не мешал хирургам и сохранил руки стерильными. В качестве поощрения она разрешила приходить на её дежурства по оказанию неотложной хирургической помощи. Я с удовольствием воспользовался этим приглашением и уже следующим вечером появился в приёмном покое.

Закончив осматривать и обследовать больного, Ираида Семёновна села за стол, взяла незаполненный бланк истории болезни и, посмотрев на меня, а потом на лист бумаги, спросила:

– Так что, Михаил Михайлович, вы умеете и хотите делать?

– Все! – не раздумывая, ответил я.

– Прекрасно, – сказала она. – А вот я умею оперировать больных, но не люблю заполнять истории болезни. К тому же я так устала сегодня после трёх операций.

Она встала из-за стола и жестом пригласила меня занять освободившееся место.

Я сел за стол, достал шариковую ручку и приготовился писать.

– Готовы? Пишите: 18 сентября 1956 года в 19 часов 30 минут больной осмотрен в приёмном покое дежурным врачом.

Я писал медленно, аккуратно и не заметил, что Ираида Семёновна стоит у меня за спиной и следит за тем, как я пишу под её диктовку. Вдруг слышу:

– Молодец! У вас красивый, разборчивый почерк. Совсем не врачебный.

Я не знал, как реагировать на эти слова... Может, это означает, что мне из-за моего почерка не стать хорошим врачом?

Ираида Семёновна продолжила диктовать, а я – писать. Мы заполнили с ней ещё три истории болезни. Потом поступила больная с «острым животом». Ираида Семёновна выслушала, расспросила, осмотрела, пропальпировала её, а затем продиктовала мне текст истории болезни, который завершился словами: «Диагноз: острый гнойный аппендицит. Показано хирургическое (оперативное) лечение».

Я очень хотел присутствовать на операции, но Ираида Семёновна сказала:

– Уже поздно, почти полночь. Идите домой, ваша мама наверняка волнуется.

Действительно, мама волновалась, не ложилась спать, хотя к половине седьмого ей нужно было на работу.

В дальнейшем я почти через день ходил в больницу на дежурства. Предлагал врачам помощь в заполнении историй болезни, учился обследовать больных. Иногда мне разрешали участвовать в операциях в качестве второго ассистента. К концу учебного года мне доверили самостоятельно выполнить хирургическую обработку раны в области бедра с наложением швов.

О переводе в Куйбышев на морской медицинский факультет я больше не думал. Моё будущее – большая хирургия, решил я. Права была моя мама, когда говорила: «Что ни делается, всё к лучшему».

Другое знаковое для меня событие на третьем курсе – сдача экзамена по патологической физиологии, на котором произошла моя первая заочная встреча с Гансом Селье – создателем концепции общего адаптационного синдрома.

## 1.7. Первая встреча с Гансом Селье

*«Не согрешишь – не покаешься»*

Конец 40-х – начало 50-х годов XX века – эпоха разгара «холодной войны» между СССР и США, сопровождавшейся появлением так называемого «железного» информационного занавеса. Выражением этого идеологического противостояния в нашей стране была борьба с космополитизмом, отрицание или принижение заслуг так называемых буржуазных учёных западного мира. К их числу относили основоположника генетики Грегора Менделя, первооткрывателя нуклеиновых кислот Фридриха Мишера, разработчика кибернетики Норберта Винера. Оказался в чёрном списке и Ганс Селье – автор концепции стресса как адаптационного синдрома. Доступ к содержанию и результатам исследований Г. Селье у нас отсутствовал, на лекциях мы слышали главным образом критику в его адрес.

Пришло время сдавать экзамен по патологической физиологии. Мне достался экзаменационный билет, один из вопросов в котором был сформулирован следующим образом: «Критика буржуазной теории стресса Г. Селье».

Не зная толком ничего ни о личности Ганса Селье, ни о сути его исследований, я, как последователь идей И. П. Павлова, подобно молодому азартному боксёру, не встречающему сопротивления противника, обрушил град ударов на автора концепции стресса. Все удары достигали цели, обличая Г. Селье в том, что он не учёл ведущей роли центральной нервной системы в формировании адаптационного синдрома. Оставалось нанести последний нокаутирующий удар моему именитому партнёру, как говорят дипломаты, и пригвоздить к позорному столбу мировой науки его лженаучное буржуазное учение о стрессе. Но в это время прозвучала команда рефери:

– Брейк!

Так мне послышалось. На самом же деле прервал мое выступление экзаменатор:

– Хватит! Достаточно! Переходите к следующему вопросу.

С вопросом о лейкоцитарной формуле и ее изменении при воспалительных заболеваниях проблем не возникло. Мои знания патологической физиологии экзаменатор оценил достаточно высоко. Правда, я ожидал более высокой оценки. Ведь я сокрушил самого Ганса Селье, лауреата Нобелевской премии!

Прошло четыре года. В 1960 году в СССР была издана в русском переводе книга Ганса Селье «Очерки об адапционном синдроме». Я прочитал её только в 1965 году и лишь тогда осознал всю нелепость моего словоблудия на экзамене по патологической физиологии. Испытал чувство стыда за своё невежество и одновременно чувство благодарности к этому великому учёному, у которого я нашёл ответ на терзавший меня в то время вопрос: «Что делать?»

## II ГЛАВА. Мечта о будущей профессии и дружной, счастливой семье



Боже, какими мы были наивными,  
как же мы молоды были тогда...

### 2.1. Мечта о профессии хирурга «широкого» профиля и работе на «периферии»

На четвёртом курсе после врачебной производственной практики я твёрдо решил стать хирургом и по окончании института поехать на «периферию» – работать где-нибудь в глубинке хирургом общего профиля. Толчком к принятию этого решения послужили мои впечатления о жизни и работе врачей-хирургов города Гусева Калининградской области. С ними я познакомился во время производственной практики.

Врачи встретили нас, студентов-практикантов из Ленинграда, чрезвычайно доброжелательно. Думаю, не последнюю роль тут сыграл «кадровый голод». Наступала пора отпусков, все штатные врачи хотели использовать свой отпуск в июле–августе. Особенно острой была потребность в хирургах. Всего хирургов в штате больницы было трое. При этом один из них на летний период был привлечён к работе призывной комиссии военкомата, другая (недавняя выпускница нашего 1-го ЛМИ) завершала специализацию по хирургии в Кали-

нинградской областной больнице. Поэтому нас ждали и охотно учили, делились с нами опытом, создавали все условия для скорейшего нашего включения в полноценную клиническую работу. Достаточно сказать, что за шесть недель практики в хирургическом отделении (а я совмещал работу в хирургическом отделении с практикой по терапии, акушерству и гинекологии) мне доверили выполнить под руководством штатного хирурга двенадцать аппендэктомий и ряд других операций.

В Ленинград я вернулся, чувствуя себя героем. Сразу же отправился в отдел производственной практики сдать отчёт. Ожидал услышать восторженный отзыв о проделанной мною работе и ее высокую оценку – «отлично». Дежурный преподаватель в отделе практики внимательно прочитал первую часть моего отчёта, в которой я описал особенности клинической картины и течения послеоперационного периода у оперированных мною двенадцати больных. Несколько раз он поднимал голову, смотрел на меня и, как мне показалось, скептически улыбался. Затем начал быстро просматривать вторую часть отчёта, в которой перечислялись другие операции и манипуляции, выполненные мною. Обнаружив то, что его интересовало, он поднял голову, весело посмотрел на меня и спросил:

– Так вы и панариций вскрывали?

– Да, – ответил я.

– Тогда расскажите мне, что вы знаете о топографической анатомии кисти.

Не понимая сути вопроса и чувствуя, что меня в чем-то пытаются уличить, я стал сумбурно рассказывать об анатомическом строении и функции кисти человека.

– Достаточно! – торжествуя, как мне показалось, произнёс мой экзаменатор и взял красный карандаш ... «Похоже, сейчас он обвинит меня в фальсификации и поставит «неуд». И потом век не отмоешься!» – с замиранием сердца подумал я.

Вот он занёс остро отточенный карандаш над моим отчётом и остановился – задумался о чём-то на мгновение,



глядя в нижнюю часть страницы отчёта. Затем размахисто и быстро написал «хорошо» с длинным-предлинным минусом. Я понял, что в последнюю минуту он зависил оценку моей работы, прочитав характеристику, данную мне заведующим хирургическим отделением и главным врачом Гусевской больницы.

Когда 1 сентября 1958 года наша группа в полном составе встретила на первом после каникул занятии по психиатрии, никто не мог похвастаться тем, что за время производственной практики самостоятельно выполнил хотя бы одну операцию аппендэктомии. Тем не менее, большинство получили по практике оценку «отлично». Опечаленный несправедливой оценкой моей летней работы, я как-то равнодушно отнёсся к появлению в дверях учебной комнаты незнакомой темноволосяй девушки с огромными выразительными глазами.

## **2.2. Девушка с огромными выразительными всё понимающими глазами по имени Карина**

Она искала нашего преподавателя. Сразу несколько юношей из нашей и параллельной групп проявили к ней большой интерес и вызвались проводить до ординаторской. Вернувшись, они сообщили, что новенькую зовут Кариной. Она перевелась из Винницкого медицинского института. В Ленинграде живёт семья её дяди – профессора архитектуры Академии художеств. Вскоре появился наш преподаватель в сопровождении девушки с выразительными глазами. Он представил её нам как Карину Барутчеву, отличницу.

После занятия мой одноклассник, пытаясь начать ухаживать за Кариной, галантно предложил ей в гардеробе свою помощь: поддержать её пальто, пока она поправляет причёску и надевает берет. Он стоял с гордым видом и, подобно матадору, помахивал зелёным пальто, как мулетой.

Тут я увидел маленький зелёный диск, который катился по полу прямо на меня. Быстро нагнувшись, я подхватил зелёный диск и, обращаясь к девушке с огромными выразительными глазами, спросил:

– Извините, это не ваша пуговица?

Девушка посмотрела на меня, потом на зелёный диск на моей ладони, и сказала, улыбаясь:

– Спасибо, но это не пуговица. Это моя клипса.

С этими словами она взяла зелёный диск, быстро надела его на ухо и повторила:

– Большое спасибо.

Так я познакомился с Кариной. Мог ли я предположить тогда, что это знакомство станет прологом нашей счастливой совместной жизни протяжённостью в 62 года.

Через две недели у нас начался цикл занятий по лёгочному туберкулёзу. Когда Карина вошла в учебный класс, единственное свободное место оставалось рядом со мной. Положив перед собой на стол портфель, она начала искать в нем ручку. Ручка не находилась. В ее поисках Карине пришлось вынуть из портфеля маленькую пластмассовую коробочку с шахматами. О таких миниатюрных шахматах я мечтал ещё в школьные годы. Когда начался перерыв, я попросил разрешения посмотреть шахматы, раскрыл шахматную доску и расставил фигуры.

– Вы неправильно поставили фигуры. Королева любит свой цвет, – сказала она, улыбаясь своими большими, выразительными и, как мне показалось, всё понимающими глазами.

Ещё один щелчок по носу от нее за мое невежество! Ну нет, подумал я, нужен ответный ход! В нашем дворе и в летних пионерских лагерях меня считали хорошим шахматистом.

– Неважно, – ответил я на её замечание и двинул вперёд королевскую пешку. – Давайте лучше сыграем.

Она сделала ответный ход. И между нами завязалась дуэль. Для ее завершения нам пришлось задержаться после окончания занятий. К моему удовольствию, победа в этом поединке осталась за мной. Уверенный в своём превосходстве, я предложил продолжить наше шахматное соперничество матчем из 24 партий, как это принято в борьбе за мировую шахматную корону. Карина рассмеялась и предложила анонсировать его как матч между Петросяном и Смысловым.

Я тогда не знал, что означает слово анонсировать, но догадался, что она, как истинная армянка, хочет сражаться под флагом Петросяна. Мне же предстояло отстаивать честь Смыслова. Пришлось согласиться. Матч оказался продолжительным: мы играли в перерывах между занятиями, после занятий, а порой – и во время лекций. Для этого мы постоянно садились рядом. Постепенно чаша весов нашей шахматной дуэли стала склоняться в сторону Петросяна, т.е. Карины, которую поддерживали все студенты нашей группы. А тут я еще узнал, что Карину включили в состав женской шахматной сборной нашего института! Оказаться побеждённым ужасно не хотелось. И я пошёл, как мне казалось, на тактическую хитрость.

К этому времени матч тянулся уже три месяца. Наступил декабрь, и с ним в Ленинград пришла настоящая зима. Заработали городские ледовые катки. И я предложил сделать тайм-аут, то есть прервать шахматный матч и заняться освоением зимних видов спорта: катанием на коньках, бегом на лыжах, которые входили в нормативы на получение значка «ГТО». Такого значка у Карины не было, и она согласилась начать тренировки под моим руководством.

Во время шахматного матча мы практически не разговаривали, ограничиваясь поздравлением победителя очередной партии – энергичным рукопожатием. Тренировки по освоению зимних видов спорта, особенно катание на коньках, существенно расширило содержание наших контактов. Я хвалил Карину за быстрые успехи, хотя в действительности всё обстояло далеко не так радужно. Она часто теряла равновесие: коньки, взятые напрокат, оказались ей не по ноге и «вихляли», не обеспечивая нужной устойчивости. Зато я мог безнаказанно обнять её, предупреждая падение, помогая подняться со льда, отряхивая от налипшего снега. Общественный каток «Красная Заря» располагался сравнительно недалеко от дома на Литейном проспекте, где жили Карина и ее старшая сестра Эра. Всего в шести-семи трамвайных остановках. Но мы, хотя и уставшие после тренировки, предпочитали не ехать на трамвае, а идти пешком, взявшись за руки. Во

время наших пешеходных прогулок я открыл два таланта, присущих Карине: умение внимательно слушать и умение ярко и образно делиться впечатлениями о том, что она прочла, услышала или увидела в театрах, музеях, на выставках. Про себя я называл такие пешеходные прогулки моим ликбезом.

Когда пришла весна и установилась хорошая погода, мы начали совершать более продолжительные пешеходные прогулки протяженностью 4 км: от нашего 1-го ЛМИ до дома Карины. Она рассказала мне о своих планах стать челюстно-лицевым хирургом и о том, что занимается в СНО на кафедре челюстно-лицевой хирургии у профессора Лазаря Рувимовича Балона. Я рассказывал ей о своих планах стать хирургом «широкого» профиля и поехать работать на «периферию». Так мы ходили по Ленинграду, взявшись за руки и рассказывая друг другу о своих планах, мечтах, вплоть до выпускного вечера в конце июня 1960 года. По поводу окончания института состоялся банкет в гостинице «Астория». После банкета мы слушали на Дворцовой площади известный на весь Советский Союз академический хор Ленинградского Университета. Всю белую ночь до восхода солнца мы гуляли с Кариной по набережным Невы и каналов, по Невскому проспекту и Марсову полю.

*Целую ночь соловей нам насвистывал,  
Город молчал и молчали дома...  
Боже, какими мы были наивными,  
Как же мы молоды были тогда!*

А когда подошли к её дому на Литейном проспекте – мы впервые поцеловались.

### **2.3. Распределение и крушение мечты о работе хирургом «широкого» профиля на «периферии»**

*Ното proponit, sed Deus disponit  
Человек предполагает,  
а Бог располагает*

Так случилось, что вопреки моей мечте стать хирургом «широкого» профиля, меня распределили после окончания

института в клиническую ординатуру на кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. А Карину, мечтавшую о челюстно-лицевой хирургии, направили на работу в травматологический пункт 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Вот как это было.

К окончанию института моя мечта о Море уже давно трансформировалась в мечту о работе хирургом «широкого» профиля.

За годы учебы я убедился в том, что профессия морского врача не для меня. Во время практических занятий на кафедре ЛОР болезней у меня выявили крайне низкую устойчивость вестибулярного аппарата к вращательным нагрузкам. После двух оборотов меня буквально выбрасывало из кресла Барани, и я долго не мог прийти в себя.

О своей новой мечте – «хирургии широкого профиля» я не просто грезил, но и делал всё что мог для ее осуществления. Достаточно сказать, что к окончанию института я выполнил самостоятельно (под контролем опытных хирургов) 78 аппендэктомий. Поэтому я спокойно отнёсся к сообщению о том, что в связи с реформой Никиты Сергеевича Хрущева по сокращению армии планируется осуществить призыв на службу выпускников нашего института, обучавшихся на кафедре военно-морской подготовки. В заключении медицинской комиссии военкомата о моей непригодности к службе во флоте я не сомневался. Но случилось невероятное! После 10 вращений в кресле Барани я сошёл с него как ни в чём не бывало. Заключение комиссии гласило: к службе во флоте годен. Только я знал, чем закончится мой первый поход по беспокойному морю.

На следующий день после занятий я поделился мрачными мыслями о своей будущей службе на корабле с товарищем из параллельной группы. Он посочувствовал мне и предложил зайти в студенческое общежитие – «снять напряжение, развеять мрачные мысли». Тем более что дело было накануне праздника – Международного женского дня. В этом корпусе общежития я ещё не бывал: оно разместилось в здании, которое четыре года назад покинул морской факультет нашего института в связи с переводом в Куйбышев.

В общежитии звучала музыка. Студенты-постояльцы общежития и их гости собирались в комнатах в ожидании начала танцев.

Мы шли по коридору. Дверь одной из комнат приоткрылась, выглянул наш сокурсник и, узнав нас, пригласил зайти на чашку чая. В комнате уже было 8-10 знакомых и незнакомых студентов и студенток. Они сидели вокруг стола, на котором были расставлены чайные чашки, лежала скромная закуска. В углу на тумбочке возвышался чайник, а рядом стояли три полупустые бутылки с жидкостью желтоватого оттенка. Заварка, что ли?

Хозяева комнаты достали откуда-то две чашки, наполнили их содержимым одной из бутылок. На вкус жидкость оказалась гораздо крепче чая! Затем был провозглашен тост за наш ЖМИ – Женский медицинский институт. Все дружно подняли чашки, сблизили их – чокнулись и стали пить «чай», оживленно беседуя.

Скрипнула дверь, в щель просунулась чья-то голова. Всмотревшись и узнав нас, голова поздоровалась и сказала:  
– Ребята, идёте к нам пить кофе!

Поблагодарив гостеприимных хозяев и распрощавшись с компанией любителей «чая», мы перешли в другую комнату, где собралась такая же компания любителей «кофе».

«Чай» в комбинации с «кофе» вызвали парадоксальный эффект. Вместо того чтобы снять напряжение, развеять тревожные мысли, они лишь усилили мою печаль. Мне захотелось быстрее покинуть общежитие и вернуться домой. В поисках комнаты любителей «чая», где осталось мое пальто, я ошибся дверью и попал в другую комнату.

Здесь вокруг стола тоже сидели студенты и студентки. Но в этой комнате электрический самовар стоял на столе, а рядом с ним – большой фаянсовый чайник, вазочки с сахарным песком и вареньем. А главное, за столом сидела наша декан – Евгения Константиновна Четверякова. Она сказала как-то по-домашнему:

– Садись, Миша. Налейте ему чая.

Меня мутит. Чувствую себя, как во время качки – всё вокруг плывёт то слева направо, то справа налево.

Евгения Константиновна смотрит на меня и спрашивает:

– Миша, почему ты такой мрачный?

– Меня признали годным к службе во флоте.

Она смотрит на меня, улыбается и говорит:

– Наконец-то сбылась твоя мечта. Поздравляю тебя.

Думаю, что выглядел я ужасно, когда произнёс срывающимся голосом:

– Евгения Константиновна, жизнь моя кончена. Я не перенесу первого же плавания. Волна смоет меня в море, или я сам брошусь в него.

Евгения Константиновна подошла ко мне, погладила по голове и тихо сказала:

– Успокойся Миша, что-нибудь придумаем. Всё будет хорошо. А сейчас отправляйся домой.

Через две недели мне передали из деканата записку, в которой сообщалось, что я должен явиться на кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии для разговора с заведующим кафедрой профессором А.А. Кьяндским. Такую же записку получил мой однокурсник Марат Кацадзе. На первом курсе мы учились в одной группе, дружили. А на старших курсах вместе занимались в СНО на кафедре госпитальной хирургии у Фёдора Григорьевича Углова, который разрешал нам после «острого опыта» на лабораторных животных совершенствовать свои мануальные навыки по абдоминальной хирургии.

Я встретился с Маратом, и мы договорились о том, что я пойду первым и откажусь от поступления в клиническую ординатуру. А на следующий день пойдёт Марат и скажет профессору о своём желании стать челюстно-лицевым хирургом.

Когда я пришёл на кафедру с запиской из деканата, профессора А.А. Кьяндского на месте не было. Меня направили к профессору Лазарю Рувимовичу Балону. Я доложил ему о своих планах стать хирургом «широкого» профиля.

– А почему не челюстно-лицевым хирургом? – спросил он меня.

– Потому что челюстно-лицевая хирургия довольно узкая специальность...

Этим ответом я оскорбил Лазаря Рувимовича – фанатично преданного своей специальности и чрезвычайно эмоционального человека. Почти час он произносил панегирик своей любимой челюстно-лицевой хирургии, а меня непрерывно ругал, используя слова, которые я не осмеливаюсь привести в этом повествовании. В завершение нашей встречи он произнёс:

– Таких, как ты, я видеть не хочу. Мальчишка!

На следующий день состоялась встреча Марата с заведующим кафедрой профессором А.А. Кьяндским. Марат подтвердил, что хочет стать челюстно-лицевым хирургом и поступить в клиническую ординатуру. Профессор прочитал записку из деканата и сказал:

– Хорошо, молодой человек. Оставьте её мне.

Мы поняли, что наша дальнейшая судьба решена. Я поеду в глубинку работать хирургом «широкого» профиля, Марат поступит в клиническую ординатуру кафедры челюстно-лицевой хирургии.

В начале апреля 1960 года состоялось распределение выпускников. В военкомат меня не вызывали. Поэтому я был спокоен и на вопрос члена комиссии: «Куда вы хотите поехать работать?» – я ответил уверенно: «Куда угодно, но обязательно хирургом».

Представитель практического здравоохранения Вологодской области сразу предложила мне место хирурга в межучастковой больнице Кадуйского района на берегу реки Шексны. Я ответил согласием. Но тут вдруг вмешался присутствовавший на распределении проректор по учебной работе профессор Михаил Андреевич Сресели:

– Постойте, кафедра челюстно-лицевой хирургии рекомендует Михаила Михайловича в клиническую ординатуру.

Я попытался объяснить членам комиссии и Михаилу Андреевичу, что произошла ошибка. Это может подтвердить профессор Балон.



– Никакой ошибки нет, – заявил Михаил Андреевич, показывая ходатайство кафедры, подписанное профессором А.А. Кьяндским.

Мне нечего было возразить. Я поставил свою подпись в графе «Согласен».

Но я не был согласен с результатом распределения. Получалось, что рушится моя мечта о большой хирургии. Придя домой, я рассказал об этом маме.

– Миша, не горюй. Все, что ни делается – к лучшему.

На следующий день я рассказал о неожиданном повороте в своей судьбе Карине. Она, как всегда, внимательно выслушала меня и сказала, что мое распределение – это большой успех. Саму её распределили в распоряжение Горздрава Ленинграда, и она была направлена на работу в травматологический пункт нашего института.

– Ладно, – сказал я ей. – Поживём – увидим...

#### **2.4. Клиническая ординатура на кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии**

После выпускных экзаменов – впереди целое лето! Но дожидаться его окончания я не стал. 1 августа 1960 года пришёл в клинику челюстно-лицевой хирургии с направлением в ординатуру. Меня встретили очень доброжелательно два врача. С одним из них, Борисом Львовичем Павловым, мы сразу же сдружились. Он заканчивал работу над кандидатской диссертацией, посвящённой лечению переломов нижней челюсти методом остеосинтеза металлическими рамками на винтах. Уже через неделю я ассистировал ему на операции остеосинтеза нижней челюсти, а ещё через десять дней он разрешил мне выполнить такую же операцию самостоятельно. Я записывал истории болезни большей части больных, лечившихся в клинике, шинировал всех больных с переломами челюстей. К концу августа начали появляться новые клинические ординаторы. Это были стоматологи с опытом работы на амбулаторном смешанном или хирургическом приёме. Включаться в повседневную работу клиники челюстно-лицевой

хирургии они не спешили. Предпочитали смотреть со стороны. Через неделю после начала учебного года Андрей Александрович Кьяндский, закончив обход больных, пригласил нас, клинических ординаторов, в свой кабинет. Достав из книжного шкафа несколько журналов на немецком и английском языках, он стал знакомить нас с содержанием некоторых статей. Если статья содержала интересную информацию, он предлагал кому-то из ординаторов более детально познакомиться с ней, написать реферат и подумать над темой научного исследования. В итоге заняться наукой было предложено всем клиническим ординаторам, кроме меня. Думая, что он просто забыл дать мне тему научного исследования, я подал голос:

– Андрей Александрович, а какую научную тему вы предложите мне?

Он посмотрел на меня, как мне показалось, насквозь пронизывающим взглядом, и сказал:

– Вам, молодой человек, о науке думать ещё рано. Вы ходите за ними, – он кивнул головой в сторону клинических ординаторов, – и присматривайтесь к тому, как они работают.

Надо ли говорить о том, какую бурю протеста вызвали во мне эти слова Андрея Александровича? Рано думать?! Это мне-то, который занимался в СНО на кафедрах ЛОР болезней и госпитальной хирургии, кто за годы студенчества успел выполнить 78 аппендэктомий, а в клинике челюстно-лицевой хирургии в течение месяца зашинуировал практически всех больных с переломами челюстей и даже выполнил остеосинтез нижней челюсти!

Позднее я осознал причину такой реакции Андрея Александровича на высказанное мною, вчерашним студентом, желание немедленно заняться прикладной клинической наукой. Ведь он видел меня впервые. До этого я встречался только с профессором Л.Р. Балонем. У него же занимался на цикле по челюстно-лицевой хирургии, ассистировал ему на операции ринопластики. Ничего не знал Андрей Александрович и о моих успехах в освоении навыков хирурга общего профиля. К тому же внешне выглядел я тогда до неприличия молодо. Даже спустя несколько лет, когда я

уже был доцентом, меня порой принимали за абитуриента или санитаря. Требовали от меня участия в транспортировке больных на носилках, на колясках.

Спустя 8 лет, в 1968 году Андрей Александрович тяжело болел. Тем не менее, за два месяца до своей кончины он успел рекомендовать руководству института запланировать тему моего докторского диссертационного исследования. Хотя на кафедре к тому времени уже были запланированы две докторские диссертации.

Узнав об этом, я испытал к профессору Кьяндскому чувство благодарности, которое сохранил на всю жизнь. Но это было потом.

## **2.5. Выбор темы кандидатской диссертации. Досрочное завершение аспирантуры**

А сейчас надо было решить вопрос – в каком разделе челюстно-лицевой хирургии следует искать тему научного исследования? Ответ представлялся мне очевидным. Предметом исследования должно быть то, чем я постоянно занимаюсь. А занимался я чаще всего лечением больных с переломами челюстей.

С целью совершенствования своих мануальных навыков в новом для меня разделе медицины, я продолжал шинировать большую часть больных, поступавших в клинику по поводу перелома челюстей. Сравнивая результаты своего обследования больных с записями в истории болезни, выполненными другими врачами, я заметил, что они, подробно описывая симптомы перелома тела нижней челюсти, не всегда уделяли должное внимание описанию менее выраженных симптомов перелома суставного отростка.

В то время в нашей клинике ещё не было штатного рентгенолога. Рентгенограммы описывали сами челюстно-лицевые хирурги. Изучая рентгенограммы и истории болезни из архива клиники, я обнаружил, что у части больных переломы суставного отростка нижней челюсти оставались не диагностированными. Это послужило основанием для изучения

результатов лечения 240 больных с такими переломами в сроки до 10 лет.

В ходе анализа этих наблюдений возникла гипотеза о важной роли изменения «суставной высоты» в патогенезе морфофункциональных нарушений у больных при переломах суставного отростка, потребовавшая для своего обоснования проведения экспериментального исследования на лабораторных животных. Для проведения исследования нужен был помощник. Мне не хватало времени на то, чтобы одному, выполняя достаточно большой объём врачебной работы в клинике, ещё оперировать кроликов и собак в виварии, наблюдать, ухаживать за ними, проводить электромиографические исследования. И тут случилось неожиданное! Помощник сам подошёл ко мне, когда я, закончив операции в клинике, торопился в виварий. Он спросил меня:

– Скажите, пожалуйста, как можно записаться в СНО (студенческое научное общество)?

– А вы кто?

– Студент 4-го курса стоматологического факультета.

– Как вас зовут?

– Хацкевич Генрих Абович.

– Видите ли, Генрих Абович, руководителем СНО нашей кафедры является ассистент Орлов Владимир Сергеевич. Но сейчас вы его в клинике не застанете. Если у вас есть желание заниматься наукой, идёмте со мной в ЦНИЛ (центральную научно-исследовательскую лабораторию). По дороге я всё расскажу, а там покажу.

Мой новоиспечённый СНОвец немедленно отправился со мной в ЦНИЛ, с ходу включился в работу и в дальнейшем первым из студентов стоматологического факультета доложил результаты своего исследования на научно-практической конференции стоматологов Ленинграда!

К середине второго года обучения в клинической ординатуре я обобщил результаты клинико-рентгенологических исследований, обработал их статистически, свёл в таблицы и подготовил для публикации в журнале «Стоматология». Нужна была виза заведующего кафедрой для направления

статьи в редакцию журнала. Так как Андрей Александрович болел, я спросил профессора Лазаря Рувимовича Балона, пока ассистировал ему на операции, сможет ли он визировать мою статью в журнал.

– Конечно, могу, я всё могу, – ответил он, напевая мотив любимой им песенки из кинофильма «Петер» – «Хорошо, когда работа есть».

Когда он вышел из операционной после второй операции, я уже ждал его у кабинета с машинописным вариантом статьи в руках. Он взглянул на первую страницу и, продолжая напевать «хорошо, когда работа есть», что свидетельствовало о его хорошем настроении, подписал направление статьи в редакцию журнала.

Через два месяца на кафедральном совещании Андрей Александрович Кьяндский зачитал информационную записку отдела аспирантуры. Кафедра должна была срочно представить тезисы доклада на конференцию молодых учёных. Все молчали. Предложений не было. Молчание прервал Лазарь Рувимович:

– У Соловьёва что-то есть. Я ему подписывал статью в журнал.

– Пусть он напишет тезисы и покажет мне, – сказал Андрей Александрович.

Через два месяца я выступал на конференции молодых учёных с докладом «Клиника, диагностика и лечение больных с переломом суставного отростка нижней челюсти». Закончив доклад, сел во второй ряд. В первом ряду, как раз передо мной, сидели заведующая отделом аспирантуры доцент Татьяна Борисовна Журавлёва (уже знакомая мне по встрече 1 сентября 1954 года на кафедре патологической анатомии) и профессор Андрей Александрович Кьяндский.

Когда повестка была исчерпана, председательствующий на конференции профессор С.М. Курбангалеев подвёл итоги заседания. Он начал свою речь так:

– На первом докладе и на докладе Михаила Михайловича Соловьёва я не буду останавливаться, так как это – закончен-

ные диссертационные исследования, а вот по поводу остальных докладов скажу следующее...

О чём он говорил дальше, я не запомнил. Потому что услышал, как Татьяна Борисовна обращается с вопросом к моему заведующему кафедрой:

– Андрей Александрович, вы планируете оставить Соловьёва в аспирантуре?

– Да-да. Планируем.

– Тогда пусть он на следующей неделе подойдёт ко мне в отдел аспирантуры.

Вот так Татьяна Борисовна, как ранее мой декан Евгения Константиновна, определила вектор всей моей профессиональной жизни.

Завершить начатое экспериментальное исследование, имея такого помощника как Генрих Хацкевич, и досрочно окончить аспирантуру было, что называется, делом техники. Кандидатскую диссертацию я успешно защитил досрочно в 1964 году. В том же году произошло ещё два ключевых события моей жизни.

### **III. ГЛАВА. Мечта о самостоятельности – руководстве кафедрой**

#### **3.1. Работа ассистентом кафедры хирургической стоматологии**

Готовясь к началу работы в клинике челюстно-лицевой хирургии, я познакомился с разделом «воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» по учебнику А.И. Евдокимова и Г.А. Васильева «Хирургическая стоматология». У меня сразу же возникло «неприятие» термина «причинный зуб». Конечно, «в чужой монастырь со своим уставом не ходят»... Но в разговоре, особенно со студентами, и при написании историй болезни я старался этой терминологией не пользоваться, заменяя ее формулировкой «зуб, явившийся входными воротами для инфекции», либо использовал этот термин в кавычках. Так же скептически отнёсся я и к применявшейся в то время классификации острых одонтогенных воспалительных заболеваний.

Свои мысли в этой связи я сформулировал в реферате по философии при подготовке к сдаче экзаменов кандидатского минимума. Тему реферата я определил так: «Понятие причинности и закон перехода количественных изменений в качественные в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии».

В работе я акцентировал внимание на том, что причиной возникновения гнойно-воспалительных процессов в кости являются микроорганизмы, а не зубы. Одновременно подверг критике и словосочетание, широко используемое в учебно-методической литературе и в разговорной речи при описании основных принципов лечения – «удаление причинного зуба и противовоспалительное лечение».

Ведь на кафедрах медико-биологического профиля нас учили, что воспаление первично является защитной реакцией организма, направленной на уничтожение, выведение (элиминацию) и предупреждение дальнейшего распространения возбудителей заболевания – микроорганизмов.

По мере завершения оформления кандидатской диссертации эти вопросы всё более и более интересовали меня. Они становились предметом моих размышлений и обсуждения со студентами на семинарах.

### **3.2. Выбор темы докторской диссертации**

В начале 60-х годов в медицинской литературе стали появляться сообщения об успешном применении внутриартериальной инфузии антибиотиков и других лекарственных средств, активного дренирования гнойных ран. Эти направления развития гнойной хирургии казались мне перспективными. Через знакомых я обратился к руководству Ленинградского оптико-механического объединения с просьбой помочь мне в реализации моего плана. По моему проекту были изготовлены уникальный по тем временам инфузатор и портативные вакуумные насосы для активного дренирования и диализа гнойных ран. Инфузатор мы апробировали в эксперименте на кроликах, после чего стали применять у больных с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой локализации. Вакуумное дренирование гнойных ран легко и быстро внедрялось в повседневную работу клиники. Я даже начал думать о том, чтобы продолжить это клиническое исследование после защиты кандидатской диссертации.

Защита диссертации состоялась в ноябре 1964 года. На торжественном чаепитии после защиты (тогда ВАК запрещал диссертантам устраивать банкеты) выступил мой официальный оппонент – главный стоматолог вооружённых сил СССР профессор Борис Дементьевич Кабаков. Поздравив меня и повторив фразу из своего отзыва о том, что моя кандидатская по многим параметрам больше соответствует докторской диссертации, он протянул мне маленький блокнот и сказал:

– Михаил Михайлович, Миша, в этот блокнот записывай всё, что ты сделал по докторской диссертации, и показывай мне его ежемесячно на заседании нашего научного общества. Не снижай темпа! Понял?

– Так точно! – ответил я.



– А сейчас ты чем занимаешься? – спросил он.

– Апробирую мои модели аппаратов для регионарной инфузии раствора антибиотиков и для активного вакуумного дренирования гнойных очагов у больных с тяжёлым течением инфекционно-воспалительных заболеваний лица, шеи и средостения.

– Хорошо, – сказал он. – Проблема важная. Желаю успеха на этом пути.

### **3.3. Вторая встреча с Гансом Селье, уточнение темы докторской диссертации**

*«Бороться и искать,  
найти и не сдаваться»*

Альфред Теннисон (1809 – 1892)

Прошло восемь лет после моей заочной встречи с Г. Селье на экзамене по патологической физиологии. За это время я закончил лечебный факультет 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Вопреки моим планам стать хирургом «широкого» профиля оказался в клинической ординатуре, а затем – в аспирантуре на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. В 1964 году защитил кандидатскую диссертацию. Планировал проведение дальнейших научных исследований, связанных с разработкой новых методов лечения больных с тяжёлым течением инфекционно-воспалительных заболеваний лица, шеи и средостения. К этому времени изготовленные по моей конструкции на заводе ЛОМО аппараты для регионарной инфузии раствора антибиотиков и для активного вакуумного дренирования гнойных очагов челюстно-лицевой локализации широко применялись в институтской клинике. Результаты первых клинических наблюдений были весьма обнадеживающими.

Но тут внезапно возникло, как мне показалось, непреодолимое препятствие. После защиты диссертации меня избрали на должность ассистента кафедры и перевели из стационара в стоматологическую поликлинику проводить практические занятия со студентами по разделу амбулаторной хирургии.

На очередном заседании научного общества я показал Борису Дементьевичу незаполненный лист блокнота и сказал:

– Борис Дементьевич, произошёл полный крах моих планов и надежд. Продолжать начатую работу я не могу. На амбулаторном приёме нет больных с тяжёлыми формами одонтогенной инфекции. Хотя проблема патогенеза и лечения одонтогенного остеомиелита челюстей меня заинтересовала.

– Если действительно заинтересовала, думай, ищи иные пути к её изучению. «Бороться и искать, найти и не сдаваться».

И я начал искать.

К этому времени в СССР был опубликован русский перевод книги Ганса Селье «Очерки об общем адаптационном синдроме». Как-то, работая с научной литературой в Публичной библиотеке имени М.Е. Салтыкова-Щедрина, я увидел эту книгу в витрине открытого доступа. Мои знания о стрессе за прошедшие восемь лет существенно не пополнились, хотя само слово «стресс» стало популярным не только в научной среде, но и среди широких слоёв населения.

Я прочитал предисловие к книге. Затем начал просматривать страницу за страницей. Неожиданно для себя услышал пронзительный звонок и голос дежурного библиотекаря:

– Пожалуйста, сдавайте книги! Библиотека закрывается!

Как! Уже? Похоже, я простоял с книгой Гансе Селье в руках не меньше трех часов...

– Могу ли я взять эту книгу с собой? – спросил я у библиотекаря.

– Нет, – ответила она. – Это новое поступление в единственном экземпляре и, по нашим правилам, в течение 10 дней оно должно находиться в витрине открытого доступа.

Ужасно жалко! Но нескольких часов чтения у открытой витрины оказалось достаточно, чтобы найти ответы на мучившие меня вопросы:

1. Темой моего исследования должно быть изучение роли механизмов стресса в патогенезе и саногенезе одонтогенной инфекции. При этом основным критерием для оценки

влияния стресса будет выраженность деструкции костной ткани челюстей.

2. Экспериментальный характер исследования позволит проводить его вечером после занятий со студентами и работы в хирургическом отделении стоматологической поликлиники.

3. Ганс Селье смог преодолеть трудности материально-технического, финансового, организационного характера. Значит и я должен преодолеть все трудности на своём пути. Просто надо «Бороться и искать, найти и не сдаваться».

Спасибо Вам, Ганс Гуго Бруно Селье, за советы. Теперь мне будет чем отчитываться перед профессором Б.Д. Кабаковым

#### **3.4. «Тайная вечеря» со студентами под образом Ганса Селье**

*«...Светильник зажигают затем,  
чтобы поставить его не под сосуд,  
но на подсвечник, и чтобы он  
светил всем в доме».  
Нагорная проповедь*

Легко принять решение о проведении нового экспериментального исследования, гораздо труднее реализовать его. Для этого, по крайней мере, нужно было решить следующие вопросы.

Во-первых, необходимо было написать аннотацию: сформулировать название темы, цель и задачи исследования, выбрать объект и методы исследования. Далее – представить её заведующему кафедрой для утверждения, пройти обсуждение темы на кафедральном собрании, проблемной комиссии, Совета стоматологического факультета для принятия решения о включении её в план НИР. Кстати, после защиты кандидатской диссертации я был включён в состав группы сотрудников, работающих по основной проблеме научных исследований кафедры: «Диагностика и лечение повреждений челюстно-лицевой области».

Во-вторых, требовалось разработать модель остеомиелита нижней челюсти у экспериментальных животных.

В-третьих, предстояло решить множество вопросов материально-технического обеспечения исследования.

И главное – нужно было найти помощников, создать команду единомышленников. Где их искать?

Будь я сотрудником научно-исследовательского института, на решение этих вопросов ушло бы много лет. Но мне повезло: я был сотрудником вуза и имел возможность постоянно общаться со студентами старших курсов, которые к моменту прихода на нашу кафедру уже были хорошо подготовлены по фундаментальным вопросам медицины на кафедрах медико-биологического профиля. С ними можно было обсуждать первые мои мысли, гипотезы.

Со студентами каждой новой группы я начинал цикл занятий по разделу «Одонтогенные воспалительные заболевания» с обсуждения тезиса, который они встречали в учебной литературе, слышали на лекциях и практических занятиях от преподавателей: «...удаление причинного зуба и проведение противовоспалительного лечения». Затем я просил их написать определение понятия «воспаление». Обычно в своих ответах они указывали, что воспаление – это реакция организма на повреждение, направленная на ограничение распространения, уничтожение и выведение инфекционного агента. Тогда я задавал вопрос:

– Зачем же подавлять воспаление, если оно препятствует распространению инфекционного начала, способствует его уничтожению и выведению?

Для лучшего понимания студентами важности адекватного реагирования организма на вредоносное воздействие, я рассказывал им придуманную мною притчу.

*Притча о подвыпившем хулигане*

В трамвай входит подвыпивший хулиган. Он сквернословит. Не встречая отпора со стороны притихших пассажиров, начинает оскорблять их. Пассажиры молчат. Чувствуя свою безнаказанность, хулиган требует, что бы для него освободили место, и толкает женщину. Сидящий рядом

муж вступает за жену. Хулиган отталкивает его. Мужчина наносит хулигану удар. Тот, падая, получает перелом основания черепа – тяжёлую травму с угрозой для жизни. Суд признаёт мужчину, отца двух детей, виновным в превышении меры защиты и приговаривает к лишению свободы на несколько лет.

Так и чрезмерно бурная воспалительная реакция может привести к нежелательным последствиям у больного остеомиелитом челюсти. Например, к некрозу костной ткани.

Еще я рассказывал студентам о том, как на экзамене по патологической физиологии самонадеянно критиковал буржуазное учение Ганса Селье о стрессе. Позже многие выпускники нашего института говорили мне, что притча о хулигане и история о бездумной критике концепции стресса на долгие годы остались в их памяти как одно из ярких воспоминаний студенческих лет.

После этого я рассказывал студентам о проводимом нами исследовании по изучению влияния общего адаптационного синдрома на течение остеомиелита нижней челюсти через механизмы регуляции воспаления. Заинтересовав студентов новым взглядом на проблемы воспаления, я приглашал их записаться в СНО и принять участие в наших исследованиях. От желающих не было отбоя!

Разбирая со студентами текст «Очерков об адаптационном синдроме», я обратил внимание на следующую фразу автора:

«В синдроме адаптации участвуют и другие гуморальные агенты, а также нервная система, однако природа и степень их участия в нем еще недостаточно выяснены, чтобы их можно было детально рассматривать в настоящее время».

Вероятно, Ганс Брунович предполагал в дальнейшем изучить и роль высших отделов центральной нервной системы в механизмах формирования адаптационного синдрома. Просто, как говорится, «у него до этого ещё руки не дошли». Эта мысль успокаивала меня, примирая теорию Г. Селье с учением И.П. Павлова.

Вспоминаю моих четвероногих «хвостатых друзей» – подопытных белых крыс. Как различались они по характеру

поведения. Одни были доверчивыми, любопытными, ласковыми. Выглядывали через защитную сетку клетки, обнюхивали мой палец, вели себя сравнительно спокойно даже во время процедуры забора крови из хвоста. Другие проявляли признаки беспокойства, агрессии. Громко пищали, при первой возможности пытались выскочить из клетки, укусить экспериментатора. У таких животных инфекционно-воспалительный процесс в области нижней челюсти протекал более благоприятно, объём деструкции костной ткани был не велик. У крыс с изначально низкой двигательной активностью, позволяющих спокойно извлечь себя из клетки, спокойно ведущих себя во время процедуры забора крови из хвоста, инфекционно-воспалительный процесс протекал иначе. Медленно нарастали внешние признаки воспалительного процесса в мягких тканях, зато объём деструкции костной ткани был больше.

В клинике такую же взаимосвязь между объёмом деструкции костной ткани и динамикой местных проявлений воспалительного процесса, двигательной активностью я наблюдал у больных одонтогенным остеомиелитом челюстей.

Я уже упоминал, что часто использовал на лекциях и практических занятиях придуманные мною «притчи», помогавшие студентам понять и запомнить суть излагаемого материала.

Постепенно, по мере знакомства с публикациями Ганса Селье, его взглядами на жизнь и мыслями о сущности науки, автор концепции стресса как общего адаптационного синдрома всё в большей мере становился духовным наставником и даже кумиром для студентов, принимавших участие в работе кружка СНО нашей кафедры.

Много лет спустя, когда встречи выпускников института совпадали с очередным моим юбилеем, они готовили поздравления, тематика которых нередко была навеяна воспоминаниями о нашей совместной научной работе «под образом Г. Селье». Обычно обыгрывалось то обстоятельство, что я родился в 1936 году – в год рождения СТРЕССА, а именно –

выхода в июньском номере журнала «Nature» за 1936 год статьи Ганса Селье «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами». Другим поводом для шуточных поздравлений служил наш общий с Селье интерес к экспериментальным исследованиям, уважительное отношение к лабораторным животным, а также наше внешнее сходство (Рис.1).

Надо сказать, что мои старшие, более опытные и осторожные кафедральные коллеги советовали не связывать свое исследование с именем Г. Селье, так как хорошо помнили компанию 50-х годов по критике буржуазных лженаук.

– И вообще, – говорил один из них, – нужно ли тебе этим заниматься? Ведь есть исследования по патогенезу остеомиелита С.М. Дерижанова, В.М.Уварова, Г.А. Васильева и многих других!

Слушая подобные советы, я стал думать, что о включении моего исследования в научный план кафедры института не может быть и речи. Тем более что на нашей кафедре были уже запланированы две докторские диссертации.

Утешало и радовало лишь то, что студенты с энтузиазмом стали помогать мне не только в проведении экспериментов на белых крысах, но даже в решении многих организационных вопросов: обеспечения реактивами, лабораторными животными. Тут надо открыть небольшой секрет: среди студентов были дети сотрудников ЦНИЛ и администрации института. Обращаясь к их родным с просьбой решить тот или иной вопрос материально-технического обеспечения исследования, я акцентировал внимание на том, что речь идет о поисковой научной работе студенческого научного общества. Студенты-СНОВцы должны оперативно завершить её, чтобы успеть представить результаты исследований на очередной научной конференции студентов и молодых учёных института. Так разрешались многие наши проблемы.

Постоянного рабочего места у нас не было. Но случилось так, что на время ремонта кафедре предоставили помещения, в которых раньше размещалось хозяйственно-строительное управление института. Появилась возможность выделить для студентов СНО отдельное помещение – бывшую кладовку



Нобелевский лауреат Г. Селье      Аспирант М. Соловьёв  
Уважительное отношение к экспериментальным животным



Ганс Селье

STRESS

Михаил Соловьёв

Два взгляда на СТРЕСС

площадью 12 кв.м без окна. До нас в ней хранили одежду рабочих, их инструменты, стройматериалы.

Помещение производило ужасное впечатление! При виде заваленной хламом тёмной комнаты-кладовки на лицах моих СНОвцев появилось выражение глубокого разочарования.

Надо было что-то быстро предпринять, чтобы поддержать энтузиазм молодых ученых. Я решил воодушевить своих помощников. Прочитывал им отрывок из воспоминаний



Ганса Селье о сложных условиях работы на ранних этапах его научно-исследовательской деятельности.

– *«Сэр Фредерик Бэнтинг (Frederic Banting), открывший инсулин, часто заходил в мою тесную маленькую лабораторию. Из-за тесноты он обычно усаживался на стол и с интересом выслушивал мои дневные грезы о «синдроме становления болезни»... Никто не мог бы дать мне большего!»*

А затем уверенно шагнул в тёмную комнату, спотыкаясь о банки с остатками краски и мешки с мелом и цементом. В центре комнаты стоял фанерный шкаф. Обойдя его, я начал толкать шкаф в сторону выхода. Шкаф не поддавался: какие-то тряпки, лежавшие на полу, мешали его перемещению. Некоторое время студенты оцепенело смотрели на мои тщетные усилия освободить комнату от шкафа. Затем сначала один студент, а за ним и остальные, бросились мне на помощь. Они дружно подняли шкаф и стремительно вынесли его на руках из комнаты. А я бежал за ними, как привязанный, потому что мой вязаный свитер зацепился за торчащий из шкафа гвоздь.

– Тише, тише, – выкрикивал я. Но студенты, не понимая смысла моих возгласов, мчались все быстрее. Я начал отставать. По мере того, как шкаф уносили всё дальше и дальше, мой свитер «распускался» всё больше и больше.

Но начало было положено! Староста кружка СНО Витольд Мелкий сказал:

– Михаил Михайлович, позвольте нам самим привести эту комнату в порядок.

Мои СНОвцы были «мастера на все руки», многие из них летом работали в студенческих стройотрядах. Они действительно провели косметический ремонт кладовки, сделали оригинальные абажуры, где-то (боюсь, не на свалке ли) раздобыли старую мебель: письменный стол, кресло и целых 12 разномастных стульев. В «красном углу» повесили фото-портрет Ганса Селье.

В этом помещении проходило обсуждение результатов исследования, заслушивались доклады перед выступлениями

на научных конференциях. Наши собрания студенты называли *тайными вечерами под образом Ганса Селье*.

Еще одна группа студентов помогала мне в обработке архива клиник за 20 лет, используя в качестве инструментов для статистической обработки данных логарифмическую линейку и канцелярские счёты. У нас быстро сформировался сплочённый коллектив молодых энтузиастов-единомышленников.

Через год в институте проходил смотр-конкурс на звание «Лучший кружок СНО», посвящённый 50-летию Великой Октябрьской революции. СНОВцы нашей кафедры впервые в истории стоматологического факультета разделили с кафедрой госпитальной терапии первое и второе места в этом состязании.

Через три года режим полусекретности проведения незапланированного исследования был нарушен. Мне предложили выступить с отчётом о результатах проводимой научной работы на Большом Совете института для решения вопроса о возможности включения её в план научных исследований как докторской диссертации. Моё сообщение о сути, объёме и предварительных результатах проводимого исследования вызвало достаточно оживлённую дискуссию. Итогом этой дискуссии явилось следующее решение Совета: считать работу к.м.н. М.М. Соловьёва по сбору данных клинко-экспериментальных исследований законченной, предоставить ему творческий отпуск на 6 месяцев для завершения оформления докторской диссертации. Диссертацию представить в научный отдел института 31 марта 1969 года. Меньше, чем через полгода.

Такое решение Совета было для меня неожиданным.

Легко сказать – завершить оформление! А где завершать? Где разложить листы первичной документации, препараты челюстей более 800 белых крыс, груды предметных стёкол с окрашенными мазками крови?

В клинике и в ЦНИЛ фиксированного рабочего места у меня не было, кладовка стройуправления осталась в прошлом. Дома в моём распоряжении была табуретка, на которую

можно было положить раскрытый журнал с протоколами экспериментов или поставить мою портативную пишущую машинку Olivetti. Мы по-прежнему жили в коммунальной квартире, которую с нами делили ещё пять семей. Наша комната площадью 24 кв.м. была разделена временными фанерными перегородками на три части. Численность нашей семьи к моменту завершения работы над диссертацией достигла пяти человек: я, моя жена Карина, моя мама Елизавета Дмитриевна, четырёхлетняя дочка Аня и двухлетний сын Миша. А ещё вместе с нами в комнате проживали круглая печка-«голландка» и большая табуретка – моё рабочее место. Жили мы дружно, но тесновато, с надеждой на расширение жилплощади.

Для хранения чемодана с научной документацией и корзины с лабораторными препаратами оставалось одно место – под тахтой и детскими кроватями, рядом с их ночными горшочками.

Наш сын Миша при виде пишущей машинки на табуретке, мчался к ней и со счастливым выражением лица колотил кулачками по клавиатуре. А поскольку в те времена ещё не было компьютеров, каждая неправильно напечатанная буква или слово требовали ручной «перепечатки» всей страницы заново!

Ситуация казалась безвыходной. Таймер был включён, время до окончания творческого отпуска сокращалось, подобно «шагренево́й коже». И тут неожиданно само провидение пришло на помощь. Как говорят: «Если Бог закрывает дверь, он открывает окно».

Таким окном оказался... туалет.

### **3.5. Завершение работы над докторской диссертацией. «Если Бог закрывает дверь, он открывает окно»**

Окном действительно оказался общественный туалет! В связи с очередным «ползучим» ремонтом клиники нашу кафедру снова временно переместили в помещения манёвренного фонда. Придя туда одним из первых, я увидел две двери. На одной из них была нарисована буква «М», на

другой – буква «Ж». Раньше у нас на кафедре для сотрудников был предусмотрен только один совмещенный туалет.

– Зачем нарушать добрую традицию? – подумал я. На двери с буквой «М» я дорисовал тушью букву «Ж». А на дверь с буквой «Ж» наклеил бумажную табличку с надписью «КАБИНЕТ». Не теряя времени даром, в тот же день перевез в новоиспеченный «кабинет» чемодан с документами, корзину препаратов крысиных челюстей и предметных стёкол с мазками крови, а также пишущую машинку Olivetti, микроскоп, логарифмическую линейку и бухгалтерские счёты. Всё это сложил в углу, так как в помещении были только две туалетные кабины и одна раковина. Мои помощники – студенты заменили дверной замок и вручили мне три ключа. Один ключ я взял себе, второй вручил студентам со словами:

– Это ваш ключ от нашего *кабинета-лаборатории*. Преобразовать туалет в лабораторию – ваша задача. Мне же нужно только рабочее место – стол, на котором разместятся пишущая машинка с микроскопом и можно будет разложить документы. А ещё мне нужна лампа-осветитель. Если поможете оборудовать такое рабочее место, буду вам благодарен!

Когда администрация кафедры начала распределять в новом помещении кабинеты между сотрудниками, никто ничего странного не заметил. Служебный туалет «М-Ж» имелся в наличии. Комнату с надписью КАБИНЕТ осматривать не стали, так как дверь в нее была заперта. На дверях остальных кабинетов висели картонки с указанием функционального назначения.

Со временем через бумагу сбоку от надписи «КАБИНЕТ» стала предательски просвечивать буква «Ж». Сотрудники уже привыкли пользоваться совмещенным туалетом, а по поводу помещения с надписью «КАБИНЕТ Ж» шутили, именуя его «женский кабинет» или «кабинет-туалет».

Забегая вперёд, скажу, что только благодаря этому подарку судьбы мне удалось своевременно оформить и сдать диссертацию в научный отдел института в последний день творческого отпуска. В тот же день я отвёз по экземпляру

диссертации моим будущим официальным оппонентам – профессору Борису Дементьевичу Кабакову и профессору Владимиру Михайловичу Уварову.

Но это было потом. А сейчас предстояло облагородить помещение *«кабинета-туалета»*. За работу вновь дружно принялись студенты–кружковцы СНО кафедры. Они демонтировали туалетные кабины. На два унитаза положили столешницу от большого старинного письменного стола. Сделали полки-стеллажи, на которых разместили документы, препараты, книги и прочее. После домашней табуретки мне казалось, что это – идеальные условия для завершения работы над диссертацией. Правда, когда наступили холода, *«кабинет-туалет»* начал больше напоминать ледник: батареи не работали, через щели в рамах огромного окна ледяной ветер заносил снег. Мои студенты законопатили ватой щели, завесили окно старыми одеялами, установили электрическую бытовую плитку. Стало немного теплее, зато совсем темно. Но тут большой беды не было – электрическое освещение работало. По моим критериям жителя блокадного Ленинграда, это были вполне комфортные условия для творческой работы, если не снимать пальто или надеть под пиджак шерстяной свитер, а сверху – медицинский халат.

Я был счастлив. У меня было всё, что необходимо для счастья. Любимая жена Карина, любимые дети, которых, правда, я видел, главным образом, только мирно спящими, когда рано утром уходил на работу и возвращался с работы за полночь. Была рядом со мной моя мама. Была любимая работа, рабочее место и мои мечты!

Может ли быть что-то лучше этого? Оказалось, может! В канун нового 1969 года строители передали нам ключ от квартиры кооперативного дома, построенного для сотрудников института. Утром следующего дня Карина поехала купить мебель, необходимую для моего срочного переселения из *«кабинета-туалета»* в новую собственную отдельную квартиру.

А я в полдень перевёз в наш новый дом свой боекомплект. В чемодане с первичной документацией теперь лежала уже

и часть готового текста диссертации. Корзина прогибалась под тяжестью микропрепаратов и микроскопа. Пишущая машинка Olivetti, канцелярские счёты и логарифмическая линейка тоже были здесь.

Когда я открыл дверь нашей первой собственной квартиры собственным ключом, то ахнул! В большой комнате, освещённой ленинградским зимним солнцем, стояла алюминиевая кровать-раскладушка, простенький кухонный стол и табуретка. Из нашей собственной кухни доносилось шипение и пахло чем-то вкусным: по случаю новоселья Карина жарила картошку. Мы расцеловались, и она заплакала.

– Ну, чего ты ревёшь? – спросил я.

– От радости! – прошептала она сквозь слёзы.

– Гулять так гулять! – воскликнул я и помчался в ближайший продуктовый магазин на противоположной стороне проспекта Смирнова (сейчас этому проспекту возвращено первоначальное название – Ланское шоссе). В магазине изумительно пахло от витрины с мясными деликатесами. Но сейчас, после приобретения кооперативной квартиры, бюджет нашей семьи уже не позволял задерживаться у этой витрины. Сглотнув набежавшую слюну, я направился к витрине с замороженной рыбой.

В самом дальнем углу витрины лежал кусок льда, через который просвечивала какая-то бесформенная масса. На ценнике, лежащем рядом, было написано «Кальмар». В романах Жюль Верна я встречал описание кальмаров как опасных морских чудовищ. Однако мне не приходилось слышать о том, что бы их употребляли в пищу. Зато из всего того, что лежало в витрине, морское головоногое предлагалось по самой низкой цене. Я взял полкило «Кальмара».

Карина скептически оценила мою покупку и призналась, что и ей никогда раньше не приходилось встречаться с таким продуктом, как «Кальмар». По мере того, как таял лёд, от серой массы «Кальмара» начал исходить не слишком приятный запах. И всё же мы решили бросить размороженного «Кальмара» в кастрюлю с кипятком. Тут произошло чудо. Серая бесформенная масса «Кальмара» распалась на отдель-

ные тушки, которые начали раздуваться, приобретая форму маленьких «китов» фиолетового цвета. Сколько мы их ни варили, мягче они не становились. Первая проба нас тоже не впечатлила: кальмары оказались безвкусными. Но когда Карина наполнила «китиков» жареной картошкой, оказалось, что их вполне можно есть. Более того, «фаршированные китики», как мы их назвали, стали нашим фирменным блюдом. Цена на кальмары была нам доступна, приготовление не требовало много времени, а на многочисленных гостей, приходивших поздравить нас с новосельем, «китики» производили неизгладимое впечатление.

Другим нашим фирменным праздничным угощением было икорное «домино». Незадолго до празднования новоселья нам подарили баночку красной икры. Баночка была маленькая, на всех гостей икры явно не хватало. Посоветовавшись с Кариной, мы решили приготовить из икры дизайнерское блюдо – «бутерброды-домино». Прямоугольный кусочек белого хлеб, изображавший фишку домино, был разделен веточкой зелени на две квадратные части, а красные икринки выполняли роль точек на фишке. Количество фишек (бутербродов) и число точек на них соответствовало стандартному домино-набору: от экономных вариантов раскладки икры «пусто – 1», «1 – 2» до главного приза «6 – 6». Игра в домино-бутерброды пользовалась успехом у взрослых гостей и детей, которых в нашем институтском кооперативном доме было много.

Изобретательность наших застолий эконом-класса была вынужденной, так как в это время наш семейный бюджет оказался весьма ограниченным. Находясь в творческом отпуске, я перестал получать лечебную ставку, так что зарплата моя существенно сократилась. Жили мы, главным образом, на зарплату Карины. Ей приходилось на всём экономить. Нужно было возвращать долг, взятый для первого взноса при вступлении в кооператив; ежегодно погашать текущие взносы; обставлять квартиру; кормить, одевать и растить наших детей. А ещё и расходы на завершение оформления моей диссертации. Но ни в это, сложное для нас время, ни в

последующие годы я никогда не слышал от Карины жалоб на недостаток денег в семейном бюджете.

Она создала мне идеальные условия для завершения работы над диссертацией. Работа врачом-травматологом, позже – заведование отделением травматологического пункта, поступление и учеба в аспирантуре требовали от нее немалых усилий. При этом она успевала до работы отводить детей в детский сад, после работы забирала их, по дороге домой покупала продукты, готовила, стирала бельё (стиральной машиной мы тогда еще не обзавелись). Когда кто-то из детей болел, а болели они часто и по очереди, к нам приезжала из Сестрорецка моя мама. Ухаживала за детьми, помогала по хозяйству.

Мне, окружённому вниманием и заботой, не оставалось ничего другого, как закончить диссертацию и сдать её в Научный отдел института в установленный срок – 31 марта 1969 года.

О чём ещё я думал 29 марта, когда получил напечатанные на пишущей машинки 5 экземпляров диссертации и стал раскладывать их по пяти папкам и приклеивать фотографии. Думал о том, что теперь я серьёзно займусь клинической работой, спокойно обдумываю план будущей книги. В ней расскажу о сущности проведённого экспериментально-клинического исследования, о полученных результатах, перспективах дальнейшего исследования проблемы одонтогенной инфекции с позиций общего адаптационного синдром Г. Селье, учения В.И. Иоффе об общей иммунологической и специфической иммунологической реактивности организма и т.д. Но главное, думал я, теперь я буду больше внимания и времени уделять жене и моим детям, перед которыми я в неоплатном долгу. Книгу я вскоре написал совместно с Ишмунином Ашуровичем Худояровым, с которыми мы одновременно учились в аспирантуре, а затем параллельно работали над докторскими диссертациями по проблеме патогенеза одонтогенных воспалительных заболеваний. Остальные планы мне не удалось выполнить в полной мере, так как я последовал вдогонку за мечтой работать хирургом «широкого» профиля.



### **3.6. После завершения работы над докторской диссертацией**

Основу моей докторской диссертации составили экспериментальные исследования на модели остеомиелита нижней челюсти у крыс. Эту модель достаточно широко использовали для доклинической оценки эффективности применения различных лекарственных средств многие будущие кандидаты, доктора медицинских наук: Т.М. Алехова, Т.К. Супиев, В.Н. Балин, А.И. Ярёмченко и др. Меня же, как клинициста, наблюдавшего течение инфекционно-воспалительного процесса у экспериментальных животных, всё больше интересовал вопрос о взаимосвязи местных проявлений патологического процесса и общих, системных реакций организма.

Целью клинических исследований, проводимых моими молодыми коллегами – аспирантами, соискателями, студентами, была разработка методов оценки тяжести и прогнозирования течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации. Исследования проводились совместно с математиками, программистами. Как и в эксперименте на лабораторных животных, критерием оценки тяжести течения и исхода заболевания был выбран показатель деструкции костной ткани челюсти. В качестве показателей системной реакции организма на стрессор использовали общепринятые клинические и лабораторные показатели: температуру тела, пульс, частоту дыхания, клеточный состав периферической крови, СОЭ.

Сравнивали суммарный интегральный показатель системной реакции организма с интегральным показателем выраженности местного воспалительного процесса, фазой, распространённостью воспаления, показателем деструкции костной ткани (Т.М. Алехова, В.А. Ольшевский, Р. Круопене).

Должен признаться, что моя исходная гипотеза о наличии прямой или обратной зависимости между выраженностью суммарного интегрального показателя системного ответа организма и показателями деструкции костной ткани в клинике не подтвердилась.

У крыс, у которых в зоне введения культуры золотистого стафилококка рано возникал воспалительный инфильтрат с формированием абсцесса, самопроизвольно вскрывавшегося на 4-5 сутки, показатель деструкции костной ткани был ниже, чем у крыс с замедленным развитием воспалительной реакции, поздним самопроизвольным вскрытием абсцесса – на 8-10 сутки.

Такие показатели системной реакции организма, как повышение температуры тела (в прямой кишке), содержание лейкоцитов в периферической крови соответствовали в целом выраженности и динамике воспалительного процесса в мягких тканях.

Используя разработанную модель инфекционно-воспалительного процесса, мы подтвердили концепцию Г. Селье об адаптационном характере системных реакций организма на воздействие стрессора инфекционно-воспалительного характера.

При введении крысам гидрокортизона, при повреждении гипофиз-адреналовой системы путём удаления надпочечников, на фоне общего рентгеновского облучения наблюдалось снижение выраженности системных реакций (температурной, лейкоцитарной) и местных проявлений острого воспалительного процесса в околожелюстных мягких тканях, тогда как показатели деструкции костной ткани были выше.

Раннее трёхкратное введение крысам противовоспалительного гормона ДОКСА оказывало положительное влияние на течение инфекционно-воспалительного процесса – достоверно снижало показатель деструкции костной ткани.

Можно ли наблюдать те же закономерности течения инфекционно-воспалительного процесса в клинике у больных одонтогенным остеомиелитом? Я думал, да.

Но в клинике всё оказывается сложнее. В эксперименте мы использовали стандартный инфекционный стрессор – культуру патогенного золотистого стафилококка в одной и той же концентрации, в одном и том же объёме.

Микробную культуру вводили здоровым крысам одного и того же пола (самцам), веса и возраста.

В клинике у больных гнойно-воспалительными заболеваниями всё было иначе. Приступая к лечению больного, мы практически ничего не знали о качественной и количественной характеристике инфекционного стрессора. Возникновению острого гнойного воспалительного процесса у больных обычно предшествует длительно существующий очаг хронической инфекции в пародонте поражённого зуба. Поэтому организм больного, вероятно, уже сенсibilизирован к возбудителю заболевания. В клинику поступают больные разного пола, возраста, веса тела, разной локализации очага инфекции и с разным набором перенесённых заболеваний и вредных привычек, т.е. заведомо с разным уровнем общей и специфической реактивности организма.

В конце 60-х – начале 70-х годов XX века я читал лекции студентам и врачам о патогенезе, клинике, диагностике и лечении одонтогенных воспалительных заболеваний. Однажды во время такой лекции я рассказал о нашем экспериментальном исследовании на крысах. В частности об особенностях обращения с крысами, у которых мы пальпаторно определяли динамику местных признаков воспаления, осуществляли забор крови из хвоста. Неожиданно для меня одна студентка, записывающая что-то в тетрадь, подняла голову и удивлённо спросила:

– Вы брали живых крыс руками? Ведь они могли укусить вас!

Чувствуя себя героем, я ответил ей:

– Конечно, брал! И держал в руках не одну сотню крыс. Студенты, которые мне помогли в проведении экспериментальных исследований, тоже это делали, но после того, как я показал им и научил их, как надо обращаться с крысами.

– А вы можете показать нам, как надо обращаться с крысами? – спросила она.

– Конечно, могу, – ответил я. – Приходите в следующую пятницу в Центральную лабораторию института. Там я вам покажу, а если захотите принять участие в экспериментальной научной работе, то и научу.

На следующей неделе в назначенное время никто не пришёл. А я готовился к этой встрече. Вспоминал, как на протяжении трёх лет ежедневно общался с крысами в виварии института. Студентам, помогавшим мне, я говорил следующее:

– К каждой крысе нужен индивидуальный подход, как к человеку.

И спрашивал:

– Вы знаете, как можно извлечь крысу из клетки?

Часто кто-то из студентов отвечал:

– Корнцангом за загривок.

– Ни в коем случае, – говорил я. – После такого общения с крысой вы превращаетесь в её личного врага. Смотрите, как я буду это делать.

Медленно снимаю верхнюю крышку клетки. Смотрю на крысу и оцениваю её характер: агрессивно-бойцовский; любопытный; уравновешенный; печально-депрессивный. Сложнее всего общаться с крысами, имеющими агрессивно-бойцовский характер. Общаясь с ними, всё надо делать медленно, глядя крысе в глаза, и в то же время быть всегда начеку.

Я медленно приближаю правую руку к крысе сбоку, оттесняя её тем самым в угол клетки. В это время гляжу крысе в глаза. Потом медленно прикасаюсь ладонью руки к спине крысы, продолжая смотреть ей в глаза и разговаривать с ней – хвалить её. Затем медленно прижимаю ладонью крысу к полу клетки. Медленно захватив подвижную кожу в области шеи и верхней части туловища, продолжаю придавливать крысу к дну клетки и сдвигаю подвижную кожу вверх так, чтобы крыса не могла крутить головой. Продолжая крепко сжимать подвижную кожу, приподнимаю крысу и поворачиваю её животом вверх. В таком положении крыса позволяет мне прощупать пальцами левой руки ткани щёчной области с двух сторон.

Далеко не все студенты, желавшие участвовать в нашей научно-экспериментальной работе, оказались способны к такому общению с крысами. Среди тех, кто овладел искусством общения с крысами, не могу не вспомнить студентку

стоматологического факультета Татьяну Михайловну Алехову. Даже крысы с агрессивно-бойцовским характером слушались её. После окончания института она продолжала участвовать в экспериментальной работе на крысах. В аспирантуре она закончила эту работу, защитив кандидатскую диссертацию. Стала ассистентом, а затем доцентом кафедры. Секреты своего умения общаться с крысами она передавала студентам, аспирантам – будущим кандидатам, докторам медицинских наук, проводя с ними мастер-классы.

Я подробно описываю процедуру общения с крысами, потому что вспоминаю, как глядя им в глаза, я мысленно разговаривал с ними:

– Милая, ты же слышишь меня? Так скажи, о чём ты думаешь сейчас, что ты думаешь обо мне?

В то, что крысы, как собаки и другие животные, думают, я никогда не сомневался. Ведь и у них есть ЦНС и кора головного мозга.

Иван Петрович Павлов нашёл канал получения информации о функционировании ЦНС. Возможно, есть и другие каналы, через которые можно получить информацию о мыслях. Раньше я думал, что такой канал получения информации может быть связан только с отведением и обработкой биопотенциалов коры головного мозга. Но к этой проблеме я относился тогда более чем спокойно. Она была за горизонтом моих профессиональных и повседневных забот и интересов.

### **3.7. Деканат иностранных учащихся.**

#### **Книга «Одонтогенный остеомиелит челюстей»**

В научном отделе института мне сообщили, что я должен записаться на приём к ректору института и доложить ему о завершении работы над диссертацией. На следующий день я был на приёме у ректора. Владимир Алексеевич Миняев сказал, что теперь, после завершения творческого отпуска, я должен поработать для института – заменить в деканате иностранных учащихся помощника декана Мариуса Стефановича Плужникова, ассистента кафедры ЛОР-болез-

ней, которому предоставляют творческий отпуск для завершения оформления докторской диссертации.

Об этом разговоре я сообщил нашему новому заведующему кафедрой – профессору Владимиру Арсеньевичу Дунаевскому. Сказал, что хотел бы избежать административной должности: после четырёх лет работы с экспериментальными животными я планировал серьёзно заняться клиникой.

– Я тебе дам совет, – сказал он. – Соглашайся стать помощником декана. Поработай не меньше года, покажи себя с лучшей стороны, подыщи достойного кандидата на своё место. Вот тогда ты сможешь обратиться к ректору с серьёзно обоснованной просьбой отпустить тебя из деканата. Если откажешься от предложения ректора сейчас, тебя выведут из списка перспективных сотрудников.

Я запомнил этот совет Владимира Арсеньевича и пользовался им неоднократно.

### **3.8. Онкостоматологический центр Ленинграда**

В 1968 году на конференции стоматологов Ленинграда и Ленинградской области обсуждался вопрос об улучшении помощи онкостоматологическим больным. Было принято решение обратиться в Главное управление здравоохранения Ленинграда с предложением создать в рамках онкологической службы города организационную структуру, обеспечивающую лечебно-диагностическую помощь онкостоматологическим больным на современном уровне. Вести переговоры с Главным управлением здравоохранения Ленинграда поручили профессору Б.Д. Кабакову, профессору В.А. Дунаевскому и профессору М.В. Мухину.

В 1968 году вышел приказ о создании Ленинградского онкостоматологического центра на базе городского онкологического диспансера, городской онкологической больницы № 8 и кафедры хирургической стоматологии с клиникой челюстно-лицевой хирургии 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Руководителем центра был назначен профессор В.А. Дунаевский.

Год спустя Владимир Арсеньевич предложил мне от лица кафедры курировать работу этого центра. Я стал его «исполнительным директором» – в том смысле, что исполнял большой объем клинической, научной и организационно-методической работы, связанной с его деятельностью и с обеспечением медицинской помощи онкостоматологическим больным Ленинграда. В мои обязанности входило следующее:

- еженедельные консультативные приёмы больных в поликлинике городского онкологического диспансера;

- проведение обходов, клинических разборов, участие в операциях больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации в городской онкологической больнице № 8;

- курация и лечение больных с послеоперационными дефектами и деформациями, поступающих на восстановительное лечение в клинику челюстно-лицевой хирургии 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова;

- научные исследования в области онкостоматологии;

- разработка организационно-методических принципов профилактики и ранней диагностики онкостоматологической патологии для городской системы здравоохранения;

- проведение на регулярной основе мероприятий среди стоматологов и зубных врачей Ленинграда по повышению уровня их онкологической настороженности и формированию навыков ранней и своевременной диагностики опухолей.

Незадолго до этого меня пригласил ректор и сообщил о решении администрации поручить мне возглавить деканат иностранных студентов и подобрать себе двух заместителей. На эти должности я предложил пригласить к.м.н. ассистента кафедры терапевтической стоматологии Владимира Ивановича Калинина и к.м.н. ассистента кафедры внутренних болезней стоматологического факультета, моего однокурсника Адольфа Ивановича Кирсанова.

В 1971 году я защитил докторскую диссертацию. К этому времени моя работа деканом была отмечена наградой – орденом Германно-Советской дружбы в золоте. В статусе декана я подготовил себе достойного преемника – доцента

Владимира Ивановича Калинина, работавшего над докторской диссертацией в рамках научной тематики онкостоматологического центра. Можно было ставить перед ректором вопрос об уходе с должности декана иностранных студентов. Моя просьба была удовлетворена.

Итак, я – профессор кафедры хирургической стоматологии плюс «исполнительный директор», курирующий городской онкостоматологический центр. Энергии хоть отбавляй. С результатами исследований по теме докторской диссертации регулярно выступаю на региональных конференциях, республиканских съездах. На V Всесоюзном съезде по стоматологии, проходившем в Ленинграде, представил программный доклад (в соавторстве с проф. В.А. Дунаевским), в котором обобщил организационно-методический и клинический опыт работы онкостоматологического центра. Познакомился с ведущими стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами СССР.



## **IV ГЛАВА. Свершение мечты о руководстве кафедрой**

### **4.1. На пути свершения мечты о самостоятельной работе – руководстве кафедрой. «Засватанная невеста»**

Как-то вскоре после защиты докторской диссертации в разговоре с Владимиром Арсеньевичем я упомянул о своей новой мечте – возглавить собственную кафедру. Сказал, что ради этого готов переехать из Ленинграда в другой город.

– А чем тебя не устраивает работа на нашей кафедре? Или я чем-то мешаю тебе? – спросил он меня.

– Нет, конечно! Но я хочу самостоятельности, – ответил я.

– Подумай хорошенько, посоветуйся с Кариной.

Спустя некоторое время я напомнил Владимиру Арсеньевичу о своей готовности заведовать кафедрой в региональном вузе.

– Хорошо, – сказал он, – я сообщу о твоём желании кому надо.

Я догадывался о том, кто это – «кому надо». Дело в том, что Владимир Арсеньевич был в дружественных отношениях с директором Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИС) академиком Анатолием Ивановичем Рыбаковым.

После нашего разговора прошло достаточно много времени. Я уже стал думать, что Владимир Арсеньевич забыл о своём обещании и не поговорил с «кем надо». И вдруг он сам вернулся к теме нашей беседы:

– Миша, Анатолий Иванович хочет поговорить с тобой. Вот номер его домашнего телефона.

В тот же вечер я позвонил Анатолию Ивановичу, который предложил мне приехать на встречу с ним в Москву, в ЦНИИС для конфиденциального разговора. Согласовали время встречи. В назначенный день рано утром я был в Москве. Волнуюсь.

В 8 часов, за полчаса до назначенной встречи, я на территории ЦНИИС. Вокруг никого. Подъезжает чёрная «Волга», из неё выходит Анатолий Иванович. Приветствует меня. Идём в его огромный кабинет. Академик предлагает мне выпить с дороги чашку чая. Сам кипятит воду, заваривает чай (в институте ещё никого нет, кроме вахтёра). Во время чаепития говорит:

– Михаил Михайлович, я пригласил вас для разговора, о котором не должно быть известно раньше времени другим. Договорились? Руководителю хирургического отдела нашего института Фёдору Михайловичу Хитрову исполнилось 80 лет. Мы думаем о его преемнике на должности руководителя хирургического отдела. О вас и о вашей работе мы знаем по выступлению на Всесоюзном съезде, о вас хорошо отзывается профессор Дунаевский. Ваша кандидатура представляется нам достойной этой должности. Поэтому я хочу услышать ваше мнение по этому вопросу. Учтите, обещать вам жилплощадь в Москве мы не можем. Встать на очередь в строительном кооперативе – поможем.

Заканчивая встречу, Анатолий Иванович напомнил, что разговор наш носит конфиденциальный характер.

Предложение стать руководителем отдела хирургии ЦНИИ Стоматологии оказалось для меня полной неожиданностью. Я был ошеломлён. Разговор о жилплощади в Москве пропустил мимо ушей.

Домой я «летел, как на крыльях». Подумать только, я буду работать в Москве, в ЦНИИС! Карина без особого энтузиазма выслушала мой рассказ о встрече и разговоре с Анатолием Ивановичем. Она в это время завершала аспирантуру Ленинградского НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, готовилась к защите кандидатской диссертации. Думаю, не последнюю роль сыграло и отсутствие обещания предоставить нам служебную жилплощадь. Она ещё не освободилась от ощущения радости жить в собственной квартире. Но вскоре я узнал от Владимира Арсеньевича, что Фёдора Михайловича Хитрова переизбрали на очередные пять лет. Это меня не слишком огорчило, так как информация о моей готовности к переезду в случае предоставления ка-

федры просочилась за пределы кабинетов Владимира Арсеньевича и Анатолия Ивановича.

Поступило несколько предложений. Одно из них меня заинтересовало. Это было предложение занять должность заведующего кафедрой хирургической стоматологии Минского государственного медицинского института с предоставлением квартиры в центре Минска. Я дал согласие участвовать в конкурсе. Позвонили из Минска и пригласили приехать на заседание ректората с пакетом всех необходимых документов, включая характеристику, заверенную руководством 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова.

Подписывая мою характеристику, Владимир Арсеньевич сказал, что он сообщил ректору о моих планах. Ректор просил передать, что хотел бы встретиться со мной.

Я записался на приём и передал через секретаря характеристику, подписанную Владимиром Арсеньевичем.

#### **4.2. Кафедра стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии**

Войдя в кабинет, я начал объяснять Владимиру Алексевичу Миняеву причину моего решения о переезде в Минск. Он прервал меня и сказал:

– Михаил Михайлович, я всё знаю о ваших планах от Владимира Арсеньевича. Поэтому сразу скажу: мы не хотим, чтобы молодой, энергичный профессор, воспитанник нашего института уехал от нас. Мы можем предложить вам альтернативное решение – заведование организуемой сейчас кафедрой стоматологии детского возраста. Как вы к этому отнесётесь?

– Владимир Алексеевич, я не стоматолог и не педиатр. Я – выпускник лечебного факультета, челюстно-лицевой хирург.

– Мы это знаем. Знаем и то, что, не имея базовой подготовки по онкологии, вы смогли организовать работу и успешно руководите онкостоматологическим центром Ленинграда. Доцент Лидия Михайловна Клячкина, которая сейчас заведует курсом детской стоматологии, хорошо знает вас по

совместной работе на базе областной клинической больницы, когда вы были в клинической ординатуре. Она уверяет нас, что только вы должны заведовать этой кафедрой. Что касается вашего желания заниматься хирургией, мы предлагаем название «кафедра стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии». Клинической базой кафедры будет отделение челюстно-лицевой хирургии областной клинической больницы, где лечатся дети и взрослые. Что вы скажете по поводу нашего предложения?

– Я должен подумать, посоветоваться с женой, – ответил я.

– Хорошо, подумайте, посоветуйтесь.

В тот же вечер мне позвонила Лидия Михайловна Клячкина. Она была для меня непререкаемым авторитетом и примером для подражания как в профессии, так и в научной этике. Под её руководством я, клинический ординатор первого года обучения, за полгода освоил все операции, которые выполнялись в отделении челюстно-лицевой хирургии Ленинградской областной больницы. Позже я подготовил статью на основе анализа архивных материалов ее клинических наблюдений по лечению остеомиелита верхней челюсти у детей раннего возраста. Она внимательно проверила рукопись статьи, которую ей я передал, но категорически отказалась от соавторства. Это была моя первая статья, опубликованная в журнале «Стоматология».

Перед напором аргументов Лидии Михайловны о целесообразности занять место заведующего организуемой кафедры я не смог устоять и принял решение, которое подарило мне десять самых ярких, самых счастливых лет моей профессиональной жизни.

Переходя на новую кафедру, я попросил у Владимира Арсеньевича разрешения взять с собой двух сотрудников кафедры хирургической стоматологии.

Во-первых, кандидата медицинских наук ассистента Генриха Абовича Хацкевича – первого из студентов стоматологического факультета, пришедшего на кафедру хирургической стоматологии заниматься наукой. Он помогал мне в работе над кандидатской диссертацией. Когда я оказался «исполнительным директором» онкостоматологи-

ческого центра, то пригласил и его работать в челюстно-лицевом отделении онкологической больницы № 8.

Во-вторых, мою первую аспирантку, только что защитившую кандидатскую диссертацию, Татьяну Михайловну Аলেখову. Она во время обучения в аспирантуре тоже работала в челюстно-лицевом отделении онкологической больницы. Вместе мы продолжили исследования проблемы профилактики, лечения и реабилитации больных онкостоматологического профиля.

Спектр преподаваемых на кафедре дисциплин оказался очень широк: детская терапевтическая и хирургическая стоматология, ортодонтия, вопросы первичной стоматологической профилактики, не говоря уже о разделе челюстно-лицевой хирургии. Основными направлениями клинической и научной деятельности кафедры стали проблемы детской стоматологии, профилактика стоматологических заболеваний у детей, преодоление негативного отношения детей к лечению у стоматолога, профилактика и аппаратурно-хирургическое лечение зубо-челюстно-лицевых аномалий развития и деформаций.

Для успешного руководства такой многопрофильной кафедрой мне, выпускнику лечебного факультета, пришлось трансформироваться в детского стоматолога. Непросто это было сделать, но интересно.

Первым шагом моей трансформации стало углубление собственных знаний по педиатрии, чему немало способствовало появление на свет нашей младшей дочери Елизаветы. После ее рождения практическое освоение вопросов педиатрии шло, что называется, «на рабочем месте».

Вторым шагом было решение об обязательном посещении лекций и практических занятий, проводимых преподавателями кафедры. У своих сотрудников я учился ранее незнакомым мне вопросам детской стоматологии и ортодонтии. Изучал новые для меня дисциплины перед приёмом дифференцированного зачёта у студентов по всем разделам стоматологии детского возраста, в ходе научного руководства диссертационными исследованиями.

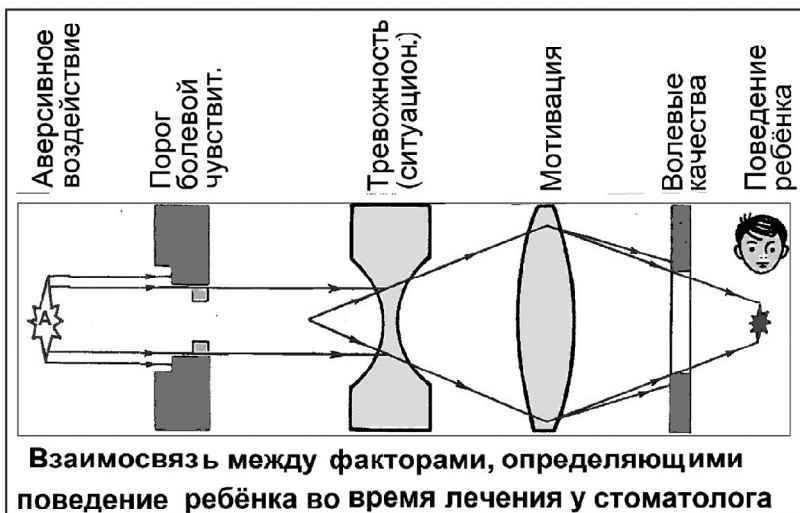
И наконец шагом на пути моей трансформации стало овладение навыками лечения кариеса зубов: сначала – на

фантоме, а затем – у взрослого пациента. В те годы применение анестезии при лечении неосложненного кариеса считалось необоснованным, так что, видя реакцию взрослого человека на мое вмешательство с использованием бормашины, я подумал, что не решусь на подобные манипуляции у детей. Зато я понял, что важным направлением научных исследований сотрудников кафедры должна быть разработка комплексного подхода к профилактике и преодолению негативного отношения детей к лечению зубов.

На первом этапе изучения проблемы «Предупреждение и преодоление негативного отношения детей к лечению у стоматолога» мы пытались выяснить характер взаимосвязи таких коррелятов стресса, как частота пульса, А/Д, частота дыхания, электрокожное сопротивление с выраженностью и характером двигательной активности как проявлениями негативного отношения ребёнка к лечению (вплоть до побега из стоматологического кабинета). Прямой зависимости между ними мы не выявили. Более того, у детей, послушно сидящих в стоматологическом кресле, сильно сжав его подлокотники, и старающихся не мешать врачу в ходе стоматологического осмотра и лечения зубов с использованием бормашины, вегетативные корреляты стресса были наиболее высокими.

Исследование проводилось совместно с фармакологами под руководством академиков АМН СССР профессоров А.В. Вальдмана и Ю.Д. Игнатова. Одна из задач исследования заключалась в изучении влияния транквилизаторов на поведение детей с выраженными проявлениями негативного отношения к лечению у стоматолога. Уточнялись показания к применению транквилизаторов и выбор оптимальной дозировки.

Мы наблюдали, что у некоторых детей приём транквилизатора ухудшал их поведение на приёме у стоматолога, усиливал проявления негативного отношения. Для объяснения разнонаправленного влияния транквилизаторов на поведение детей во время приёма у стоматолога была разработана патогенетическая модель формирования поведения ребёнка в стрессовой ситуации, получившая условное название «Труба» (рис. 1).



*Рис. 1.* Патогенетическая модель формирования поведения детей в стрессовой ситуации при лечении зубов (М.М. Соловьёв, Г.А. Хацкевич)

Результаты этих исследований были обобщены в докторской диссертации Г.А. Хацкевича, шести кандидатских диссертациях и в монографии «Обезболивание при лечении и удалении зубов у детей» (авторы – М.М. Соловьёв, Ю.Д. Игнатов, Г.А. Хацкевич, 1985). О.Ф. Конобевцев.

#### **4. 3. Мечта о создании метода экспресс-диагностики психического состояния больного**

Сравнивая поведение детей во время посещения стоматолога и поведение взрослых онкологических больных, мы находили много общего. Взрослые онкологические больные часто проявляли негативное отношение к медицинскому обследованию и лечению. Под разными предлогами они затягивали посещение врача. Нередко, пытаясь избежать операции, прибегали к средствам народной медицины.

Психологи, к помощи которых мы обращались, не могли предложить нам простые методы экспресс-диагностики

напряжённости психологического состояния таких пациентов, доступные врачу первичного звена, работающему в режиме амбулаторного приёма.

Мои ученики – аспиранты и соискатели, в том числе Т.М. Алехова, В.А. Ольшевский, Т.К. Супиев, А.С. Галяпин, Р. Круопене и другие, занимались совершенствованием диагностики выраженности и структуры соматической составляющей стресса у больных инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации.

Поиск путей экспресс-диагностики психологической составляющей стресса у онкологических больных и больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации пока еще оставался только в перспективных планах.

Но планы эти были неожиданно прерваны в 1987 году тем, что я в шутку называю «длительной командировкой в Москву».

Вскоре после моего 50-летнего юбилея я был назначен заместителем А.Г. Сафонова – председателя комиссии МЗ СССР по проверке ЦНИИС в связи со сложной обстановкой в межличностных отношениях между сотрудниками института. В своём заключении я отметил высокий уровень профессионализма сотрудников института и высказал сожаление по поводу сложной психологической обстановки, сложившейся в институте. Свою миссию заместителя председателя комиссии я считал выполненной. Вернулся в Ленинград готовить Всесоюзный симпозиум по профилактике стоматологических заболеваний у детей. К этому времени в Ленинградской области, главным стоматологом которой я являлся, был накоплен значительный опыт широкомасштабного внедрения стоматологических профилактических программ в детских дошкольных учреждениях и школах. За месяц до начала работы Всесоюзного симпозиума, открытие которого было приурочено к моему юбилею, я получил правительственную телеграмму со срочным вызовом в Москву в связи с решением о моем назначении директором Центрального НИИ стоматологии. Свой день рождения я отмечал в Москве, а на



Всесоюзном симпозиуме по профилактике стоматологических заболеваний у детей присутствовал уже не в роли организатора, а как директор ЦНИИ Стоматологии.

Не скрою, приглашение возглавить ЦНИИ Стоматологии было очень заманчивым. Но и расставаться со своей родной кафедрой, с её дружным коллективом было грустно.

После моего отъезда в Москву кафедру стоматологии детского возраста возглавил доцент Г.А. Хацкевич, который обобщил результаты исследований по проблеме преодоления негативного отношения детей к лечению у стоматолога в своей докторской диссертации. В диссертации он использовал разработанную нами вместе патогенетическую модель формирования поведения ребёнка на приёме у стоматолога. На её основе была разработана методика прогнозирования поведения ребёнка на стоматологическом приёме. Использование её позволяло осуществить персонифицированный подход к преодолению негативного отношения ребёнка к лечению. На базе детской стоматологической поликлиники № 6 был организован кабинет для лечения детей с выраженным негативизмом. Молодые сотрудники кафедры, которые вели здесь лечебный приём, помогли многим маленьким пациентам преодолеть свой страх и завершить санацию без применения наркоза.

Что же касается экспресс-диагностики психологического компонента в структуре общего адаптационного синдрома Ганса Селье у взрослых, мы были на пути к её созданию.

При общении с онкологическими больными мы наблюдали ярко выраженную психологическую составляющую стрессорной реакции на болезнь. У большинства больных одна только мысль об озлокачествлении небольшой язвы, папилломы в области языка вызывала тревогу, снижение трудоспособности, повышенную раздражительность, нарушение сна. После операций по удалению опухоли, ведущих к деформации лица, нарушению жевания, глотания, речеобразования, у больных достаточно ярко проявлялись выраженные поведенческие расстройства, отражающие их тревожно-депрессивное состояние. Часто такие больные искали утешения в употреблении алкоголя, наркотиков, а порой пытались

расстаться с жизнью. Традиционные методы психотерапевтической коррекции в этих случаях были малоэффективны из-за специфики онкостоматологической патологии. Речевой контакт с такими больными был затруднён вплоть до полного отсутствия, особенно после расширенных операций. По той же причине было затруднено общение с такими больными врачами, участвующих в их лечении, реабилитации.

Есть много вариантов определения тех качеств, которыми должен обладать хирург. Мне нравится тот, который принадлежит святителю Луке (в миру – врачу-хирургу профессору Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому):

*Хирург должен иметь глаз орла, сердце льва и руки женщины.*

Острота зрения в годы активной хирургической практики никогда меня не подводила. Что касается рук, я постоянно тренировал их «женским» рукоделием: вязал варежки крючком и спицами, вышивал крестиком и гладью. Начиная со студенческих лет и позже, уже будучи опытным хирургом, постоянно оттачивал мануальные навыки по выполнению отдельных этапов различных операций на самодельных тренажёрах. А вот львиным сердцем я явно не обладаю: жалобы и переживания пациента всегда вызывают во мне острое чувство сострадания, желание помочь. А как помочь больному с нарушением речи, который не в состоянии рассказать врачу, что его беспокоит, волнует, страшит, сообщить что, где и как болит? По мере накопления опыта общения с такими больными наметились пути поиска ответов на эти вопросы.

Такой «момент истины» я испытал в мае 1986 года. Дело было так.

Я только что вышел из операционной, где мои коллеги Г.А. Хацкевич и Т.М. Алехова завершают операцию по поводу распространённой злокачественной опухоли с поражением языка, нижней челюсти, метастазами в лимфатические узлы шеи у мужчины 48 лет.

Через 20 минут начало моего консультативного приёма. Сейчас я сделаю короткую гимнастику (50 приседаний и вращений головы) и успею выпить чашку крепкого чая.

Подхожу к кабинету, перед которым несколько больных уже ожидают начала приёма. Со стула поднимается и делает шаг навстречу мне женщина. Нижнюю часть её лица закрывает марлевая маска. Глаза приветливо «улыбаются», открытая часть лица – с признаками легкого макияжа. Брючный костюм с белой блузкой подчёркивают стройность фигуры. В одной руке она держит сумочку-портфель, в другой – сложенную в несколько слоёв белую салфетку.

Я улыбаюсь ей и, обращаясь по имени – отчеству, прошу подождать пару минут, пока я переоденусь.

Улыбка на моём лице – это один из способов выразить доброжелательное отношение к больному, сформировать доверительные отношения между нами. Этому меня, студента 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, учили в институте на кафедрах пропедевтики внутренних болезней и госпитальной терапии. Хотя мне не до улыбки. В памяти всплывает картина первой встречи с больной около года тому назад.

Мне позвонила бывшая студентка, работающая в другом городе, с просьбой проконсультировать её родственницу, женщину 35 лет, мать двоих детей.

По поводу распространённой злокачественной опухоли языка она была оперирована, затем получила послеоперационный курс лучевой терапии. Спустя 2 месяца у неё обнаружили метастаз опухоли на шее. Предложили удалить его. От операции больная категорически отказалась. Находилась в крайне подавленном состоянии. Пыталась покончить с собой.

Ко мне на консультацию больная приехала в сопровождении мужа. Муж рассказал, что больше всего жена мучается из-за нарушения речи. При разговоре слюна вытекает у неё изо рта. Она начинает нервничать, плакать. Из-за этого дети стараются лишней раз не обращаться к ней с вопросами. По существу, прекратили общение.

В объективности оценки ситуации, данной мужем, я убедился, попытавшись выяснить у самой больной, что её больше всего беспокоит. И без того неразборчивая, её речь стала совсем невнятной из-за того, что она, боясь вытекания

слюны, прикрывала рот салфеткой. Желая ей помочь, я пытался догадаться о содержании ответов. Говорил, что понял ее мысль, и озвучивал свою версию её слов. Она жестами показывала, что я неправильно понял её. Тогда я предложил ей написать ответы на мои вопросы, протянул лист бумаги и карандаш. Но больная была уже слишком расстроена. Руки у неё дрожали, слёзы и слюна капали на бумагу. Я был вынужден прервать попытку беседы.

Так как у больной прощупывался на шее плотный узел (метастаз опухоли), я предложил ей выполнить в течение следующего дня необходимые анализы и дома в спокойной обстановке описать то, что её беспокоит.

Через день больная снова пришла на прием. Вместе с результатами анализов она вручила мне три листа бумаги, заполненные с двух сторон неразборчивым почерком. Для того чтобы разобрать этот текст, мне потребовалось бы не менее четверти часа.

Я ознакомился с результатами анализов, осмотрел больную и высказал свое мнение о целесообразности операции по удалению узла на шее.

– Можно ли оперировать больную у вас? – задал вопрос муж больной.

– Да, можно. Сейчас я напишу свое заключение, а на оставшейся «чистой» части листа прошу пациентку кратко сформулировать те жалобы, которые она описала на трёх листах. Это необходимо для того, чтобы врач приёмного покоя смог быстро включить эти сведения в историю болезни».

Я передал больной лист, одна сторона которого была занята описанием результатов ультразвукового исследования, а на другой стороне было написано моё консультативное заключение с направлением на госпитализацию. Свободного места на странице оставалось совсем немного. Позже, просматривая историю болезни перед операцией, я обнаружил, что содержание своего шестистраничного письма она изложила под моим заключением в девяти предложениях неразборчивым почерком.

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Помимо традиционного для онкологических больных лечения, ей были назначены занятия по миогимнастике с использованием биологической обратной связи с целью улучшения функции круговой мышцы рта.

И сейчас мы встречаемся с ней через 9 месяцев после операции удаления метастазов. Моя помощница приглашает больную и ее мужа войти в кабинет. Я уже отметил, что внешний вид больной мне понравился. Войдя в кабинет и улыбаясь, она протягивает мне нашу выписную справку после госпитализации. На оборотной стороне она, уже по собственной инициативе, написала, что её беспокоит в настоящее время:

1. Нарушение речи, хотя родные стали лучше ее понимать.

2. Слюнотечение во время еды. В покое и при кратком разговоре она научилась удерживать слюну во рту.

3. Беспокоят боли в плече, слабость мышц руки. Приходится делать зарядку, иногда принимать обезболивающие.

4. Беспокоит сухость во рту.

5. Переживаю, что не могу помочь делать уроки младшей дочке-первокласснице.

6. На предприятии директор предложил работу на компьютере с укороченным рабочим днём. Можно?

7. Очень боюсь повторения опухоли, метастазов. Думаю об этом постоянно. Жду, что Вы скажете.

8. Муж стал спокойнее.

9. Что надо делать, чтобы не заразить опухолью детей, мужа?

Читаю и думаю: как эти краткие формулировки позволили мне теперь легко и быстро понять переживания больной. А ведь нам, врачам, нередко приходится встречаться с больными, речевой контакт с которыми невозможен: глухонемыми больными, больными, оперированными по поводу опухолей гортани, больными, страдающими резко выраженным заиканием, больными с нарушением речи после инсультов головного мозга. А каково участковому терапевту, которому на

приём амбулаторного больного выделено менее 15 минут. За это время врач должен познакомиться с больным, подождать, осмотреть, выслушать его, сделать запись в истории болезни, информировать больного о его заболевании (диагнозе), назначить лечение, разъяснить, как надо выполнять рекомендации. И это при том, что среди пациентов встречаются и больные с психосоматическими расстройствами, требующие к себе особого внимания. Не получив желаемого, они склонны идти на конфликт с врачом, писать жалобы.

Неплохо бы поделиться с врачами моим опытом быстрого и простого получения письменной информации от «сложных» больных об их соматических, психологических, социально-экономических проблемах и жалобах.

Так рождалась гипотеза, которая спустя более 30 лет трансформировалась в концепцию Синдрома ПСАФ аутодезадаптации (душевного дискомфорта) и методику экспресс-диагностики ПСАФ АДА. Но работу по созданию этой концепции пришлось временно прервать в связи с командировкой в Москву.

#### **4.4. Работа директором ЦНИИ Стоматологии (Москва)**

Москва и ЦНИИ Стоматологии встретили меня хорошо, подчеркнуто дружелюбно. Мне удалось сравнительно быстро улучшить психологический климат в коллективе, смягчить трения, существовавшие между отдельными группами сотрудников. За всё время моего пребывания в Москве лишь одна жалоба поступила в ЦК КПСС от сотрудницы института, которая находилась под наблюдением психоневрологического диспансера.

Но не обошлось и без неожиданностей для меня принципиального характера. Одновременно с вручением выписки из приказа МЗ СССР о назначении директором ЦНИИС, мне было передано для ознакомления и исполнения решение Коллегии МЗ СССР о реорганизации ЦНИИС – выведение клиники челюстно-лицевой хирургии в одну из многопрофильных больниц Москвы. Такое решение для меня, че-

люстно-лицевого хирурга, явилось личной трагедией. Позднее с моим участием многопрофильная больница в Москве была найдена – госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны в 20-25 километрах от ЦНИИС.

Поэтому я решил вернуться в Ленинград, в alma mater. Но прежде, как когда-то советовал мне Владимир Арсеньевич Дунаевский, предстояло поработать в полную силу, показать себя, подготовить достойного преемника на должность директора ЦНИИС. И только после этого сообщить министру о своем намерении вернуться в Ленинград.

За два года работы директором при моём активном участии была разработана программа комплексного развития стоматологии в СССР на очередные десять лет.

Зона апробации и внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей, разработанная сотрудниками ЦНИИС, была существенно расширена – от одного Центрального района Москвы – до всех районов Москвы 1988 года.

Благодаря активной работе профессора Константина Валерьевича Леонтьева начали формироваться устойчивые связи между структурными подразделениями «НПО стоматология», возросло организационно-методическое руководство этими структурами со стороны ЦНИИС. Были проведены съезды, конференции в Новосибирске, Тбилиси, Одессе.

На ВДНХ (выставка достижений народного хозяйства) экспонировалась продукция «НПО Стоматология»: зубоучебные материалы, инструменты, передовые по тому времени технологии и т. д.

В 1989 году на Коллегии МЗ СССР обсуждалась деятельность «НПО Стоматология» и ЦНИИ Стоматологии по выполнению стоящих перед ними задач. К этому отчёту мы готовились очень тщательно. В заключительном выступлении министр МЗ СССР Е.И. Чазов дал высокую оценку нашей работе. В приподнятом настроении сотрудники института покидали зал заседаний Коллегии, поздравляя меня по дороге. Я же задержался, прошёл в приёмную министра и

стал ждать его. Вскоре Евгений Иванович вышел, одеваясь на ходу. Увидев меня, он приветливо улыбнулся и спросил:

– Ну как настроение?

– Настроение хорошее, Евгений Иванович, но я хотел бы обсудить с вами один личный вопрос. Могли бы вы принять и выслушать меня?

– Конечно, могу, Михаил Михайлович. Но сейчас я тороплюсь. А завтра приходите полдевятого. За чаем мы и поговорим.

На следующий день ровно полдевятого я пришёл в приёмную. Из кабинета министра вышла женщина с пачкой документов в руках, поздоровалась со мной и сказала:

– Михаил Михайлович, проходите. Евгений Иванович ждёт вас.

Поздоровавшись, я спросил:

– Евгений Иванович, я хотел бы знать вашу оценку моей деятельности в должности директора ЦНИИС, особенно услышать замечания критического, конструктивного характера.

– Михаил Михайлович, свою положительную оценку вашей деятельности я высказал вчера на заседании Коллегии. Замечаний критического характера в ваш адрес у меня пока нет. О вас хорошо отзываются сотрудники института и Министерства. ЦНИИС наконец-то занял высокое место в социалистическом соревновании среди НИИ Центрального района Москвы. Прекратился поток жалоб. Поэтому, Михаил Михайлович, продолжайте спокойно работать.

– Евгений Иванович, мне было очень важно услышать вашу оценку моей работе в Москве. Но я принял обдуманное решение вернуться в Ленинград. А на своё место – место директора ЦНИИС, я бы рекомендовал профессора Валерия Константиновича Леонтьева.

Я передал Евгению Ивановичу моё заявление с рекомендацией назначить моим приемником профессора В.К. Леонтьева. Позволю себе опустить содержание диалога между Евгением Ивановичем и мною. Отмечу лишь, что через месяц я приехал из Ленинграда в Москву и вновь встретился с Ев-



гением Ивановичем для того, чтобы уточнить процедуру возвращения квартиры, которая была предоставлена мне как директору ЦНИИС. Евгений Иванович выслушал меня и сказал;

– Михаил Михайлович, вы помогли разрешить очень важный для нас вопрос. Мы благодарны за это вам. О квартире не беспокойтесь. Если у вас возникнут трудности с обменом вашей московской квартиры на ленинградскую, мы поможем вам в решении этого вопроса.

Ещё через месяц Евгений Иванович помог получить новые стоматологические установки, инструменты, материалы для стоматологического факультета 1-го ЛМИ им. академика И.П. Павлова и наших учебных клинических баз.

## **V ГЛАВА. Свершение мечты о профессиональном и семейном благополучии**

### **5. 1. Возвращение в Ленинград, в Alma mater на кафедру хирургической стоматологии 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова**

В начале 1989 года по приглашению ректора Николая Антоновича Яицкого и Владимира Арсеньевича Дунаевского я вернулся в Alma mater на должность профессора кафедры хирургической стоматологии 1-го ЛМИ – 1-го СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. На следующий год Владимир Арсеньевич собирался передать заведование кафедрой мне, т.е. осуществить ротацию. Так он и сделал.

Время было сложное. В стране происходила смена политического и социально-экономического строя. Для меня это были годы интенсивной работы, требующей полной отдачи и постоянного пребывания в состоянии стресса–адаптации, приспособления к работе клиники и кафедры в условиях экономического кризиса.

Работа в должности директора ЦНИИ стоматологии обогатила меня знаниями новых перспективных технологий в стоматологии, позволила установить добрые партнёрские отношения с руководителями ряда научно-исследовательских институтов, научно-технических центров.

Всё это пригодилось при формировании и реализации планов научно-исследовательской работы кафедры. В эти годы нами при активном участии к.х.н. Людмилы Григорьевны Владимировой была создана отечественная композиция гидроксилapatита с коллагеном под названием «Стимул-осс», налажен её промышленный выпуск на Лужском комбинате «Белкозин».

Совместно с НПО «Азимут» мы разработали систему внутрикостных дентальных имплантатов из корундовой керамики, а также керамические имплантаты отдельных фрагментов лицевого скелета человека.

Обновляющийся коллектив кафедры активно занимался учебно-методической работой. Вышли в свет методические пособия «Пропедевтика хирургической стоматологии», «Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи», которые остаются востребованными и в настоящее время (переиздаются с дополнениями в 6-7-й раз).

В условиях жесточайшего экономического кризиса особые трудности испытывали клиники института. Поэтому мы искали дополнительные источники финансирования. В первую очередь такими источниками были платные услуги по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. В связи с этим существенно расширился список платных операций по поводу дефектов, врождённых и приобретённых деформаций лица и тела, возрастных изменений кожи лица, зубочелюстно-лицевых аномалий.

Проводили платные курсы первичной специализации стоматологов по зубному протезированию с опорой на дентальные имплантаты, платные консультации. Искали и находили среди больных спонсоров, готовых оказать помощь в приобретении аппаратуры, инструментов, в ремонте протекавшей крыши клиники.

Но всё же приоритетным объектом моего внимания оставались больные онкологического профиля. Опыт получения информации об их соматическом и психическом состоянии в письменном виде помогал мне формировать доверительные отношения с ними. Использовал я этот опыт и при общении с больными, страдающими другими видами нарушения речи. На консультативном приёме и в клинике среди госпитализированных больных часто стали встречаться «жертвы перестройки» – безработные, пожилые и старики, существующие на минимальную пенсию. Особенно в тяжёлом положении оказалась интеллигенция, представители творческих, инженерно-технических специальностей, страдающие не только из-за материальных трудностей, но и в связи со снижением, утратой своего социального статуса. Медицине ещё не был известен биопсихосоциальный подход к диагностике и лечению больного, но реалии жизни заставляли врачей учитывать

не только характер, тяжесть соматической патологии, но и состояние психики больного, его социально-экономический статус при решении вопроса, где лечить, какие лекарства рекомендовать. Я помню нескольких пожилых женщин, обращавшихся ко мне за консультацией, которые после того как я передавал им рецепт на лекарство, доставали мешочек или пластиковый пакет. Смущаясь, они показывали содержимое пакета – лекарственные упаковки, и говорили: Доктор, можно я буду принимать что-нибудь из этих лекарств, оставшихся у нас со старых добрых времен. А то у меня денег нет, нечем за газ и электричество платить.

Постоянно появлялись люди у бачков с пищевыми отходами в поисках пропитания. Это были не те истощённые люди, каких я ребёнком видел в блокадном Ленинграде. Но это были люди, «раздавленные перестройкой».

И всё же, несмотря на экономические трудности, сложную внутриполитическую обстановку в стране, этот период работы в Университете после возвращения из Москвы я воспринимал и продолжаю воспринимать как время свершения моей мечты о профессиональном и семейном благополучии.

Во-первых, поработав два года на «периферии» – в Москве, я понял, как дорог мне мой родной, любимый Ленинград. Интересно, раньше, когда хотели подчеркнуть высокие морально-этические качества ленинградцев, говорили: это истинные петербуржцы. Теперь в качестве комплимента говорят: это настоящие ленинградцы. Этим я никак не хочу принизить достоинств москвичей. До командировки в Москву и после возвращения в Ленинград я всегда ощущал при встрече с москвичами доброе, уважительное отношение к себе, готовность помочь в разрешении моих проблем.

Во-вторых, после возвращения в Ленинград у меня появилась возможность существенно расширить диапазон моей хирургической активности в области реконструктивно-восстановительной, эстетической хирургии. Появилась возможность привлекать молодых энергичных сотрудников клиники и

аспирантов к решению тех задач в области инфекционно-воспалительной патологии, травматологии, имплантологии, гнатической хирургии, которые интересовали меня раньше, но заняться их решением тогда не было возможности.

В-третьих, мы с Мариной Суриной радовались успехам наших детей. Все они в эти годы успешно закончили 1-й ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, получили «красные дипломы». Продолжили обучение в клинической ординатуре, аспирантуре. Защитили кандидатские диссертации. А наша старшая дочь Аня защитила и докторскую диссертацию, заведовала кафедрой стоматологии усовершенствования врачей при Управлении делами Президента. Появились внучки и внуки. Но главное, сбылась моя мечта о большой дружной семье.

## **5.2. Подготовка преемника на должность заведующего кафедрой**

В 1996 году Университет отметил мой 60-летний юбилей. Это означало, что мне пора не только думать, но и активно готовить смену себе — искать преемника на должность заведующего кафедрой. Первым по моему совету запланировал докторскую диссертацию доцент кафедры Николай Викторович Калакуцкий. Он недавно защитил кандидатскую диссертацию по замещению обширных дефектов нижней челюсти сложными лоскутами на осевых сосудах или ревазуляризованными трансплантатами с использованием микрососудистой техники.

Мы оперировали больных вместе с ним двумя бригадами. Я удалял опухоль, Николай Викторович выполнял первичную пластику — замещал дефекты костных и мягких тканей различными вариантами сложных лоскутов. Так как я планировал уйти с должности заведующего кафедрой в 70 лет, то форсировал работу Николая Викторовича над диссертацией.

В 2004 году Н.В. Калакуцкий завершил и успешно защитил докторскую диссертацию «Костная пластика нижней челюсти васкуляризованными аутооттрансплантатами». Это

позволило мне в 2005 году, когда истекал срок моего пятилетнего контракта, сказать в разговоре с ректором университета Николаем Антоновичем Яицким, что я подготовил себе замену — прекрасного хирурга, доктора медицинских наук доцента Н.В. Калакуцкого.

— А что, вы сами перестали оперировать? — спросил меня Николай Антонович.

— Опирирую три дня в неделю, — ответил я.

— Вот и оперируйте и заведуйте кафедрой. К вам у нас претензий нет.

Глядя на Н.В. Калакуцкого, о своём желании работать над докторскими диссертациями сообщили мне двое сотрудников нашей кафедры: к.м.н. Раад Зиад Касем и к.м.н. Андрей Русланович Андреищев. Я одобрил их намерения, но предупредил, что официально планировать их диссертации пока не будем. Когда они «погрузятся» в тему своих исследований, выполнят предполагаемый объём исследования на 50% и опубликуют первые результаты исследования, вот тогда они выступят на проблемной комиссии. Тогда же мы утвердим точные сроки завершения работы над диссертациями. Они с энтузиазмом работали по теме своих будущих диссертаций. Я старался, как мог, помогать им. Свои желания и планы они успешно осуществили, но...

Но тут случилось то, что когда-то случилось со мной. В 1965 году после защиты кандидатской диссертации мой официальный оппонент профессор Борис Дементьевич Кабаков посоветовал мне продолжить заниматься научной работой. Я послушался его совета и начал незапланированную поисковую работу, при том, что у двух сотрудников кафедры были запланированы докторские диссертации. Когда на кафедре сложилась ситуация, требующая появления молодого доктора медицинских наук, мне предоставили шестимесячный творческий отпуск, к концу которого я должен был сдать в Научный совет института завершённую докторскую диссертацию.

Нечто подобное случилось у нас на кафедре и в этот раз. Молодой, энергичный доцент кафедры Андрей Ильич Ярёмченко сразу же после защиты кандидатской диссертации

продолжил работу над докторской. Мне было приятно, что его исследование было посвящено изучению проблемы, которой я занимался раньше, — изучению роли гуморальных факторов в патогенезе деструктивных форм остеомиелита челюстей через механизмы иммунитета. В 2007 году он защитил докторскую диссертацию на тему: «Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп (клинико-экспериментальное исследование)».

Работу над докторской диссертацией он успешно сочетал с общественной работой. Был профоргом нашей кафедры. Организовывал незабываемые экскурсии по примечательным местам Ленинградской области, весёлые новогодние праздники с инсценировками, в которых сам принимал участие. К тому же он был деканом стоматологического факультета. Поэтому когда истекал в 2010 году срок моего очередного контракта, я без колебаний рекомендовал Андрея Ильича на должность заведующего нашей кафедрой. И не ошибся.

Что касается наших двух докторантов — З.К. Раада и А.Р. Андреищева, они полностью выполнили свои планы работы над докторскими диссертациями, успешно защитили их.

Переход с должности заведующего кафедрой на должность профессора кафедры не был для меня тягостным событием. Я давно его ждал, готовился к нему. Мечтал, как освободившись от административной работы, закончу цикл исследований по функциональной анатомии лица — обобщу в виде коллективной монографии материалы трёх кандидатских диссертаций.

## **VI ГЛАВА**

### **Вдогонку за новой мечтой. Концепция ПСАФ аутодезадаптации**

Но вначале надо было привести в порядок кафедральную документацию, документацию проблемной комиссии, диссертационного совета Университета, председателем которых я был.

В ходе проверки документов в журнале регистрации заседаний проблемной комиссии был обнаружен лист бумаги, так называемый черновик со списком возможных кандидатов на утверждение темы диссертационного исследования. В этом списке была фамилия выпускника нашего Университета, гражданина Ливана Алекса Клемент (Alex Clement), который женился на гражданке СССР и после окончания нашего Университета уехал на постоянное жительство и работу во Францию. Через несколько лет он приехал в СССР и обратился ко мне с просьбой помочь ему с выбором темы научной работы, которая могла со временем завершиться защитой кандидатской диссертации.

Мы составили аннотацию и план работы. После этого он вернулся во Францию.

Каждый год Алекс Клемент, поздравляя меня с Рождеством и днем рождения, сообщал, что работает по теме диссертации.

Приближался мой юбилей и переход с должности заведующего кафедрой на должность профессора. В связи с этим я позвонил ему и предложил прислать мне отчет о научной работе с предварительными выводами.

#### **6.1. Результаты анализа, осмысления клинических наблюдений Алекса Клемент**

Через некоторое время Алекс Клемент сообщил мне, что результаты исследования не подтвердили предполагаемые выводы. Это был удар по моему самолюбию. Я подготовил



более 60 кандидатов медицинских наук и за всё время только две аспирантки не завершили работу над диссертациями, да и то по семейным обстоятельствам. Я попросил его прислать мне первичную документацию.

Оказалось, что Алекс Клемент не смог обеспечить обследование больных в запланированном объёме.

Прислал он мне лишь 267 карт пациентов с результатами самооценки выраженности припухлости (асимметрии лица), ограничения открывания рта, боли в покое, и во время глотания, а также ортопантограммы и протоколы операций по удалению нижних третьих моляров.

Был период летних каникул, и я целый месяц занимался анализом 267 карт самооценки пациентами своего состояния после операции. Постепенно у меня стали складываться комбинации из отдельных фрагментов работы, как это бывает при игре в пазлы. Появился интерес к анализу данных, полученных соискателем. Но самое главное, я понял, почувствовал, как важно мне, хирургу-клиницисту, знать и учитывать данные самооценки пациентом его состояния. Это и явилось тем внешним фактором, тем катализатором пробуждения во мне интереса к продолжению поиска способа быстрой оценки состояния пациента, которое я на этом этапе работы называл состоянием внутреннего дискомфорта, затем — ПСАФ дезадаптацией, а в конце концов — ПСАФ аутодезадаптацией.

Результаты осмысления данных, полученных Алексом Клементом у 267 оперированных им больных, стали в дальнейшем предметом наших совместных публикаций и выступлений с докладами в России.

Данные проведённого анализа клинических наблюдений, опубликованные в России материалы, проверенный вариант диссертации и автореферата я передал Алексу Клементу для использования по его усмотрению.

## **6.2. Первая дискуссия о «Синдроме ПСАФ дезадаптации» в декабре 2012 года, первые публикации в журналах**

Первое выступление с нашим совместным докладом «Синдром ПСАФ дезадаптации» состоялось 25 декабря 2012 года на заседании научного общества челюстно-лицевых хирургов Санкт-Петербурга.

На следующий год появились первые публикации в научных журналах:

*Соловьёв М.М., Alex Clement, доц. Соловьёв М.М.* Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. Volume 19, № 1, 2013. С. 25-28.

*Соловьёв М.М., Фадеев Р.А., Исаева Е.Р., Алекс Клемент.* Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологической практике // «Институт стоматологии» №4, 2013, С. 22-24.

## **6.3. Факторы, способствовавшие ускоренной разработке и внедрению Концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации**

Важным шагом на пути создания концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации явилась моя встреча с ректором нашего Университета академиком РАН профессором Сергеем Фёдоровичем Багненко. К этой встрече я подготовил служебную записку-аннотацию и статью, принятую к публикации в журнал «*Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*».

Сергей Фёдорович внимательно выслушал меня, прочитал служебную записку, аннотацию, статьи. Задумался. Потом говорит:

— Михаил Михайлович, я как врач чувствую и понимаю, что то, чем вы занимаетесь, интересно и полезно для

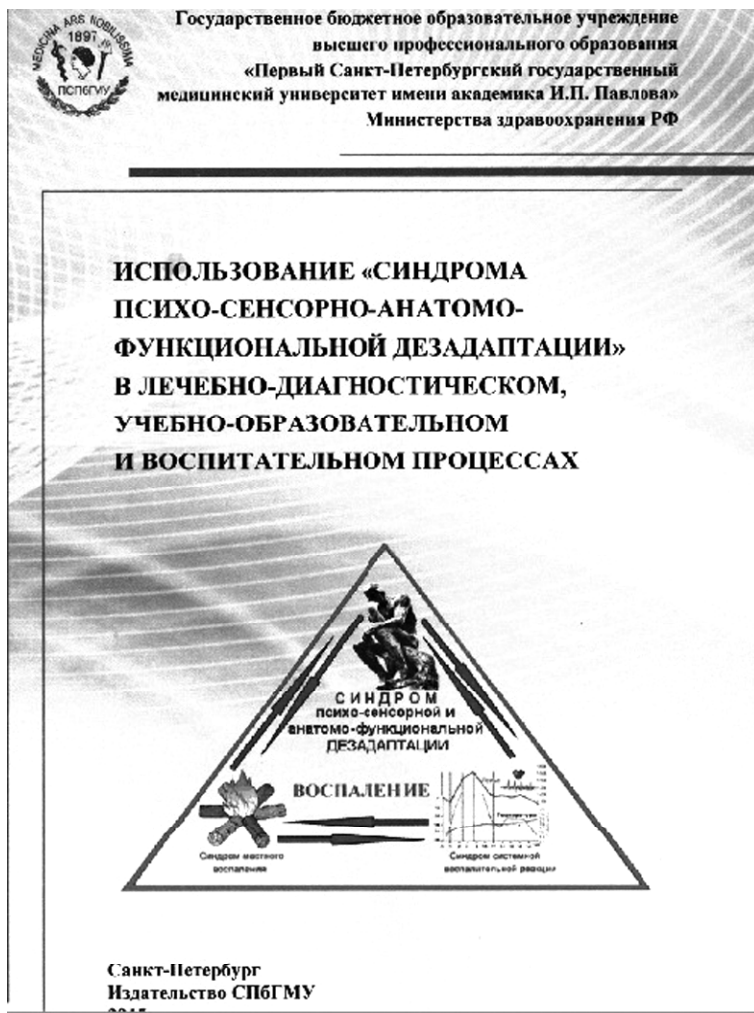
медицины. Но я не считаю себя компетентным в вопросах психологии, поэтому предлагаю встретиться нам вместе с профессиональным психологом — заведующей кафедрой общей и медицинской психологии профессором Еленой Рудольфовной Исаевой и обсудить эту проблему. А пока я советую вам познакомиться с профессором Сергеем Александровичем Парцерняком. Он председатель секции интегративной медицины научного общества терапевтов Санкт-Петербурга. Думаю, такое знакомство будет интересно, полезно вам и ему.

Сергей Фёдорович тут же позвонил профессору Парцерняку, кратко и чётко рассказал ему о сути нашего проекта и передал смартфон мне. Мы договорились с Сергеем Александровичем встретиться у нас на кафедре через неделю. А уже спустя 5 месяцев мы выступили на секции интегративной медицины с докладом «Диагностика ситуационной аутодезадаптации у пациентов, страдающих канцерофобией, на стоматологическом приёме (методика первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации с использованием Синдрома ПСАФ аутодезадаптации)».

Проректор по учебной работе нашего Университета Андрей Ильич Ярёмченко тоже проявил интерес к концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. Его заинтересовала возможность раннего формирования у студентов навыка системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья пациента с использованием концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации. Это было время модернизации учебного процесса в России, переход на модульную систему образования. Поэтому Андрей Ильич провёл совещание с клиницистами, психологами нашего Университета и поставил перед нами задачу — подготовить к Всероссийскому совещанию деканов стоматологических факультетов в Санкт-Петербурге проект учебного модуля: «Модель формирования целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования».

В 2015 году было издано методическое пособие для преподавателей, врачей и студентов «Использование Синдрома

психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах / М.М. Соловьев [и др.]; под редакцией С.Ф. Багненко, А.А. Скоромца, А.И. Ярёмченко, СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. — 36 с. (рис. 4).



В предисловии к нему Ректор 1-го СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова академик РАН профессор С.Ф. Багненко написал следующее:

«Основная задача медицинского вуза – подготовить врача, гармонично сочетающего в себе знание, умение, владение инновационными технологиями и методами позитивного воздействия на психологическое состояние больного.

В основе этих методов позитивного воздействия на психологическое состояние больного лежит способность врача правильно оценить психологический статус пациента и степень влияния на этот статус имеющегося заболевания. Для правильной оценки степени психологической дезадаптации пациента важнейшую роль играет понимание врачом уровня самооценки психологической аутодезадаптации, которую даёт себе сам больной. В пособии предложена методология указанной самооценки и последующей работы врача с полученными результатами. Полагаю, что правильное понимание роли «синдрома ПСАФ аутодезадаптации» и возможностей его коррекции — одно из важных направлений повышения удовлетворённости пациента качеством медицинской помощи, формирования личности современного врача».

Благодаря взаимопониманию со стороны наших психологов проф. Нины Павловны Ванчаковой, проф. Елены Рудольфовны Исаевой, д.психол.н. Елены Евгеньевны Малковой, декана стоматологического факультета д.м.н. Татьяны Борисовны Ткаченко, заведующей кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии проф. Людмилы Юрьевны Ореховой и активному участию студентов стоматологического факультета, работа над проектом продвигалась успешно.

Каждый год в Университете проводились симпозиумы, посвящённые концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. В них принимали активное участие сотрудники и студенты других Университетов Санкт-Петербурга, Оренбурга, Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. В разработке, апробации концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации активно участвовали члены моей семьи.

Жена Карина Суреновна (ведущий научный сотрудник детского научно-исследовательского ортопедического института им. И.Г. Турнера) ) была цензор-редактором. Первой читала рукописи статей, докладов, монографий, вносила необходимые коррективы. Она умело формировала доброжелательные отношения между членами нашей семьи. Всегда подчёркивала уважительное отношение к сотрудникам кафедры, аспирантам, соискателям, студентам, которые часто бывали в нашем доме. Благодаря ей, в нашей семье царила и продолжает оставаться атмосфера дружного дискуссионного клуба. Этому способствует и то, что все мы — однокашники — выпускники 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. У нас много совместных докладов, публикаций. Моему сыну к.м.н. Соловьёву Михаилу Михайловичу принадлежит авторское право на окончательную редакцию названия Синдрома ПСАФ.

Наша младшая дочь, к.м.н. Елизавета Михайловна первой провела апробацию методики первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в стоматологическом центре «СТОМУС», сформулировала суть задачи, которая ставится перед пациентом в самом начале исследования, сформулировав её как «Исповедь больного перед врачом». Своё толкование понятия внутреннего дискомфорта или аутодезадаптации она отразила в серии графических рисунков, используемых нами в докладах, лекциях, публикациях и в этой книге.

Старшая наша дочь д.м.н. Анна Михайловна — наш семейный энциклопедист. Её призвание как врача — эндодонтия. Второе её призвание — организация стоматологической службы, подготовка врачей-стоматологов. Хорошо зная проблемы практической стоматологии, она активно участвовала в обсуждениях идеи создания метода экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации как способа снижения вероятности возникновения конфликтной ситуации между пациентом и врачом.

## 6.4. Пандемия COVID-19

Традицию ежегодного проведения симпозиумов не нарушила и пандемия Covid-19. Учитывая эпидемиологическую обстановку в стране, было решено провести симпозиум «Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации» дистанционно – в режиме online.

### **ОБРАЩЕНИЕ к участникам проекта «Развитие концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации»**

Дорогие друзья, коллеги, в тяжёлые годы Великой Отечественной войны Дмитрий Дмитриевич Шостакович создал гениальную седьмую «Ленинградскую», симфонию,

Ольга Фёдоровна Берггольц написала реквием Ленинграду – «Ленинградскую поэму». В тяжелейших условиях блокады учёные Ленинграда делали открытия, создавали новые технологии, новые лекарственные препараты, позволившие не только выжить, но и победить врага.

Предлагаем вам обсудить идею проведения СИМПОЗИУМА в условиях пандемии Covid-19 дистанционно, в режиме online.

*Из публикации в газете Пульс*

Меморандум о трёх заочных сессиях дистанционного симпозиума.

– В разгар пандемии COVID-19 инициативная группа клинических ординаторов и студентов нашего Университета (Михаил Чуркин, Артём Павлов, Богдан Попов, Анна Гришина, Полина Кобрина) предложила провести запланированный симпозиум дистанционно.

Первая заочная сессия была посвящена обсуждению принципов распределения 456 жалоб исследуемых по четырём кластерам Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

Вторая сессия – обсуждению 16 докладов (тезисов), поступивших в оргкомитет симпозиума.

Третья сессия – знакомству всех участников симпозиума с рецензиями экспертов-профессоров и взаимно-перекрёстными рецензиями докладчиков.

В работе симпозиума приняли участие в качестве рецензентов: проф. Потапчук А.А., проф. Соловьёв М.М., проф. Горбачёва И.А., проф. Парцерняк С.А., проф. Хацкевич Г.А., проф. Рузин Г.П., доц. Шабак-Спасский П.С., доц. Николаева Л.А., доц. Красильникова Н.В., асс. Сакович А.А., асс. Галяпин А.С.

В марте 2020 под председательством профессора С.А. Парцерняка должно было состояться заседание секции интегративной медицины научного общества терапевтов Санкт-Петербурга им. С.П. Боткина. В программу заседания секции было включено два доклада по проблеме системного БПС подхода в медицине с участием профессоров, аспирантов, клинических ординаторов и студентов нашего Университета.

По той же причине его тоже решили перенести на осень и провести в дистанционном режиме online.

13 октября 2020 года заседание секции интегративной медицины состоялось. Вот что сообщалось по этому поводу в университетской газете «Пульс».

13 октября 2020 года состоялось дистанционно в режиме online ранее отложенное из-за пандемии COVID-19 заседание секции «Интегративная медицина» Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина, посвящённое проблеме совершенствования системного интегративного биопсихосоциального подхода в медицине.

Инициаторами и организаторами проведения заседания стала группа клинических ординаторов и студентов ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Председатель секции интегративной медицины профессор Сергей Александрович Парцерняк, возглавляющий «Covid-центр» городской больницы № 15 Санкт-Петербурга, рассказал об использовании принципов интегративной медицины в диагностике и лечении больных с ковид-ассоциированной полиморбидной патологией. Затем он информировал участников online конференции о содержании, итогах этого симпозиума и продемонстрировал краткие резюме в виде анонса участников симпозиума и членов оргкомитета.



Доклад «Единое масштабирование показателей выраженности реакций и состояний организма — путь к междисциплинарной интеграции при обследовании больного» был представлен большой группой авторов (М.М. Соловьёв, С.А. Парцерняк, И.А. Лебедева, М.Б. Кадыров, Г.Н. Маградзе, М.А. Чуркин и др.), разрабатывающих эту проблему в разных медицинских учреждениях Санкт-Петербурга. Выступившая с докладом к.м.н. И.А. Лебедева рассказала о сути единого масштабирования, основанного на использовании понятийно-балльной шкалы оценок. Она продемонстрировала на данных анализа клинических наблюдений, что применение единого масштабирования различных функциональных параметров в рамках поли-морбидности способствует более точной диагностике и прогнозированию течения заболевания.

Студенты стоматологического факультета Н.П. Гришина и Б.А. Попов представили доклад-презентацию «Выраженность и структура ПСАФ аутодезадаптации у обследованных лиц молодого и пожилого возраста». Они продемонстрировали ценность методики для выявления индивидуальных особенностей выраженности и структуры аутодезадаптации.

Председатель секции интегративной медицины проф. С.А. Парцерняк, выступая с заключительным словом, сказал следующее:

— Я испытывал чувство удовлетворения, внимательно наблюдая за работой студентов, клинических ординаторов и аспирантов во время подготовки и проведения дистанционного симпозиума и online конференции по интегративной медицине, читая тезисы их докладов и рецензий. Мы понимали друг друга.

Так мы приближались к осуществлению очередной мечты — признанию правомочности исполнения результатов экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в качестве первого шага системного биопсихосоциального подхода к обследованию и планированию комплексного индивидуально ориентированного лечения и реабилитации больных.

## ЧАСТЬ ВТОРАЯ

# Экспресс-диагностика синдрома ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг по пути системного биопсихосоциального подхода к обследованию, диагностике, лечению и реабилитации больного

Под редакцией

Академика РАН д.м.н. профессора *С.Ф. Багненко*

Академика РАН д.м.н. профессора *А.А. Скоромца*

Доктора медицинских наук профессора *А.И. Ярёмко*



## **1. Биопсихосоциальный подход – идеология современной медицины**

Как помнит читатель, познакомившийся с первой частью этой книги, зарождение мечты найти способ быстрого получения первичной информации о том, что беспокоит, тревожит больного в виде болевых ощущений, нарушения функции, анатомической формы различных органов и систем организма, осознания утраты своего социального статуса, трудностей экономического характера, проблем межличностных отношений в семье, на работе и т.д. произошло у меня во время общения с онкологическими больными, которые не могли рассказать всего этого в связи с нарушением речи. Чувство сострадания к этим больным, усиленное пониманием моей вины хирурга-онколога, действия которого в стремлении спасти жизнь больного приводили к обезображиванию лица, нарушению речи, не позволяли мне расстаться с этой мечтой на протяжении 50 лет.

Если быть откровенным, задолго до этого наши учителя-профессора М.Д. Тушинский, П.К. Булатов, Ф.Г. Углов, доценты и ассистенты на лекциях, клинических разборах, практических занятиях у постели больного убедительно демонстрировали нам, студентам 1-го ЛМИ им. И.П. Павлова, необходимость учитывать при обследовании, лечении больных состояние их психики, их социально-экономического статуса. Я, как и всё моё поколение, пережившее невзгоды, ужасы, лишения во время войны, потерявшие родных и близких, понимали важную роль психологического настроя и социально-экономического благополучия больного в успехе проводимого лечения.

Хорошо помню, как мы с мамой переживали, когда в 1944 году от папы перестали приходить письма, а на наш запрос мы получили извещение – «Пропал без вести». Это было нашей трагедией. Ведь теперь каждый мог предположить, что мой отец – предатель, попавший в плен или перешедший на сторону немцев. Эти мысли омрачали нам радость долгожданной победы. Всё изменилось, когда в 1946 году

пришла «похоронка» – извещение о том, что Соловьёв Михаил Михайлович погиб смертью храбрых 26 января 1944 года в бою за социалистическую Родину. Похоронен в братской могиле дер. Татьянино Ленинградской области, Гатчинский район. Окружающий меня мир сразу стал светлее и добрее. Теперь при всяком удобном случае я охотно рассказывал и рассказываю, что я сын героя, погибшего в день полного снятия блокады Ленинграда. А сколько миллионов граждан СССР так и остались на всю жизнь жёнами, детьми мужей и отцов, пропавших без вести, остались без вины виноватыми, живущими с чувством душевного дискомфорта. Иными словами, сама жизнь и наши учителя сформировали у нас готовность целостного восприятия больного с его телесными и душевными муками, его проблемами социально-экономического характера. Но тогда ещё не родилось понятие «биопсихосоциальный подход».

Термин «биопсихосоциальный» в контексте психиатрии впервые был упомянут в 1964 г. R.R. Grinker в журнале *American Journal of Psychiatry* в статье «Борьба за эклектику» [29].

Первое сообщение о биопсихосоциальной модели в медицине было сделано L. Engel в 1977 году. В журнале *Science* он опубликовал статью «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine» («Необходимость новой медицинской модели: вызов для биомедицины») [27].

L. Engel рассматривал болезнь как проявление взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, предложил биопсихосоциальную модель заболевания в качестве альтернативы традиционному биомедицинскому подходу в трактовке сущности патогенеза заболевания, подхода к диагностике и лечению.

Н.Г. Незнамов с соавт. подчёркивают, что L. Engel сделал попытку гармоничного объединения сложных доменов функционирования человека как живой системы общемедицинского характера с возможностью применения её в клинике [11].

Ю.Г. Фролова следующим образом распределяет факторы, влияющие на здоровье человека, по трём компонентам модели:

• к *биологическому* компоненту модели относятся такие факторы, как пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания;

• к *психологическому* компоненту модели относятся такие факторы, как особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы человека;

• к *социально-экономическому* компоненту модели относятся такие факторы, как род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей [19].

А.Б. Холмогорова и О.В. Рычкова (2017) утверждают, что, несмотря на широкое использование термина *биопсихосоциальный* подход психологами и клиницистами, ни L. Engel, ни его последователи не предложили четких критериев внедрения модели в научные исследования, в клиническую практику. Более того, не были в полной мере разработаны методологические и статистические основы анализа характеристик биопсихосоциальной модели [20].

*С самого начала биопсихосоциальную модель предполагалось использовать в качестве «интегративного подхода» к ведению пациентов с различными заболеваниями. С таких позиций биопсихосоциального подхода в настоящее время рассматриваются многие хронические заболевания: сердечно-сосудистые, опухолевые заболевания, диабет [27].*

Модель БПС подхода широко известна и популярна в современной медицине, особенно в психиатрии, где такой подход считают основным [36, 28, 31, 29, 30, 11].

Биопсихосоциальный подход к исследованию здоровья человека предполагает проведение диагностики каждого из трёх доменов модели: биологического, психического и социального. Благодаря использованию современных исследовательских технологий существенно возросли возможности изучения всех трёх доменов модели БПС [10]. В связи с этим возникают следующие вопросы:

— когда, где и кто должен начинать реализацию идеи биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению больных? Для ответа на эти вопросы, с нашей точки зрения, следует руководствоваться определением содержания понятия

БПС подход. Мы придерживаемся такой формулировки этого понятия.

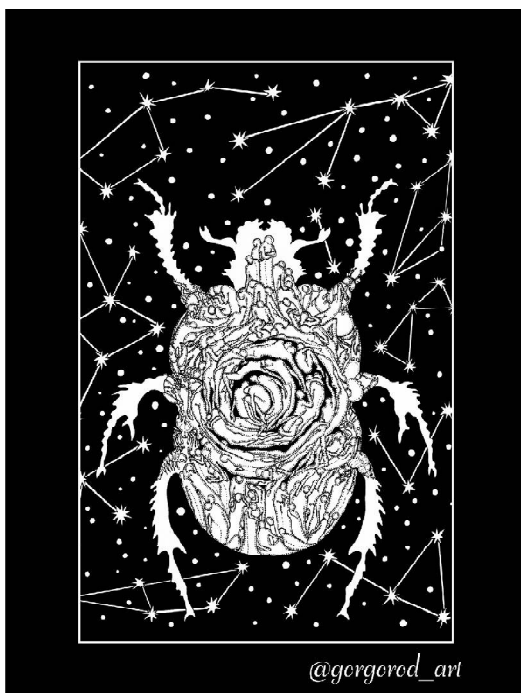
**Системный биопсихосоциальный подход в медицине** – мировоззрение, рассматривающее человека в неразрывной связи с окружающим его природно-социальным миром, а здоровье человека – как *функциональную многоуровневую динамическую систему* взаимосвязанных параметров (факторов) биологического, психического, социально-экономического, экологического характера.

Введение в определение понятия БПС подхода таких прилагательных, как «системный» и «многоуровневая», считаем принципиально важным. Первое определение «системный» подчёркивает важность целостного подхода к диагностике с одновременным изучением каждого домена и анализа характера взаимосвязи между ними.

Второе определение здоровья как функциональную *многоуровневую динамическую систему* указывает путь подхода к изучению здоровья человека – с учётом многоуровневой системы организации лечебно-профилактической помощи населению России.

Проведение лечебно-диагностических мероприятий на первом уровне изучения здоровья человека является в основном прерогативой врачей первичного звена медико-санитарной помощи (ПЗМСП). К ним относятся: врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (врачи семейной медицины), работающие в режиме амбулаторного приёма в поликлиниках, врачебных амбулаториях, здравпунктах.

В качестве одной из методик исследования психического домена мы предлагаем методику, разработанную и апробированную в ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Она основана на концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. В 2021 году вышла в свет монография «Душевный дискомфорт или Синдром ПСАФ аутодезадаптации» с описанием этой методики. Пока трудно сказать, насколько будет широк круг читателей этой монографии. Поэтому мы сочли целесообразным привести в этой книге описание концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации и методики диагностики этого синдрома.



## 2. Концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации

*Концепция – понимание ведущего замысла.  
(Философский энциклопедический словарь)*

В чём заключалась суть ведущего замысел нашего подхода к поиску метода, который позволил бы врачам ПЗМСП сделать первый шаг на пути реализации принципа системного биопсихосоциального подхода к обследованию и лечению больного?

1. Выявить «какое-то состояния» пациента, которое отражает его психический статус и может рассматриваться как показание к проведению психологического консультирования с целью более глубокого исследования психического домена модели БПСП.

2. Разработать методику экспресс-диагностики выраженности и структуры этого «какого-то состояния» пациента, доступную для использования врачами ПЗМСП на амбулаторном приёме.

Если у вас ещё не появились ответы на эти вопросы, приглашаем вас порассуждать, пофилософствовать вместе с нами.

Как вы думаете, в чём заключается суть бытия Homo sapiens (а возможно, и других представителей животного мира)? Допускаю, что подвергнусь с вашей стороны остракизму, но я так отвечу – в стремлении к комфортному функционированию, т.е. в стремлении к комфортной жизни.

. Синонимами к слову «комфорт» являются: удобство, уют, благополучие, благоустроенность, достаток, порядок.

. Синонимами к прилагательному «функциональный» в контексте с понятием «комфорт» являются: психический, моральный, внутренний, механический.

Из этой комбинации синонимов мы предлагаем использовать словосочетание *душевный дискомфорт как проявление негативной самооценки человеком своего психологического, физического, социального, экономического, семейно-бытового состояния*.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что большей части взрослого населения России этот термин понятен и не пугает, не вызывает ответной негативной реакции, которую часто приходится наблюдать при использовании в разговоре с пациентом слов «пси...».

При общении с коллегами мы используем в качестве синонима словосочетанию «душевный дискомфорт» термин аутодезадаптация (греч. *autos* – сам; *genos* – происхождение; лат. *dis* – отсутствие; *adaptatio* – приспособление). Для передачи информации о содержании, механизмах формирования аутодезадаптации используем словосочетание – психо-социально-анато-функциональная аутодезадаптация или сокращённо, используя аббревиатуру – ПСАФ аутодезадаптации – психо-социально-анато-функциональная аутодезадаптация. Сокращённо – ПСАФ аутодезадаптация).



Этот синоним душевного дискомфорта, по нашему мнению, более глубоко раскрывает патогенетическую сущность того состояния, которое указывает не только на необходимость проведения психологического консультирования пациента, но и подсказывает врачу порядок, последовательность проведения лечебно-диагностических мероприятий – так называемую маршрутизацию больных с полиморбидной, сочетанной патологией.

Предлагаемая методика диагностики Душевного дискомфорта или ПСАФ аутодезадаптации основана на использовании вербального канала связи, по этому каналу пациент передаёт врачу в письменном виде информацию о факторах внутренней и внешней среды, воздействующих на него, с субъективной оценкой их вредоносности (аверсивности). Совокупность этих факторов мы рассматриваем как синдром Душевного дискомфорта или аутодезадаптации. А совокупность тех же жалоб, распределённых по четырём кластерам (психологическому – П, социальному – С, анатомическому – А, функциональному – Ф) как синдром ПСАФ аутодезадаптации.

Концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации является синтезом следующих направлений в развитии медицины:

- учения о холической интегративной медицине;
- учения о нервизме (К. Бернар, В. М. Боткины, И. М. Сеченов, И. П. Павлов и др.);
- учения о внутренней картине заболевания (А. Р. Лурия) [6];
- учения об адаптационном синдроме Г. Селье [13].

В чём заключается суть замысла Синдрома ПСАФ аутодезадаптации?

Получить во время амбулаторного приёма информацию о том, что и в какой мере беспокоит, тревожит, страшит больного и не позволяет ему чувствовать себя физически, психически здоровым, социально успешным человеком.

Благодаря этому, при первой встрече больного с врачом ПЗМСП можно совершить первый шаг системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья и разработке

индивидуально ориентированной программы комплексного лечения, реабилитации больного; осуществить скрининг больных, нуждающихся в психологическом консультировании, в психологической поддержке.

### **Исходная гипотеза концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации**

Человек, испытывающий телесные и душевные страдания, обращаясь за медицинской помощью, желает и готов рассказать врачу то, что его беспокоит, тревожит, страшит, но не знает, как это лучше сделать и что из его рассказа будет важным, нужным, полезным для врача.

Реализация готовности больного исповедаться перед врачом, желание быть услышанным врачом, который ***умеет, хочет и готов услышать, прочитать мысли больного и попытаться утешить его***, способствует формированию между ними уважительных, доверительных партнёрских отношений. Такие отношения позволяют врачу получить ценную информацию, необходимую для реализации системного БПС подхода к обследованию, лечению и реабилитации больного.

Многие больные не только не знают, что из их рассказа будет важным, нужным, полезным для врача, но и не могут, не умеют чётко рассказать о том, что их беспокоит, волнует, страшит, не говоря уже о больных с расстройствами речи. В этом отношении каждый больной индивидуален.

Поведение и внешний облик людей, находящихся в состоянии душевного дискомфорта, живущих в постоянном ожидании какой-либо опасности, прекрасно описал Антон Павлович Чехов в рассказе «Человек в футляре». Образ героя рассказа А.П. Чехова – учителя мертвых языков Беликова и пациентов, о которых идёт речь, сопоставим с аллегорическим образом «Жука в хитиновом покрове» на гравюре Елизаветы Черновол-Соловьёвой. Плотный хитиновый покров защищает, отгораживает внутреннюю сущность жука от внешней среды. Но если внимательно присмотреться,

то и в этом хитиновом покрове есть, пусть небольшие, отверстия — каналы обратной связи внутреннего мира жука с внешним миром. Также обстоит дело и с больными, которые не могут или боятся поделиться тайной своих переживаний с незнакомым человеком, каким они воспринимают врача при первой встрече с ним. Исход этой встречи будет зависеть от того, сможет ли врач в самом начале встречи продемонстрировать внимательное, доброжелательное, отношение к больному. Если больной воспримет поведение врача как сигнал к взаимо-уважительному сотрудничеству, то скорее всего он будет готов исповедоваться перед врачом. А дальше надо найти и использовать те поры — каналы обратной вербальной связи между врачом и больным. В качестве такого канала обратной вербальной связи между врачом и больным можно использовать Лист добровольной доверительной информации врача больным (рис. 2).

Исходная гипотеза Синдрома ПСАФ аутодезадаптации, как указывалось выше, предъявляет высокие нравственно-этические и профессиональные требования к врачу, которому готов исповедаться больной.

Поэтому важным разделом концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации является раннее формирование у студентов навыка первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, данные которой являются информационной базой для реализации принципа системного БПС подхода к диагностике, лечению и реабилитации больных.



### **3. Методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации**

В основу методики заложены рекомендации академика .Александря . Романовича Лурия по диагностике внутренней картины болезни (ВКБ). В лекции «Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания» (1977) он писал по поводу диагностики ВКБ следующее: «...Лучше всего дать больному возможность сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может, и получить таким образом представление о его личности и об особенностях его психического профиля, а затем уже приступить к выяснению отдельных, преимущественно ведущих симптомов болезни».

«...Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт с больным и доверие больного к

врачу — это обязательное условие для изучения внутренней картины болезни»!

К сожалению, этой прекрасной методикой получения представления о личности, об особенностях психического профиля пациента невозможно пользоваться врачам ПЗМСП по очень простой причине — отсутствие у врача времени на то, чтобы «дать больному возможность сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может».

Чтобы сократить продолжительность исследования, помочь пациенту провести в спокойной обстановке самоанализ своего состояния, выявить и оценить главные жалобы, беспокоящие его, мы модифицировали методику А.Р. Лурия.


Сущность модификации заключается в следующем.

Пациенту предлагают в спокойной обстановке (в холле перед кабинетом врача) заполнить Лист добровольной доверительной информации врача — вписать в него всё то, что беспокоит, тревожит, страшит его и не позволяет чувствовать себя здоровым, успешным человеком. Затем указать, в какой мере его беспокоит каждая жалоба, используя такие понятия, как: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо. Каждому понятию выраженности любой жалобы соответствует оценка её в баллах (рис. 2).

### **Инструкция по первичной экспресс-диагностике выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации**

1. Следуя советами Дейла Карнеги о формировании доброжелательных отношений с собеседником, предложите пациенту заполнить Лист ДДИВ — вписать в него то, что беспокоит, тревожит, страшит пациента и не позволяет ему чувствовать себя *здоровым, успешным* человеком и указать крестиком или галочкой в соответствующих клетках, в какой мере его беспокоит каждая жалоба, используя такие понятия, как: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо. (рис. 2).

2. Объяснить (показать) пациенту как Всемирная организация здравоохранения определяет содержание понятия здоровье.

	Фамил.	М/Ж	Лет	№ групп	Факульт	№ ЛДДИВ
	И.О.					

**Лист добровольной доверительной информации врача №**

Для уточнения диагноза и составления оптимального плана лечения впишите в горизонтальные графы ЛИСТА ддив всё то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя **ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ** человеком.

Укажите «крестиком или галочкой» в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: **чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо**.

Если Вам трудно дать однозначную оценку, укажите промежуточную клетку: между **чрезвычайно** и **сильно**, между **сильно** и **умеренно**, между **умеренно** и **слабо**.

**ЗДОРОВЬЕ, по определению ВОЗ, это ПОЛНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ**

	Трвога, волнение, переживание за состояние родных и близких, за будущее. Беспричинное состояние тревоги и т.д. <b>Проблемы:</b> в семье, на работе, в ВУЗе, в общечитии, в межличностных отношениях. <b>Беспокоит:</b> боли (где?), нарушения функции органов и систем (каких?), сна, аппетита, трудоспособности, раздражительность. <b>Неудовлетворенность</b> эстетикой лица, тела, самооценкой себя, своих способностей.					Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Зона благополучия
	1	2	3	4	5					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
<b>Баллы</b>		<b>10</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2 1</b>
<b>Кластер</b>	<b>П-психологич.</b>	<b>С-социальн.</b>	<b>А-анатомич.</b>	<b>Ф-функциональн.</b>	<b>∑ баллов</b>					

Рис. 2. Лист добровольной доверительной информации врача пациентом (Лист ДДИВ)

3. Сообщить пациенту, что полученная от него информация поможет поставить правильный диагноз и составить план эффективного лечения.

4. Ещё раз продемонстрировать пациенту Лист ДДИВ и показать, где он должен указать крестиком или галочкой свою оценку выраженности отдельных жалоб и своего состояния: *Чрезвычайно, Сильно, Умеренно, Слабо*.

5. Предложить пациенту заполнить паспортную часть Листа ДДИВ (ФИО, пол, возраст, дата исследования).

6. После этого пациенту передают заполнить Лист ДДИВ и создают комфортные условия для этого, стараясь не отвлекать вопросами, посторонними разговорами.

7. Получив от пациента заполненный Лист ДДИВ, врач знакомится с характером жалоб и самооценкой пациентом их выраженности, обращая особое внимание на те из них, оценка которых по понятийно-балльной шкале соответствует 10–9–8 баллам. В случае необходимости врач задаёт дополнительные вопросы пациенту. Затем он приступает к традиционному обследованию пациента – анализу истории заболевания, жизни, физикальному, инструментальному исследованию.

8. После завершения обследования пациента врач переводит понятийные значения выраженности отдельных жалоб в баллы, которые вносит в ячейки соответствующей строки Листа ДДИВ. Суммировав все баллы, он получает суммарный интегральный показатель аутодезадаптации.

9. Следующий шаг анализа данных Листа ДДИВ – распределение жалоб по четырём кластерам: психическому, социально-экономическому, анатомическому, функциональному.

### **Распределение жалоб по кластерам ПСАФ**

**Психический кластер II** включает в себя такие состояния, как тревога, страх, переживания, озабоченность, чувство одиночества, неудовлетворённости, беспокойства, проблемы межличностных отношений, негативная самооценка себя и т.п.

**Социально-экономический кластер С** включает такие состояния, как переживания, связанные с трудностями экономического, производственного, профессионального, учебного характера, карьерным ростом, международной, внутриполитической, эпидемиологической, экологической обстановкой и т.п.

**Анатомический кластер А** включает такие состояния, как неудовлетворённость архитектоникой лица и тела, переживания по поводу различных аномалий развития, приобретённых дефектов и деформаций

**Функциональный кластер Ф** включает такие состояния, как нарушение функционирования систем организма, отдельных органов и организма в целом, проявляющиеся болевым синдромом, дискинезиями, снижением функциональных резервов, нарушением сна, ослаблением памяти, повышенной раздражительностью.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1.

Больная Л., 57 лет обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова по поводу язвы в области языка слева с распространением на ткани дна полости рта, боли при разговоре, приеме пищи и в покое. Больной считает себя в течение 2,5 месяцев. После патогистологического исследования биоптата и клиникорентгенологического исследования поставлен диагноз: Плоскоклеточная карцинома языка слева с распространением на дно полости рта: Т3 N1 M0.

Результаты диагностики выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации. Суммарный интегральный показатель ПСАФ аутодезадаптации. – 56 баллов. Структура ПСАФ аутодезадаптации: **П25 С0 А8 Ф23** баллов.

Результаты анализа структуры ПСАФ аутодезадаптации вносятся в формулу «Синдрома П\*С\*А\*Ф\* аутодезадаптации».

Лист ДДИВ, заполненный пациентом, является первичным документом регистрации данных проведённого исследования ПСАФ АДА. Как документ он может сохраняться на бумажном носителе или в электронном виде.





Синдром П18 С0 А8 Ф30  
Суммарный показатель  
аутодезадаптации – 56  
баллов

**Лист добровольной доверительной информирования врача**

Город/район/зона (обл).....Ф.И.О.....  
 Дата заполнения «...»...2017 г. М. Ж. Л.г. ....  
 Тип учреждения: дневной и стационарный отделы детской поликлиники №1 г. Челябинска, что не позволяет Вам осуществлять себе ЭКОНОМИЧ. УСЛУЖИВАНИЕ чужими и/или родственными или платными и/или государственными средствами, выделенными на эти цели в соответствии с Законом Челябинской области, действующим, либо не действующим.  
 Если Вы не хотите или не можете сделать, знайте, что информация, полученная Вами, будет конфиденциальной и не будет передана третьим лицам без Вашего согласия.

**ЗДОРОВЬЕ** - это состояние Вашего организма, психологическое, физическое и социально-экономическое

«Что беспокоит Вас, насколько сильно?» ИМФРАИМФР: Тревога, с глотком, переживания за состояние здоровья и близких, сильная усталость, Проблемы в семье, на работе, в межличностных отношениях, Проблемы финансового характера, Беспокойство или страх за здоровье и жизнь близких и систем (семей), сн. депрессия, раздражительность, снижение трудоспособности, плачливый, Пугливость/беспокойство, эстетичность лица и тела своим социальным статусом, самооценкой себя	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо										
					10	9	8	7	6	5	4	3	2	
1.. Тревога за результат лечения	+													
2.. Тревожные мысли			+											
3.. Наличие язвы языка			+											
4.. Боль при глотании,		+												
5.. Боль при разговоре				+										
6.. Неприятный запах изо рта			+											
7.. Нарушение сна			+											
<b>Баллы</b>														

Классификация	Классификация	Классификация	Классификация	Классификация
Классификация П Психическая	Классификация С Социальная	Классификация А Анатомическая	Классификация Ф Функциональная	?? баллов

Характер и выраженность отдельных жалоб в баллах у больной Л. 57 лет

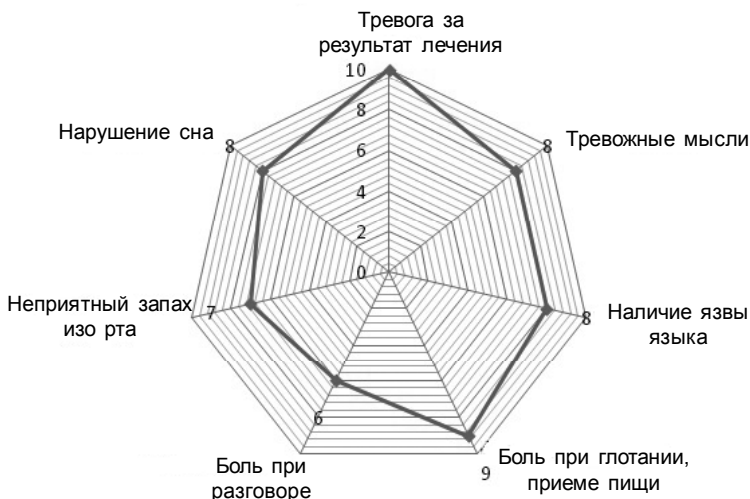


Рис. 3. Оценка выраженности и структуры синдрома ПСАФ аутодезадаптации у больной Л. Диагноз: плоскоклеточная карцинома языка слева с распространением на дно полости рта

10. Результаты анализа данных экспресс-диагностики ПСАФС АДА можно сохранять в виде отдельных показателей выраженности и структуры или в виде формулы, как делают это онкологи, используя систему TN M для регистрации распространённости опухолевого процесса. Клинический пример (рис. 3).

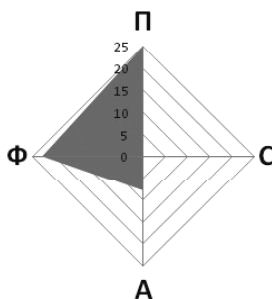
11. Суммарный интегральный показатель ПСАФ АДА (PJ ПСАФ АДА) от 40 баллов и выше, также как показатель выраженности психического кластера от 20 баллов и выше, свидетельствует о высоком уровне аутодезадаптации и служат основанием для психологического консультирования.

12. Данные анализа выраженности и структуры ПСАФ АДА используются врачом при реализации принципа системного БПС подхода к исследованию больного, разработки индивидуально ориентированной программы комплексного лечения и реабилитации.

13. В направлении на консультацию результаты самооценки пациентом симптомов и проявлений заболевания можно передать клиническому психологу в виде формулы «Синдрома ПСАФ АДА» или графиков. Для этого рукописный текст каждой жалобы пациента трансформируют в печатный текст и вводят его вместе с балльной оценкой в таблицу-матрицу Excel для построения графиков.

### **Примеры графического изображения результатов анализа данных, содержащихся в заполненном Листе ДДИВ**

Соотношение выраженности отдельных кластеров у больной Л.



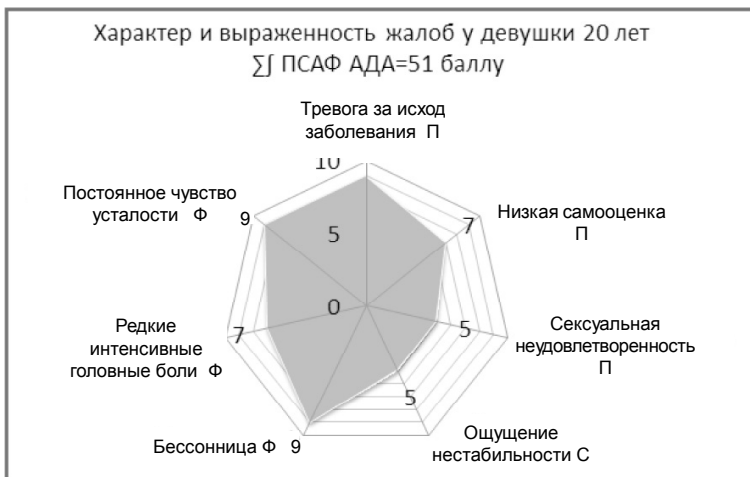


Рис. 4. Структура ПСАФ аутодезадаптации (А) и характер жалоб (Б) у девушки 20 лет, не позволявшие ей чувствовать себя здоровым, успешным, человеком



#### 4. Раннее формирование навыка диагностики ПСАФ аутодезадаптации у студентов

Н. П. Ванчакова (2007) считает, что: *«Психиатрия, а особенно психосоматическая медицина, трудно усваиваются студентами, так как на более ранних этапах обучения в медицинском вузе значительно сильнее расставлены акценты на изучение физического, соматического состояния человека»* (Интегративная медицина», СПб., 2007).

Для устранения этого дисбаланса в 2015 году мы с ведущей кафедрой клинической психологии профессором Е.Р. Исаевой решили оценить возможность использования методики экспресс-диагностики ПСАФ АДА для раннего формирования у студентов навыка системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека по методике **«перевёрнутого класса»** [1, 2, 9, 35, 17, 23].

Основанием для проведения такого педагогического исследования была простота, доступность методики экспресс-диагностики ПСАФ АДА, подтверждённая результатами клинических исследований, и то, что эта методика легко интегрируется в структуру традиционной беседы врача с пациентом.

Суть исследования заключалась в следующем.

Во время вступительной лекции по клинической психологии 1-му курсу студентов-стоматологов (сентябрь 2015

года) профессор Е.Р. Исаева рассказала содержание учения А.Р. Лурия о внутренней картине болезни, о диагностике ВКБ с использованием метода ТОБОЛ.

За 10 минут до окончания лекции она представила меня студентам. Продолжая лекцию, я рассказывал, как мы, развивая учение А.Р. Лурия, разработали методику экспресс-диагностики психического состояния человека, проявляющегося ощущением душевного дискомфорта, который мы назвали аутодезадаптацией. Затем я показал на экране инструмент диагностики ПСАФ аутодезадаптации – Лист добровольной доверительной информации врача.

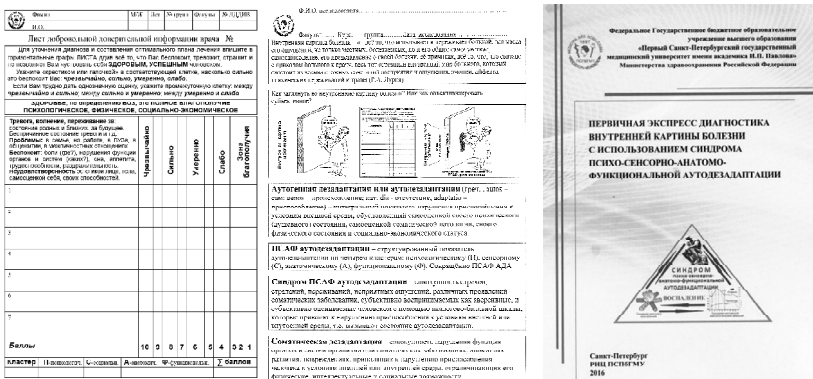


Рис. 5. Методическое обеспечение студентов 1-го курса по проведению исследования ПСАФ аутодезадаптации родных и знакомых: А – Лист ДДИВ лицевая сторона, Б – оборотная сторона

Затем я показал на экране инструмент диагностики ПСАФ аутодезадаптации – Лист добровольной доверительной информации врача и зачитал определения содержания используемых нами таких терминов, как аутодезадаптация, ПСАФ аутодезадаптация, Синдром ПСАФ аутодезадаптации, соматическая дезадаптация, которые были размещены на оборотной стороне Листа ДДИВ.

## Как заглянуть во внутреннюю картину болезни? Или как объективизировать субъективное?



**Аутогенная дезадаптация или аутодезадаптация** (греч. *autos* – сам; *genos* – происхождение; лат. *dis* – отсутствие; *adaptatio* – приспособление) – интегральный показатель нарушения приспособления к условиям внешней среды, обусловленный самооценкой своего психического (душевного) состояния, самооценкой соматической патологии, своего физического состояния и социально-экономического статуса **ПСАФ аутодезадаптации** – структурированный показатель аутодезадаптации по четырём кластерам: психологическому (П), сенсорному (С), анатомическому (А), функциональному (Ф). Сокращённо ПСАФ АДА.

**Синдром ПСАФ аутодезадаптации** – совокупность страхов, страданий, переживаний, неприятных ощущений, различных проявлений соматических заболеваний, субъективно воспринимаемых как аверсивные, и субъективно оцениваемые пациентом с помощью аналогово-балльной шкалы, которые приводят к нарушению приспособления к условиям внешней или внутренней среды, т.е. вызывают состояние аутодезадаптации.

**Соматическая дезадаптация** – совокупность нарушения функции органов и систем организма при соматических заболеваниях, аномалиях развития, повреждениях, приводящий к нарушению приспособления человека к условиям внешней или внутренней среды, ограничивающих его физические, интеллектуальные и социальные возможности.

После этого мы предложили студентам провести дома исследование аутодезадаптации (выраженности и структуры внутреннего дискомфорта, т.е. аутодезадаптации) у родных и знакомых. Заполненные Листы ДДИВ предложили сдать в деканат.

Результаты проведенного исследования

Из 166 студентов, присутствовавших на лекции, правильно заполнили и сдали в деканат 123 (74%) студента. На лекции присутствовали 18 иностранных студентов, только что закончивших подготовительные курсы по русскому языку. Они сдали незаполненные листы ДДИВ, указав в них только фамилию и номер группы.

Мы предложили студентам принять участие в обработке собранных листов ДДИВ. Результаты анализа этих листов ДДИВ, проведенного с участием студентов, приведены в таблице 1.

После этого у нас появились студенты, желающие заниматься в студенческом научном обществе (СНО) проблемой Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

При обсуждении со студентами итогов проведенного педагогического эксперимента по раннему привлечению студентов к освоению навыка экспресс-диагностики ПСААФ АДА по методике «перевёрнутого класса» (по данным анкетирования) выяснилось следующее.

- Большинство студентов с интересом отнеслись к проведению исследования. При этом они отметили, что интерес к проведению исследования был проявлен и со стороны их «пациентов», особенно бабушек и дедушек.

- У иногородних студентов возникли трудности с поиском «пациента», в связи с чем они не смогли выполнить задание. Всё же они искали выход из сложившейся ситуации. Одни пытались использовать Skype для интервьюирования своего родственника, другие, извиняясь, представили результаты исследования ПСАФ АДА соседям по общежитию.

Возрастной и гендерный состав, среднее число жалоб и средний интегральный показатель аутодезадаптации у 123 человек, исследованных студентами 1-го курса стоматологического факультета (Табл. 1).

Возрастные группы исследованных	Численность группы	Ж / М	Среднее число жалоб на одного исследованного	Средний показатель аутодезадаптации в баллах
От 17 до 20 лет	14	13/1	6,31 ± 0,56	39,38 ± 3,96
От 20 до 45 лет	51	47/4	7,1 ± 0,18	45,54 ± 1,38
От 45 – 60 лет	31	25/6	7,1 ± 0,21	45,1 ± 1,72
От 60 до 75 лет	18	18/0	7,41 ± 0,25	46,9 ± 2,05
Свыше 75 лет	9	8/1	7,0 ± 0,31	45,87 ± 0,09
<b>ИТОГО</b>	<b>123</b>	<b>111/12</b>	<b>7,07 ± 0,12</b>	<b>45,04 ± 0,9</b>

Учитывая это обстоятельство, в последующие годы мы продолжили исследования раннего привлечения студентов к освоению навыка диагностики ПСААФ АДА по методике «перевёрнутого класса», но изменили объект исследования – предложили студентам провести самоанализ своей ПСАФ аутодезадаптации.

Студентов информировали, что будет сохранена анонимность результатов их самоанализа и что участие в исследовании добровольное. Заполнить листы ДДИВ студенты могли во время перерыва между лекциями.

Из 205 студентов, получивших Лист ДДИВ, заполнили и сдали его 158 (77%). Это подтверждает то, что использованная методика первого шага к овладению биопсихосоциальным подходом к исследованию здоровья человека путём самоанализа (ПСАФ АДА) доступна большинству студентов 1-го курса.

В анализе «обезличенных» листов ДДИВ участвовали студенты. Результаты их исследования не выявили достовер-



ного различия среднего суммарного интегрального показателя ПСАФ АДА: у девушек —  $30,6 \pm 1,3$  балла; у юношей —  $32,7 \pm 1,9$  балла.

Методика экспресс-диагностики ПСАФ АДА может использоваться при социологических исследованиях, в ходе которых сравниваются характеристики структуры отдельных кластеров у двух групп людей разной профессии, разного образовательного уровня и т.д. Примером могут служить данные изучения структуры психологического кластера аутодезадаптации у студентов 1-го курса лечебного и стоматологического факультетов (рис. 6).

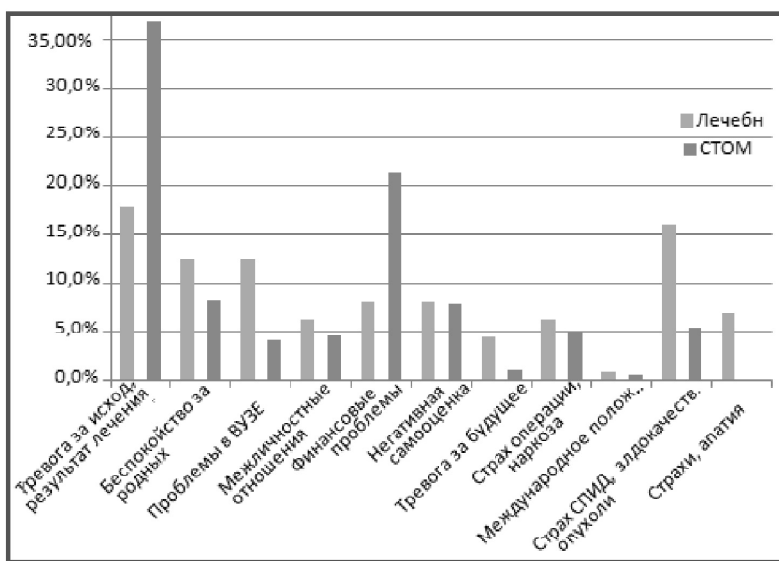


Рис. 6. Структура психологического кластера у студентов 1-го курса стоматологического и лечебного факультетов.

В структуре ПСАФ АДА у девушек преобладал по выраженности психический кластер — 42,6 %. Это были переживания, обусловленные разлукой с семьёй, друзьями, страхом заразиться социально опасными инфекциями. Ощущение одиночества, тоски, неуверенности, сомнения в правильности выбора будущей профессии. В структуре социального кластера преобладали проблемы учебного, экономического харак-

тера, проблемы взаимоотношений в семье и в учебной группе, трудности адаптации к непривычным климатогеографическим условиям. Анатомический кластер, составивший 6,5 % в структуре аутодезадаптации, состоял в основном из жалоб на неудовлетворённость эстетикой лица.

Всё же следует подчеркнуть, что методика анализа выраженности и структуры ПСАФ АДА предназначена, в первую очередь, для исследования конкретного человека, больного.

В качестве иллюстрации могут служить данные анализа выраженности и структуры ПСАФ АДА одного из студентов 1-го курса (рис. 7).

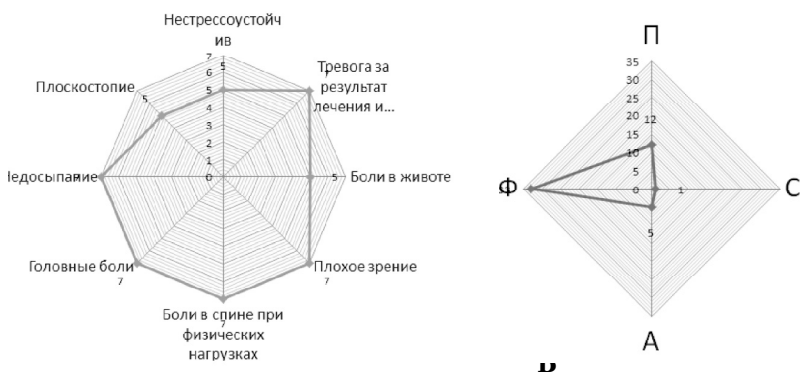


Рис. 7. Студент 1-го курса (18 лет): А — структура аутодезадаптации — характер и выраженность отдельных жалоб; Б — структура ПСАФ аутодезадаптации — соотношение выраженности отдельных кластеров.

Из приведённых диаграмм видно, что у студента преобладали жалобы на патологию соматического характера. В тоже время студент очень (9 баллов) беспокоился о том, каков будет результат лечения, т.е. указал жалобу, относящуюся к психическому кластеру. Анализ характера и выраженности жалоб нашёл отражение в структуре показателя ПСАФ — в соотношении выраженности отдельных кластеров. Каким должно быть заключение по результатам исследования?

Студенту нужно рекомендовать начать обследование с посещения врача общего профиля. Нуждается он и в психо-

логической поддержке, первый этап которой может осуществить всё тот же врач общего профиля.

Уже отмечалось, что методика экспресс-диагностики ПСАФ АДА доступна, понятна студентам. Они легко её осваивают и, что очень важно для них, легко находят «пациентов», независимо от того, какой специальности хотят посвятить себя.

После лекции по анатомии студентам 1-го курса, в конце которой я в очередной раз кратко рассказал о концепции Синдрома ПСАФ АДА и предложил провести самоанализ своей аутодезадаптации, ко мне подошёл студент Б.А. Попов и спросил, может ли он участвовать в анализе результатов только что проведённого исследования.

Я предложил ему войти в группу клинических ординаторов и студентов, занимавшихся обработкой скопившихся у нас Листов ДДИВ. Вместе с сокурсницей они включились в работу группы.

В начале следующего учебного года он пришёл ко мне и рассказал, что во время летних каникул он рассказал об участии в проекте «Синдром ПСАФ аутодезадаптация» своим родным: бабушке – стоматологу, отцу – урологу. Те заинтересовались методикой экспресс-диагностики ПСАФ АДА и предложили ему апробировать её на курируемых ими больных.

Б.А. Попов, уже студент 2-го курса, показал диаграммы результатов исследования ПСАФ АДА пациентов стоматологического и урологического профиля (рис. 8, 9).

С данными проведённого исследования студент выступил с докладом на симпозиуме по диагностике ПСАФ АДА, проходившем в Санкт-Петербурге с международным участием, а затем был приглашён участвовать в Международном конгрессе молодых учёных, который состоялся в Праге.

Участие студентов в работе СНО как форма ускоренного и углублённого формирования у них навыка системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека.

Базу данных при разработке концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации составляло более 2000 Листов ДДИВ, полученных при обследовании пациентов, больных, студентов, клинических ординаторов, родных и знакомых студентов, участвовавших в исследовании. Для того чтобы студенты могли выступить с индивидуальными докладами на конференциях, все листы ДДИВ распределялись по следующим признакам: полу, возрасту, факультету, характеру патологии. Со студентами, клиническими ординаторами, выразившими желание принять участие в анализе Листов ДДИВ. Затем в соответствии с выбранной темой студенты получали по 50-60 дубликатов листа ДДИВ. Они должны были рукописный текст каждой жалобы трансформировать в печатный текст. Затем проводилось 2-3 коллективных занятия для согласованного распределения жалоб по отдельным кластерам ПСАФ. Ещё одно коллективное занятие проводилось по статистической обработке цифровых данных, содержащихся в листах ДДИВ. После этого студенты, клинические ординаторы работали над текстом тезисов, над презентацией доклада. Вся



*Рис. 8.* Структура ПСАФ АДА больной 38 лет стоматологического профиля, исследованной студентом 1-го курса Б. Поповым во время летних каникул



*Рис. 9.* Структура ПСАФ АДА пациентов урологического и андрологического профиля, исследованных студентом 1-го курса стоматологического факультета Б. Поповым во время летних каникул

первичная документация в виде подлинников и дубликатов листов ДДИВ, заполненных сводных таблиц хранилась в кафедральном сейфе.

В силу своего «вредного» характера я перепроверял расчёты студентов. Если мои расчёты не совпадали с расчётами студентов, пересчитывали вместе.

В 2019 году в программу научной конференции молодых учёных ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова был включён сателлитный симпозиум «Системный подход в медицине с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации». Тематика докладов, представленных студентами, клиническими ординаторами и аспирантами, была достаточно разнообразной и отражала основные этапы последовательного знакомства, овладения умением пользоваться методикой экспресс-диагностики ПСАФ АДА, формирования навыка системного БПС подхода к изучению здоровья и использования полученных данных в клинике у больных различного профиля и при проведении научных исследований.

В ходе предварительного обсуждения с молодыми учёными полученных ими результатов наблюдений, исследований, встреч с их кураторами (врачами) и научными руководителями, я убедился в следующем. Студенты уже на 1-м курсе достаточно легко улавливают суть концепции Синдрома ПСАФ АДА, быстро и с интересом осваивают методику экспресс-диагностики ПСАФ АДЛ. У опытных врачей и преподавателей процесс познания сути концепции Синдрома ПСАФ АДА, осознания необходимости системного биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению больного проходит более сложно, а порой вызывает протест. При этом они, ссылаясь на свой практический опыт, утверждают, что для успешного лечения больных им вполне достаточно той информации, которую они получают от больного в ответ на вопросы: «Что беспокоит?», «Что и где болит?». Иногда в доверительном разговоре с ними я слышал достаточно расхожую фразу: «Меньше знаешь, крепче спишь». Подобную идеологию общения с больными они, порой подсознательно, передавали своим ученикам, молодым коллегам. Поэтому я убеждён, что начинать формирование убеждения в необходимости системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека, овладения навыком экспресс-диагностики ПСАФ АДА по методике «перевернутого класса», нужно начинать у студентов лечебного и стоматологического факультетов как можно раньше, с первых шагов обучения их в Университете.

Аргументом в пользу максимально раннего начала формирования у студентов знания, умения и навыка системного биопсихосоциального подхода является простота методики экспресс-диагностики ПСАФ АДА. Но эта простота кажущаяся. Процесс освоения этой методикой можно сравнить с процессом обучения игре на скрипке. Сравнительно быстро можно обучить даже маленького ребёнка извлекать отдельные звуки, водя смычком по четырём струнам скрипки, радуя родителей какофонией звуков. Для того чтобы в совершенстве овладеть игрой на скрипке, нужны многие годы упорных тренировок и хороший музыкальный слух. Нечто подобное

можно сказать и о методике диагностики ПСАФ аутодезадаптации. Что бы овладеть ею в совершенстве, нужны упорные тренировки на протяжении всего периода додипломного и последипломного обучения. Задачами обучения являются:

- осознание необходимости системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека, планированию индивидуально ориентированного лечения и реабилитации;

- овладение в совершенстве навыком быстрого формирования доверительных отношений с пациентом, способствующих появлению у него желания и готовности к сотрудничеству с врачом;

- достаточно глубокие знания всех разделов фундаментальной и клинической медицины, предусмотренных учебными программами, профессиональными стандартами.

\* \* \*

В разработке, апробации и обсуждении результатов исследований этого направления концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации активное участие принимали:

проф. А.И. Ярёмченко, проф. Е.Е. Исаева,  
проф. Н.П. Ванчакова, проф. Л.Ю. Орехова,  
проф. Т.Б. Ткаченко, проф. И.А. Горбачёва,  
доц. Т.М. Алехова, к.м.н. Сакович, к.м.н. Галяпин,  
клин. орд. М.А. Чурки, студент Б.А. Попов и др.

## 5. Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг к биопсихосоциальному подходу

С использованием методики экспресс-диагностики ПСАФ АДА на кафедре стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии П СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова и её клинических базах был реализован принцип системного БПС подхода к исследованию более 450 больных с различными патологическими процессами: абсцессами, флегмонами, остеомиелитами челюстей, переломами костей лицевого скелета, доброкачественными и злокачественными опухолями органов полости рта, лекарственными и лучевыми некрозами челюстей, невралгией тройничного нерва. В исследовании принимали участие врачи общей практики, челюстно-лицевые хирурги, стоматологи, офтальмологи, реабилитологи, аспиранты, докторанты, клинические ординаторы, студенты.



Рис. 6. Модель «сложного больного» с врожденной аномалией лица с позиции биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению



Исследования больных с оценкой выраженности и структуры ПСАФ АДА были проведены также в областной больнице города Шымкент (Казахстан). Исследовано 215 больных, находившиеся на лечении в отделениях гастроэнтерологии, нервных болезней, травматологии, хирургии и т.д.

Кроме того, у 1500 студентов стоматологического и лечебного факультетов ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова методика экспресс-диагностики аутодезадаптации была осуществлена как с целью изучения их биопсихосоциального профиля, так и с целью формирования у них навыка биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека, навыка разработки индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации больных.

С 2013 года ежегодно проводились симпозиумы по проблемам концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

Проведение исследования выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации показано в следующих случаях.

1. У больных с различными нарушениями речи.

2. У больных, которые не могут связно рассказать о своих жалобах, несмотря на то, что обследуются у многих специалистов, давно, но безуспешно лечатся у них.

3. У больных с признаками расстройств поведения, проявляющихся:

– жалобами на низкий уровень профессиональной подготовки медицинского персонала;

– жалобами на бездушное, грубое, невнимательное отношение к больным;

– угрозами написать жалобу в ту или иную инстанцию.

Показано проведение исследования выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации

– у больных, которые не могут связно рассказать о своих жалобах, несмотря на то, что обследуются у многих специалистов, давно, но безуспешно лечатся у них;

– у больных с различными нарушениями речи.

Информацию о выраженности и структуре ПСАФ АДА не может заменить в полной мере информация, получаемая с помощью анкет, в которых предлагается перечислить забо-

левания, которыми болел или болеет пациент. С помощью Листа ДДИВ пациент сообщает врачу о своём отношении к забо-леванию или отдельным симптомам. Сообщает он также о тех проблемах в семье, на работе, в межличностных отношениях, финансовых проблемах, которые его беспокоят, вызывают состояние дискомфорта. С помощью официально утверждённых анкет такую информацию получить невозможно.

Термин «маршрутизация» — это индивидуально ориентированный план ведения больного, который содержит ответы на следующие вопросы: где должен лечиться больной, кто должен лечить и участвовать в лечении больного, как срочно надо начать лечение, в какой последовательности нужно проводить лечебно-диагностические мероприятия.

По соотношению выраженности кластеров ПСАФ определяется профиль заболевания: соматический, психический, психосоматический, сбалансированный. С учётом профиля заболевания принимается решение — кто и где будет лечить больного.

Больным с психическим и психосоматическим профилем заболевания требуется срочное психологическое консультирование клинического психолога или психоневролога, психиатра. Диагностировав у пациента психосоматический профиль заболевания, врач не должен ограничиться передачей ему направления на консультацию к клиническому психологу. Долг врача любой специальности провести с больным беседу психотерапевтической направленности в рамках его компетенции с целью снижения уровня аутодезадаптации (душевного дискомфорта).

Большое значение при планировании лечения больного имеет знание врачом выраженности и структуры социально-экономического кластера (домена).

Если больному, испытывающему серьёзные материальные трудности, выписать рецепт на дорогостоящие лекарственные препараты, то высока вероятность, что он не сможет их приобрести.

В стоматологии аналогичные ситуации встречаются часто. Не зная финансовых возможностей пациента, врач предлагает высокоэффективное, но дорогостоящее зубное протезирование с опорой на имплантаты. Стесняясь своей «бедности», пациент не скажет вслух об этом врачу, пообещает подумать и вернуться. Уйдёт, испытывая душевный дискомфорт от осознания своего низкого социального положения, и не вернётся к этому врачу. А если бы врач провел экспресс-диагностику ПСАФ АДА, весьма вероятно, что в Листе ДДИВ он увидел бы среди других жалоб и ту, которой пациент доверительно информирует врача о наличии у него финансовых проблем. С учётом этого обстоятельства врач предложил бы пациенту менее дорогой вариант протеза. При таком подходе к принятию решения о выборе конструкции протеза пациент остался бы доволен тем, что решил свою проблему без серьёзного ущерба для своего скромного бюджета, а врач сохранил бы связь со своим клиентом — источником его финансирования.

Принцип биопсихосоциального подхода к диагностике, лечению, реабилитации больного подразумевает участие в его реализации большой группы представителей медицинского сообщества, службы социального обеспечения, логопедов, массажистов и т. д.. А это, в свою очередь, требует совершенствования механизмов междисциплинарного общения, использования терминов, понятных всем членам команды. Концепция синдрома ПСАФ АДА включает следующие механизмы междисциплинарного общения, междисциплинарной интеграции.

Во-первых, использование для обозначения психического состояния человека термина душевный дискомфорт, понятного всем участникам команды, или его синонима — аутодезадаптация с расшифровкой.

Во-вторых, использовать при междисциплинарном общении членов команды, реализующей принцип системного БПС подхода, систему передачи информации о пациенте, полученную при экспресс-диагностике выраженности и структуры ПСАФ АДА в виде формулы (по аналогии с системой Т N M, используемой онкологами для регистрации

распространённости опухолевого процесса), которая выглядит следующим образом:

$$P = x + xC + xA + xФ \text{ баллов, где}$$

$P$  – суммарный интегральный показатель ПСАФ аутодезадаптации;

$x$  – суммарная оценка каждого из четырёх кластеров (рис. 3).

### Клинический пример (рис. 11)

Больной Х., 25 лет, обратился с настойчивой просьбой «восстановить лицо таким, каким оно было до ДТП в 2009 году».

Данные клинико-рентгенологического исследования (ЗД – КТ, фотограмметрия): значимых проявлений деформации лица и лицевого скелета не выявлено, прикус ортогнатический, движения нижней челюсти в полном объёме.

Показатель ПСАФ аутодезадаптации составил 42 балла. Суммарный интегральный показатель выраженности психологического кластера составил 19 баллов – 45,2% от  $X_f$  ПСАФ АДА, принятого за 100%.

Жалобы, внесённые в Лист ДДИВ больным с самооценкой выраженности их в баллах

Что беспокоит Вас и насколько сильно ?	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Ни беспокоит				
1. Тревога за результат лечения, исход заболевания					✓				
2. Беспокойство о возможности повреждения тройничного нерва			✓						
3. Беспокойство о повреждении глазных мышц и их разрыва		✓							
4. Беспокойт слезотечение от веса глазниц		✓							
5. Оставив всё как есть, будет полное самоуничтожение	✓								
6. Жесточайшая депрессия	✓								
7. Проблемы с дыханием			✓						
Баллы	9	8	7	6	5	4	3	2	1

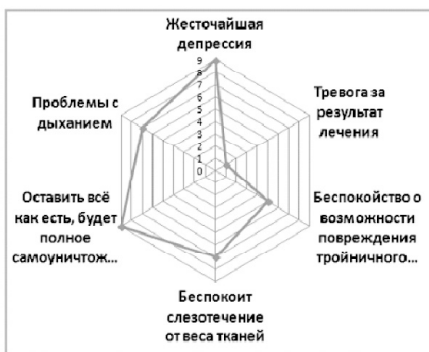


Рис. 11. Выраженности и структуры ПСАФ АДА у пациента, перенёсшего 5 лет тому назад черепно-лицевую травму. При фотограмметрии явных признаков деформации лицевого отдела головы не выявлено

*Заключение.* Учитывая высокий уровень суммарной интегративной ПСАФ АДА (42 балла), высокий суммарный показатель выраженности П кластера (19 баллов), искажение самооценки архитектуры лица, рекомендовано психологическое консультирование.

Больной направлен на консультацию к заведующей отделением клинической психологии и психотерапии ППС СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, которая диагностировала у него обострение шизофрении.

Опыт, накопленный при апробации метода первичной экспресс-диагностики ПСАФ АДА на протяжении пяти лет, убеждает нас в том, что его можно использовать при решении следующих задач.

Быстрого получения информации о выраженности и структуре аутодезадаптации, необходимой для разработки индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации.

- Обоснования необходимости психологического консультирования больного.

- Мониторинга состояния больного на этапах лечения и реабилитации.

- Осуществления скрининга лиц с высоким уровнем аутодезадаптации среди учащихся, беременных и других групп населения для своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий.

- Использования в педагогическом процессе у студентов медицинских вузов для формирования у обучающихся целостного восприятия больного, совершенствования навыка системного биопсихосоциального подхода к обследованию и лечению больных.

### **Единое масштабирование как одно из направлений изучения характера взаимосвязи между доменами, кластерами и их отдельными элементами (подсистемами)**

Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека подразумевает, что каждый из трёх доменов БПС или четырёх кластеров ПСАФ, образующих функцио-

нальную систему, взаимодействуют между собой, оказывают влияние друг на друга. Следствием этого является постоянное изменение внутренней структуры базовых компонентов (доменов, кластеров) системы, обозначенных нами на стартовой модели заболевания в виде четырёх блоков: местные проявления заболевания, системные реакции организма, социально-экономический статус и ВКБ или ПСАФ аутодезадаптация (рис. 6).

Процесс постоянного, динамичного изменения выраженности и структуры этих компонентов за счёт изменения составляющих их элементов (подсистем) обеспечивают функционирование организма в целом, противодействие его эндогенным и экзогенным факторам аверсивного характера, воздействующих на него.

Чтобы оценить состояние больного, контролировать динамику заболевания и выздоровления, эффективность проводимого лечения врачи сравнивают выраженность отдельных клинических симптомов, данных функциональной диагностики, показателей гематологического, биохимического, иммунологического исследования. Трудность такого сравнительного анализа заключается в том, что все перечисленные параметры оцениваются в различных метрических системах.

В связи с этим возникла идея создания способа единого масштабирования разнообразных клинико-лабораторных показателей, подобно языку межнационального общения эсперанто (проект «Lingwe uniwersala» Л.М. Заменгоф. 1887), с целью сравнения выраженности различных показателей гомеостаза организма, оцениваемых разными метрическими системами (мм, градусы С°, %, А/Д мм. р.ст., п/мин., м/моль и т.д.), на основе понятийно-балльной шкалы оценки показателей ПСАФ АДА.

Основанием для выбора понятийно-балльной шкалы оценки показателей ПСАФ АДА явилось то обстоятельство, что при обсуждении больных врачи часто пользуются привычной понятийной шкалой оценок степени отклонения того или иного показателя от нормативного уровня, не называя его цифрового значения. Например: у больного чрезвычайно высокий лейкоцитоз, умеренное повышение

температуры тела (лихорадка), высокое содержание сахара в крови, умеренная тахикардия, слегка повышено содержание билирубина в крови, слегка снижен цветной показатель. Эти понятия (чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо) часто употребляются врачами. Мы использовали этот принцип перевода цифровых, количественных показателей состояния больного, местных и общих реакций организма при переводе их в единую понятийно-балльную шкалу (рис. 12).

С использованием разработанной шкалы единого масштабирования М.Б. Кадыров провёл исследование по изучению соотношения выраженности трёх синдромов (Синдрома местного воспаления, Синдрома системного воспалительного ответа, Синдрома ПСАФ аутодезадаптации) в динамике заболевания у 112 больных острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации.

Температура	Частота пульса в мин	Частота дыхания в мин	Лейкоциты
— 38,1°C и выше — 9	чаще — 90 — 9	чаще — 20 — 9	— 12 000 — 9
— 38,0°C — 8	— 90 — 8	— 20 — 8	— 11 500 — 8
— 37,8°C — 7	— 88 — 7	— 19 — 7	— 11 000 — 7
— 37,6°C — 6	— 86 — 6	— 18 — 6	— 10 500 — 6
— 37,4°C — 5	— 84 — 5	— 17 — 5	— 10 000 — 5
— 37,2°C — 4	— 82 — 4	— 16 — 4	9 500 — 4
— 37,0°C — 3	— 80 — 3	— 15 — 3	— 9 000 — 3
— 36,9°C — 2	— 78 — 2	— 14 — 2	— 8 500 — 2
— 36,8°C — 1	— 76 — 1	— 12 — 1	— 8 000 — 1
— 36,7°C — 2			— 7 500 — 2
— 36,6°C — 3			— 7 000 — 3
— 36,5°C — 4			— 6 500 — 4
— 36,4°C — 5			— 6 000 — 5
— 36,3°C — 6			— 5 500 — 6
— 36,2°C — 7			— 5 000 — 7
— 36,1°C — 8			— 4 500 — 8
— 36,0°C — 9			4 000 — 9

Рис. 12. Перевод некоторых показателей выраженности местного воспалительного процесса в единую понятийно-балльную шкалу масштабирования

ЗАТРУДНЕНИЕ ГЛОТАНИЯ									
Выраженность затруднения глотания в баллах									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	11	13	15	18	21	25	30	Более 30	
Время, затраченное больным на приём («проглатывание») 70 мл воды в секундах									

ЗАТРУДНЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА (КОНТРАКТУРА)									
Выраженность затруднения глотания в баллах									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
55	44	35	27	20	14	10	7	5 и менее	
Открытие рта – расстояние по вертикали между верхними и нижними резцами в мм									

Рис. 13. Перевод основных метрических и понятийных показателей выраженности местного воспаления и системного воспалительного ответа в баллы у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области

По соотношению выраженности этих синдромов М.Б. Кадыров распределил больных по трём группам: больные с психосоматическим вариантом течения заболевания, больные с соматопсихическим вариантом течения заболевания и больные со сбалансированным вариантом течения заболевания.

### Вариант течения заболевания - соматопсихический

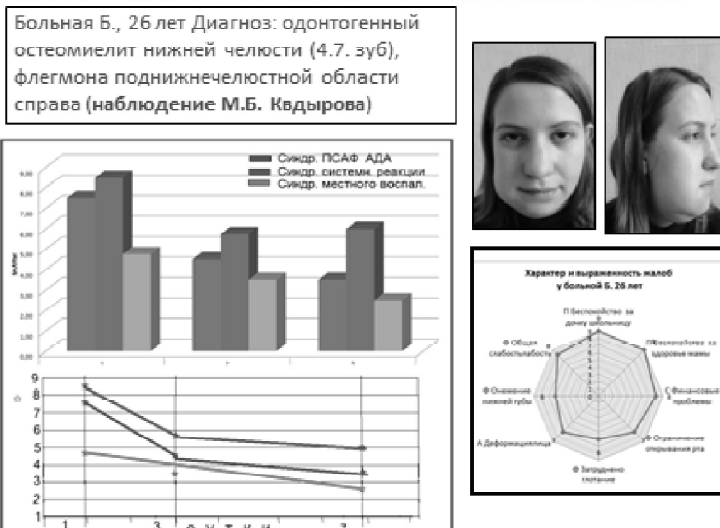


Рис. 14. Динамика выраженности трёх синдромов у больного острым одонтогенным остеомиелитом верхней челюсти



## **6. Востребованность и перспектива использования концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации для реализации биопсихосоциального подхода**

Каждого изобретателя новой технологии, автора нового проекта волнуют такие вопросы: актуально ли его исследование, будет ли понята и востребована его идея, есть ли перспектива её развития? В научном сообществе эти вопросы чётко сформулированы в виде требований к оформлению тезисов докладов, научных статей, диссертаций, заявок на изобретение.

Подобное волнение, сомнение испытывал я в 2015 году, когда мы, подготовив проект первого пособия для преподавателей и врачей «ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНДРОМА ПСИХО-СЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ, УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ И ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССАХ», направили его на рецензию в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Положительные рецензии директора НМИЦ ПН д.м.н. профессора Н. Г. Незнанова и д.псих. н. Е. П. Кораблиновой успокоили нас и позволили активно продолжать исследования по совершенствованию и апробации Концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации в ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова и в ряде лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга, Оренбурга, Казахстана. Этому способствовало то обстоятельство, что на просьбу усилить нашу команду психологом Николай Григорьевич Незнанов выделил для участия в наших совместных исследованиях сотрудницу НМИЦ ПН им.В.М. Бехтерева д. псих. н. Е. Е. Малкову.

Елена Евгеньевна активно включилась в работу нашего коллектива. Неоднократно выступала с докладами на конференциях, симпозиумах по проблеме концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации. Совместно с аспирантом М.Б. Кадыровым она провела исследование больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями головы и шеи. Ими была подтверждена валидность методики первич-

ной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, в частности психологического кластера ( $r=0,910$ ), для оценки состояния тревожности у больных с этой патологией.

Основной целью нашего исследования была разработка метода первичной экспресс-диагностики психического состояния пациента, который был доступен врачам первичного звена медико-санитарной помощи, работающих в режиме амбулаторного приёма, и позволял бы им документировано обосновать необходимость проведения психологической консультации, доходчиво убедить пациента в целесообразности её. Поэтому наше внимание привлекло опубликованное в «Психологической газете» «Обращение НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева к авторам клинических рекомендаций», подписанное директором этого центра проф. Н.Г. Незнановым и проф. Т.А. Караваевой.

В конце «Обращения...» авторы пишут о необходимости: «...Закреплять привлечение клинического психолога и врача-психотерапевта в процесс лечения и реабилитации больных с различными психическими расстройствами, что позволит создать условия для реализации приоритетного биопсихосоциального подхода к лечению и стимулировать организаторов здравоохранения к заполнению ставок соответствующих специалистов в медицинских учреждениях».

Эта цитата из «Обращения...» содержит три положения, требующих, с нашей точки зрения, обсуждения.

***Первое положение:*** «...привлечение клинического психолога и врача-психотерапевта в процесс лечения и реабилитации больных».

Вопрос. Кто должен привлекать этих специалистов в процесс лечения и реабилитации больных с различными психическими расстройствами?

С нашей точки зрения, «инструментом привлечения» является обоснованное направление на психологическое консультирование пациентов врачами ПЗМСП, прерогативой которых является оказание первичной лечебно-диагностической помощи населению. Но для реализации этой прерогативы врачам требуется свой «инструмент» первичной экспресс

диагностики психического состояния больного, пригодный для использования в условиях амбулаторного приёма. Одним из таких инструментов, по нашему мнению, может быть методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации – душевного дискомфорта.

**Второе положение:** *«привлечение клинического психолога и врача-психотерапевта в процесс лечения и реабилитации больных с различными психическими расстройствами, что позволит создать условия для реализации приоритетного биопсихосоциального подхода к лечению».*

Безусловно, участие психологов в диагностическом, лечебном процессах и реабилитации способствует реализации принципа приоритетного биопсихосоциального подхода к лечению. Но первый шаг приоритетному биопсихосоциальному подходу могут сделать и врачи ПЗМСП, если они владеют первичной экспресс-диагностикой ПСАФ аутодезадаптации. Результаты такого исследования позволят им осуществить так называемую маршрутизацию пациента – составить план обследования, направления на консультацию к тем или иным специалистам (включая обоснованное психологическое консультирование), принять решение о содержании и месте проведения лечения, осуществить адресную психотерапевтическую беседу. Результаты исследования он может передать в виде простой формулы специалистам-консультантам. Более того, он получает первичную информацию о структуре и выраженности трёх доменов биопсихосоциального подхода к лечению и реабилитации больного.

**Третье положение:** *«стимулировать организаторов здравоохранения к заполнению ставок соответствующих специалистов (клиническими психологами, психотерапевтами)...»*

Одной из причин не заполнения выделенных медицинскому учреждению ставок клинического психолога, психотерапевтов, по нашему мнению, является незагруженность их консультативной работой. Если врачи ПЗМСП, владеющие методами первичной экспресс-диагностики психического состояния, обеспечить поток обоснованных направ-

лений на психологическое консультирование, проблема будет решена.

Тем читателям, которые захотят более подробно ознакомиться с сутью биопсихосоциального подхода в медицине, рекомендуем прочитать прекрасную статью Н.Г. Незнанова с соавторами – сотрудниками возглавляемого им. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева «Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований», опубликованная в Журнале «Обзор психиатрии и медицинской психологии» № 2, 2020.

Предвижу, что такой подход к первичной экспресс-диагностике психического состояния (психического домена) психологи назовут проявлением редукционизма, примитивизма. Согласен. Но позволю вам напомнить. Мы обсуждаем возможность исследования психического домена на самом первом уровне многоуровневой системы здравоохранения, для того, чтобы в случае необходимости своевременно привлечь соответствующих специалистов к более глубокому исследованию каждого из трёх доменов.

## ЭПИЛОГ

Альпинисты и те, кто ходил с ними покорять вершины, поймут меня. Последние метры восхождения – самые трудные, но и самые радостные. Свершилась мечта, цель достигнута, вершина покорена. А что дальше? Остаться на покорённой вершине и провести здесь остаток жизни или спускаться вниз, вниз, вниз? Нет! У альпиниста уже зарождается новая мечта – покорить следующую вершину. И он, спускаясь с покорённой вершины, уже идёт вслед за новой мечтой. Такие чувства испытываю я, перечитывая рукопись этой книги перед тем, как отправить её в издательство. Как будет называться вершина моей новой мечты? Несколько читателей моей предыдущей книги «Душевный дискомфорт, или Синдром ПСАФ аутодезадаптации», дав в целом положительную оценку, «шепнули» мне:

– Книга хорошая, полезная, но какая-то печальная, грустная.

Слушая это, я подумал, а не назвать ли мне вершину моей новой мечты «Этюды борьбы с душевным дискомфортом»? Или что-то в этом роде.

Перед тем как закрыть эту книгу, посмотрите, как воплощается девиз нашей группы «любопытных».

Мечтать, фантазировать и прислушиваться к эху своих мыслей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекс Клемент.* Дифференцированный подход к выбору методики операции удаления нижних третьих моляров и медикаментозного обеспечения послеоперационного периода / Материалы диссертационного исследования. Hôpital Max Fourestier. Nanterre. France. 2021. С. 151
2. *Антонова Н.Л., Меренков А.В.* Модель «перевёрнутого обучения» в системе высшей школы: проблемы и противоречия [Текст] // Integration of Education. — Vol. 22. — № 2. 2018. — Pp. 237-241.
3. *Вацкель Е.А., Барабошина А.А.* Самонаправляемое обучение студентов в «перевёрнутом» классе // Ярославский педагогический вестник. — 2019. — № 2 (107). — С. 60—66.
4. *Кадыров М.* Системный подход к оценке состояния больных острой одонтогенной инфекцией. Автореф. дисс. канд. 14.01.14 — стоматология. — 2018. — С. 20
5. *Кондратьев Г.В. Юдин С.А. Вершинин Е.Г. Хвастунова Е.П. Сидорова Д.А. Вешнева С.А.* Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика // Журнал Успехи современного естествознания. — 2014. — № 9 (часть 1). — С. 14-16.
6. *Лебедева У.В., Рыбакова К.В., Лотоцкий А.Ю. и др.* Основы психосоматической медицины Разработки к семинарским занятиям для студентов 6-го курса лечебного и спортивного факультетов. Издательство СПбГМУ, 2008.
7. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания. 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — С. 37-52.
8. *Малкова Е.Е. Соловьёв М.М.* Использование синдрома ПСАФ дезадаптации для координации совместной работы врача-стоматолога и психолога, психотерапевта // Международная научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии». — СПб. 2014. С. 93.
9. *Павельева Т.Ю.* Реализация технологии «перевёрнутый класс» на основе платформы “YourStudy” [Текст]

// Вестник Тамбовского университета. Серия «Гуманитарные науки». — 2017. — Т. 22, вып 5(169). — С. 82-87.

10. *Незнанов Н.Г., Караваева Т.А.* «Обращение НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева к авторам клинических рекомендаций» // Психологическая газета. Июль 2021.

11. *Незнанов Н.Г.1,2, Рукавишников Г.В.1, Касьянов С.Совет.* Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. Журнал ОБЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. № 2, 2020. Проблемные статьи.

12. *Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш.* Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — № 2, 2015. 17-21.

13. *Селье Г.* Очерки об адаптационном Синдроме. М. 1964.

14. *Соловьёв М.М., Alex Clement, доц. Соловьёв М.М.* Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. Volume 19, № 1, 2013. С. 25-28.

15. *Соловьёв М.М., Орехова Л.Ю.* Симпозиум «Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах. Пародонтология». № 2 (71) 2014. — С. 40.

16. *Соловьёв М.М., Ярменко А.И., Григорьянц А.П. доц. Соловьёв М.М. и др.* Системный биопсихосоматический подход к обследованию и лечению больных челюстно-лицевой патологией с использованием данных экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации // Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Армении). Том XVI. № 4. — 2019. — С. 14-21.

17. *Соловьёв М.М.* Душевные дискомфорт. Синдром ПСАФ аутодезадаптации. СПб.: Северная звезда, 2021. 91 с.

18. *Тихонова Н.В.* Технология «перевернутый класс» в вузе: потенциал и проблемы внедрения [Текст] // Казанский педагогический журнал. — 2018. — № 2. — С. 74-78.

19. *Фролова Ю.Г.* Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья // Электронная библиотека БГУ. «Философия и социальные науки: научный журнал». — 2008. — № 4.

20. *Холмогорова А.Б., Рычкова О.В.* 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? Социальная психология и общество. 2017; 8(4): 8-31 .

21. *Циммерман Я. С.* Мудрые мысли о медицине и врачевании. Sententie de Medicina. Изречения, афоризмы, цитаты — 3 издание. ГЭОТАР-Медиа. — 2011. — 285 с.

22. *Ярёменко А.И., Соловьёв М.М., Исаева Е.Р., Алехова Т.М. и др.* Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации как элемент модуля учебной программы по формированию у студентов мировоззрения врача-гуманиста // XIX научно-практическая конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». — СПб., 2014.

23. *Яременко А.И., Ванчакова Н.П., Макошина Е.С., Красильникова Н.В., Вацкель Е.А.* Модель формирования целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования // Ярославский педагогический вестник, № 1. — 2018. — С. 102.

24. *Ярёменко А.И., Соловьёв М.М., Ткаченко Т.Б. и др.* Раннее начало формирования у студентов-медиков навыка биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека с использованием концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации / CATHEDRA Стоматологическое образование. № 74. — 2020. — С. 74-78.

25. *Brown, T. M.* George Engel and Rochester's Biopsychosocial Tradition: Historical and Developmental Perspectives / T. M. Brown // The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. — Rochester, 2003.



26. *Dumont A., Berthiaume D.* (2016). La pedagogie inversee. Enseigner autrement dans le Superieur avec la classe inversee. — De Boeck Superieur s.a., 2016. — P. 235.

27. *Engel G.L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. 25. Science. 1977 Apr8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/ science.847460

28. *Engel G. L.* The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // American Journal of Psychiatry. — 1980. — Vol. 137.

29. *Grinker R.R., Sr.* A struggle for eclecticisim. Am J Psychiatry. 1964;121:451– 457. doi: 10.1176/ ajp.121.5.451

30. *Ghaemi S.N.* The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):3-4. doi: 10.1192/ bjp.bp.109.063859

31. *Hawks, Sharon J.* (2014). The Flipped Classroom: Now or Never? // AANA Journal. — 2014. Vol. 82 Issue 4. — pp. 264-269

32. *Lewis M., Lewis D.O.* Depression in childhood: a biopsychosocial perspective. Am J Psychother. 1981 Jul;35(3):323-9.

33. *Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // Health Psychology. — 2013. — Vol. 32. P. 487– 498. 23.

34. *Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // Health Psychology. — 2013. — Vol. 32. P. 487– 498. 23.

35. *O’Flaherty, J.; Phillips, C.* (2015)/ The use of flipped classrooms in higher education: A scoping review // The Internet and Higher Education. — 2015. — Vol. 25. — pp. 85-95.

36. *Reiser MF.* Implications of a biopsychosocial model for research in psychiatry. Psychosom Med. 1980;

37. *Strauss J, Bernard P, Harper A.* Towards a Biopsychosocial Psychiatry. Psy- chiatry. 2019 Summer; 82(2):103-112. doi: 10.1080/00332747.2019.1579609

38. *Shorter, E.* The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel / E. Shorter // *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness.* – N. Y., 2005.

39. *Wojcik W, Lawrie SM.* Towards a Biopsychosocial Model of Gulf War Illness? *EBioMedicine.* 2016;3:6-7. doi:10.1016/j.ebiom.2015.12.021

## СОДЕРЖАНИЕ

### ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

#### От мечты к мечте

Предисловие . . . . . 3

#### **I ГЛАВА. В поиске пути исполнения мечты о море**

- 1.1. Зарождение мечты о море . . . . . 7
- 1.2. Ленинградское Нахимовское училище . . . . . 9
- 1.3. Путь в море через медицинский институт? . . . . . 11
- 1.4. Медицинский институт им. акад. И.П. Павлова . . . . . 16
- 1.5. Первый конфуз и первый успех в учёбе . . . . . 20
- 1.6. Знакомство с учением И. П. Павлова . . . . . 23
- 1.7. Первая встреча с Гансом Селье . . . . . 28

#### **II ГЛАВА. Мечта о будущей профессии и дружной, счастливой семье**

- 2.1. Мечта о профессии хирурга «широкого» профиля  
и работе на «периферии» . . . . . 30
- 2.2. Девушка с огромными выразительными, всё  
понимающими глазами по имени Карина . . . . . 32
- 2.3. Распределение и крушение мечты о работе хирургом  
«широкого» профиля на «периферии» . . . . . 35
- 2.4. Клиническая ординатура на кафедре челюстно-лицевой  
хирургии и стоматологии . . . . . 40
- 2.5. Выбор темы кандидатской диссертации.  
Досрочное завершение аспирантуры . . . . . 42

#### **III ГЛАВА. Мечта о самостоятельности – руководстве кафедрой**

- 3.1. Работа ассистентом кафедры хирургической  
стоматологии . . . . . 46
- 3.2. Выбор темы докторской диссертации . . . . . 47
- 3.3. Вторая встреча с Гансом Селье, уточнение темы  
докторской диссертации . . . . . 48

3.4. «Тайная вечеря» со студентами под образом Ганса Селье . . . . .	50
3.5. Завершение работы над докторской диссертацией. «Если Бог закрывает дверь, он открывает окно» . . . . .	58
3.6. После завершения работы над докторской диссертацией . . . . .	64
3.7. Деканат иностранных учащихся. Книга «Одонтогенный остеомиелит челюстей» . . . . .	68
3.8. Онкостоматологический центр Ленинграда . . . . .	69

#### **IV ГЛАВА. Свершение мечты о руководстве кафедрой**

4.1. На пути свершения мечты о самостоятельной работе – руководстве кафедрой. «Засватанная невеста» . . . . .	72
4.2. Кафедра стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии . . . . .	74
4.3. Мечта о создании метода экспресс-диагностики психического состояния больного . . . . .	78
4.4. Работа директором ЦНИИ Стоматологии (Москва) . . . . .	85

#### **V ГЛАВА. Свершение мечты о профессиональном и семейном благополучии**

5.1. Возвращение в Ленинград, в Alma mater, на кафедру хирургической стоматологии 1-го ЛМИ им. акад И. П. Павлова . . . . .	89
5.2. Подготовка приемника на должность заведующего кафедрой . . . . .	92

#### **VI ГЛАВА. Вдгонку за новой мечтой.**

##### **Концепция ПСАФ аутодезадаптации**

6.1. Результаты осмысления клинических наблюдений Алекса Клемента . . . . .	95
6.2. Первая дискуссия о «Синдроме ПСАФ дезадаптации» в декабре 2012 года, первые публикации в журналах . . . . .	97
6.3. Факторы, способствовавшие ускоренной разработке и внедрению Концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации . . . . .	97
6.4. Пандемия COVID-19 . . . . .	102

## **ЧАСТЬ ВТОРАЯ**

### **Экспресс-диагностика синдрома ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг врача по пути системного биопсихосоциального подхода к обследованию, диагностике, лечению и реабилитации больного**

1. Биопсихосоциальный подход – идеология современной медицины . . . . .	106
2. Концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации . . . . .	110
3. Методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации . . . . .	115
4. Раннее формирование навыка диагностики ПСАФ аутодезадаптации у студентов . . . . .	123
5. Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг к биопсихосоциальному подходу . . . . .	135
6. Востребованность и перспектива использования концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации для реализации биопсихосоциального подхода . . . . .	144
Эпилог . . . . .	148
Литература . . . . .	149

**М. М. Соловьев.** Путь хирурга от мечты о море до синдрома ПСАФ аутодезадаптации. СПб.: «Северная звезда». – 2021. 156 с., ил.

Главный редактор *М. В. Тоскина*  
Верстка *И. В. Фомичева*

Отпечатано в типографии издательства «Северная звезда»  
Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 23, к. 1, пом. 4Н  
(812) 388-93-41; e-mail: [tozvezda@yandex.ru](mailto:tozvezda@yandex.ru)

Печать цифровая. Гарнитура «Петербург».  
Формат 60x84/16. Объем 9,75 печ. л.  
Тираж 300 экз.

Великие люди, чьи мысли, идеи вели меня от мечты к мечте



П.С. Нахимов



И.П. Павлов



Н.И. Пирогов



Ф.Г. Углов



С.С. Юдин



А.А. Квяндский



Л.Р. Балон



А.А. Лимберг



Г. Селье



В.А. Дунаевский



Авицена



А.К. Пильберг



Д. Карнеги



В.М. Бехтерев



Р.А. Лурия

Мечта – процесс трансформации своих желаний в образы, поступки, окрашенных ореолом романтизма, фантастики, который способствует формированию у человека позитивного эмоционального состояния и может побуждать его к деятельности по её достижению.