

установленный факт, что такая объективно значимая для любой матери психическая травма, как смерть ребенка, для женщин с патологически текущим климаксом становится менее патогенной, чем развод с мужем. Это привело нас к заключению об «истеризации» многих женщин в период климакса с возникновением эгоцентризма [7].

Единичные исследования, направленные на изучение психологических аспектов адаптации женщин во время климакса, до конца не решили эту сложную проблему. Заслуживает внимания работа Прилла (1964), в которой автор выделяет несколько форм поведения женщин в ответ на наступление климакса: 1) безразличное (аперсональное) поведение, 2) приспособление, 3) невротическое поведение, 4) активное преодоление. Можно не согласиться с автором в отношении выделения безразличного поведения женщины в период климакса. В наших наблюдениях мы не встречались с подобной формой. Нам кажется, что это объясняется невозможностью ее возникновения, так как нет ни одной женщины, безразличной к своему внешнему облику, угасанию детородной функции, к начинающемуся старению (исключение составляют психически больные женщины). Что же касается остальных форм поведения, то лишь одна из них представляется адекватной, при которой не происходит развития заболевания. Это адаптация женщины к патологическим проявлениям климакса, несмотря на их выраженность, с переключением внимания на семью, работу, общественную и иную деятельность. Подобная форма адаптации аналогична описываемой Ц. П. Короленко (1978) положительной защитной реакции на фрустрацию (в данном случае на климакс как значимое социально-психологическое явление), именуемую компенсацией. В результате активного преодоления (по Прилле) в клинической картине заболевания возникают истерические и психосоматические симптомы с формированием в дальнейшем соответствующих форм поведения.

Таким образом, анализ проблемы взаимоотношений биологического и социального в климаксе показывает, что без учета социально-психологических проблем инволюционного периода и мер психологической защиты трудно понять патогенез заболевания, правильно выбрать терапию патологического климакса, определить объем реабилитационных и профилактических программ. В теоретическом плане климакс представляется нам хорошей моделью для изучения взаимодействия и взаимосвязи биологического и социального, соматического и психического.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. В кн.: Физиология и патология климактерия женщины. Л., Медицина, 1965.— 2. Вихляева Е. М. В кн.: Гинекологическая эндокринология. М., Медицина, 1980.— 3. Змановский Ю. Ф. Возрастные нейрофизиологические особенности и климактерические расстройства у женщин. М., Медицина, 1975.— 4. Зудикова С. И., Дороднова Н. С. В кн.: Материалы конф. «Эндокринная система организма и токсические факторы внешней среды». Л., 1980.— 5. Ковалев В. В. В кн.: Методологические вопросы психиатрии. М., 1981.— 6. Мануйлова И. А. В кн.: Гинекологическая эндокринология. М., 1980.— 7. Менделевич В. Д. В кн.: Материалы науч.-практ. конф. «Психогенные заболевания на измененной «почве». Воронеж, 1982.— 8. Морозов Г. В., Шостакович Б. В. В кн.: Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. М., 1982.— 9. Мясичев В. Н. Личность и неврозы. М., Медицина, 1960.— 10. Мясичев В. Н., Яковлева Е. К. В кн.: Труды I Всесоюз. съезда невр. и псих., М., 1962.— 11. Невзорова Т. А. В кн.: Психотропные средства в соматической медицине. М., 1971.— 12. Пуцай С. А. В кн.: Психические заболевания пожилого возраста. Киев, 1981.— 13. Федосеев П. Н. В кн.: Биологическое и социальное в развитии человека. М., 1977.— 14. Добжанский Т. В кн.: Вопросы внутренней патологии у психически больных. М., Медицина, 1973.— 15. Prill H. Psechosomatische Gynäkologie. Urban u. Schwarzenberg. München, 1964.

Поступила 24 февраля 1983 г.

ЛЕКЦИЯ

ИДЕОЛОГИЧЕСКАЯ БОРЬБА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Заслуж. деят. науки РСФСР проф. В. А. Германов

В работе «О значении воинствующего материализма» В. И. Ленин писал: «Мы должны понять, что без солидного философского обоснования никакие естественные науки, никакой материализм не может выдержать борьбы против натиска буржуазных

идей и восстановления буржуазного мировоззрения»¹. Эта мысль В. И. Ленина определяет принципиальную позицию ученых-медиков в современной идеологической борьбе. Именно марксистско-ленинская теория познания, теория отражения и диалектическая логика служат методологической основой современной медицинской диагностики.

Медицинская категория «клинический симптом» в методологическом аспекте представляет собою явление, форму выражения патогенетической сущности. Внутренняя противоречивость клинического симптома состоит в том, что он отражает и патологический процесс, и защитные, компенсаторно-приспособительные реакции организма человека. Без анализа противоречивой сущности клинического симптома у постели больного невозможно распознавание клинического синдрома, современная прогностика, симптоматическая терапия, наконец, — выбор ведущих клинических симптомов и синдромов для последующей дифференциальной диагностики больного с синдромно- и синдромносоходными заболеваниями.

Симптомы в клиническом симптомокомплексе, появляясь в совокупности, имеют определенное значение лишь для «опознания» общей картины болезни на ранних этапах обследования больного. Гораздо большую роль в диагностике играет клинический синдром, то есть группа клинических симптомов, в совместном развитии которых четко определены медицинской наукой не только пространственно-временные, но и причинно-следственные, сущностные, необходимые патогенетические связи. На основе распознавания клинического синдрома успешно осуществляется последовательная диагностика синдромносоходных заболеваний по принципу наивысшей опасности, что приводит к установлению предварительного, а затем и клинического диагноза, прогноз, проводится неотложная патогенетическая терапия. Врачи Запада модную там клиническую синдромологию иногда используют иначе. Порою ими высказывается мысль о том, что установление клинического синдрома означает... конец процесса диагностики и потому распознавание по нозологии для больного человека является излишним. Такой утилитарный подход прагматического толка имеет далеко идущие последствия. Речь идет не только о восприятии «принципа экономии мышления» (за счет здоровья и жизни!), но и об изъятии из врачевания категории болезни человека. А это исключает, делает ненужным все мероприятия по медико-социальной адаптации, трудоустройству, общей профилактике, по оздоровлению условий окружающей среды, труда и быта. Человек буржуазными медиками сразу низводится до уровня индивида биологического вида, и его социальная сущность попросту исчезает из сферы медицинского бизнеса. Устремления к биологизации человека в медицине «трогательно» совпадают с культом человека-зверя, воспетого буржуазными идеологами. Таким образом, антигуманная сущность западной «синдромологии» проявляется здесь вполне отчетливо. Мы противопоставляем этим антинаучным позициям устремления к прогрессу клинической синдромологии, к использованию ее достижений в неотложной прогностике и патогенетической, urgentной терапии, для того, чтобы после научного обоснованного выбора ведущего клинического синдрома осуществлялся процесс дифференциальной диагностики больного человека с синдромносоходными заболеваниями последовательно, по степени их риска.

Методологической основой предварительного диагноза служит марксистско-ленинское учение о гипотезе. Нам глубоко чужды антинаучные, антигуманные позиции врачей и ученых-медиков Запада, пытающихся определять предварительный диагноз как пресловутую «рабочую гипотезу», выдвигаемую для данного «момента обследования», их уверения в том, что вся диагностика — только цепь предположений, не более. По их мнению, врач может оперировать лишь гипотезами, выражающими «степень его уверенности» в наличии того или иного страдания человека. Однако предварительный диагноз — не измышление. Это вероятностное знание, это предположение, основанное на строго достоверных фактах клинического, клинико-инструментального, клинико-лабораторного исследования. Это часть системы медицинских знаний. Предварительный диагноз должен охватывать максимальное число достоверных фактов, допускать возможность научной проверки, подтверждения или опровержения, быть логически простым и способствовать постановке клинического диагноза, а не очередной «рабочей гипотезы». Для формирования предварительного диагноза необходимы знания, опыт, мастерство врача, его эмоциональное напряжение, неизбежное в диагностике, когда фактов еще недостаточно для клинического диагноза.

В наше время диагностика — зрелая отрасль научного познания. И высокий уровень ее развития проявляется не только в том, что современный распрос стал точным методом познания внутренней картины болезни, не только в том, что наши диагностические методы выходят на рубежи анграммы, пиктограммы, микросекунды. Медицина создает свой математический аппарат диагностики и прогностики и уже обрела способность к научному предвидению.

Современная медицинская диагностика способна осуществлять распознавание болезни на самых различных ее этапах по существу, со всеми индивидуальными особенностями больного человека. На этой научной, методологической основе осуществляются гуманные устремления к сокращению диагностического периода, к научной, все более многогранной и целенаправленной экспертизе, к эффективному диагностическому кон-

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 45, с. 29—30.

тролю, представляющему проверку жизнью наших диагностических решений. Не «лекарский подход», а научный поиск имеет решающее значение. Твердо обосновывая научную, методологическую основу современной медицинской диагностики в творческих дискуссиях, мы утверждаем на деле гуманную сущность врачевания.

Пытаясь противостоять этой ясной позиции, представители буржуазного мировоззрения в современной диагностике отрицают объективную природу болезни и считают, что медицинская диагностика должна быть «отлучена от всякой философии». Естественно, они имеют в виду философию диалектического материализма! Эта концепция изложена в книге Л. Ластеда «Принятие решений в медицине» (1971). Низведение медицинской диагностики к «технологии», к определению «степени уверенности врача» — это не только проповедь субъективного идеализма и техницизма в медицине, но и аморальный отказ от деонтологии в современной диагностике.

Критического анализа заслуживает метод «выжидания» строго специфических клиничко-лабораторных, клиничко-инструментальных признаков болезней. Их не так уж и много. Оттяжка времени в принципе опасна, антигуманна. Явно порочна в современных условиях диагностика с помощью учета положительных или отрицательных результатов применения антибиотиков или химиопрепаратов, обладающих широким спектром действия. Опасен метод так называемых провокационных проб, еще бытующий во фтизиатрии и клинической аллергологии. До сих пор существует и способ «прямого, непосредственного обоснования», когда врач, видя, например, гиперемию зева и налеты на небных миндалинах, «прямо и непосредственно опознает» ангину. Отказ от научного распознавания приводит иной раз к тому, что врач тяжело (для больного человека!) ошибается в диагностике инфекционного мононуклеоза или того хуже — острого лейкоза, многообразных форм гемоцитопении, вплоть до агранулоцитоза. Постоянным атрибутом эмпиризма является и метод проб и ошибок, когда инструментальные и лабораторные исследования проводятся наугад, то есть без всякого клинического обоснования. Врач не тратит сил на врачебную догадку, не строит гипотез. А пациенты вполне обоснованно жалуются, что их «пятый день анализами лечат» или «гоняют по кабинетам!» Случается, что на консилиумах в затруднительных случаях вместо научного анализа патогенеза и достоверных, выявленных клинических симптомов участники начинают предаваться воспоминаниям о внешнем сходстве исследуемого больного с ранее когда-то виденными, допуская метафизическое преувеличение роли чувственного опыта, явную эмпирическую недооценку научных теорий и их единства с практикой.

Характерным примером упрощенного применения детерминистской логики в диагностике являются попытки распознавания по принципу «короткого замыкания»: «симптом — болезнь». Так, врач, взявший «напрокат» модное словечко «алгоритм», не вникая в суть творческого процесса программирования, пытается настоять на том, что после установления достоверности клинического, клиничко-лабораторного, клиничко-инструментального симптома отнюдь не следует изучать его природу, привлекая теоретические знания клинической медицины и патологической физиологии. По его мнению, надо сразу, подряд, чисто механически «перебрать» все заболевания, протекающие с подобными же симптомами. Этот диалектический трюк бесконечно далек от современного научного программирования, антигуманен и прямо противостоит диалектике процесса познания. В медицинской публицистике еще не вышли из моды статьи на тему «Машина ставит диагноз, машина лечит». Утверждение безврачебной диагностики подавалось в эффектной форме. И в медсанчасти одного из городов Поволжья была установлена ЭВМ с лечебно-диагностической программой. Параллельный врачебный контроль над больными людьми был, конечно, сохранен! Заболевшие люди встречались с ЭВМ по доброй воле, заполняли карточки, получали советы, отпечатанные на машинке, и уходили. Поначалу возле ЭВМ было многолюдно, а затем — никого... Оказалось, что заболевшему человеку в горе и беде необходим... другой человек. Врач. Живая надежда. Так что проповеди безврачебной диагностики «без руки и слова», как в известном (последнем по счету!) стихотворении С. Есенина едва ли перспективны. Но, конечно, никому не придет в голову отрицать значение ЭВМ для медицинской диагностики, если она будет не между врачом и больным человеком, а рядом с врачом! Книги, подобные монографии Л. Наумова с интригующим названием «Нажмите кнопку, коллеги!» (1979), не могут противостоять диалектическому, диалектико-материалистическому врачебному мышлению в современной диагностике больного человека.

Диалектико-материалистическое мировоззрение советского врача принципиально противоположно буржуазному прагматизму в медицинской диагностике с его тезисом об истинности субъективно полезного. Это субъективное понимание полезности является своеобразной платформой медицинского бизнеса, одухотворяя существование экономического, социального, политического, расового, национального, религиозного барьеров между врачом и пациентом и вообще между людьми. Эти преграды объективно препятствуют близости врача и пациента в медицинской диагностике. На такой основе рождается и ведомственный подход к больному человеку с его сакрентальной формулой: «Больной — не наш!», утилитарный подход к назначению диагностических процедур «по схеме», без учета индивидуальных противопоказаний и необходимой психопрофилактической подготовки.

Буржуазный конвенционализм как разновидность прагматизма, новейшего пози-

тивизма и операционализма выступает в медицинской диагностике с проповедью «упорядочения мнений» в качестве цели познания больного человека. Согласно этой концепции, диагностические формулировки — не результат распознавания по существу, а итог «джентльменского соглашения» о терминах. О диагностическом контроле и практике как критерии истины конвенционалисты даже не упоминают. Отказ от раскрытия объективной природы, объективной сущности болезни со всеми индивидуальными особенностями больного человека противостоит не только научному мировоззрению, но и гуманным целям врачевания.

Представители буржуазного кондиционализма в медицинской диагностике пытаются привнести свой антинаучный «вклад» в модные сейчас факторы риска, имеющие столь большое значение в сверххранной диагностике, решении проблемы предболезни и первичной профилактике заболеваний. Кондиционалистски мыслящие деятели медицины Запада не склонны искать ведущее звено в этиологии заболеваний. Вместо этого научного подхода они бестрепетно составляют «панели риска» чуть ли не в алфавитном порядке, руководствуясь обывательским принципом: «после этого, значит вследствие этого». Такой антинаучной, антигуманной позиции эффективно противостоит учение о факторах риска, создаваемое творческими усилиями ученых-медиков социалистических стран на методологической основе марксистско-ленинского учения, на научных закономерностях категорий причины и следствия.

Проникают в медицинскую диагностику и своеобразные интродукции операционализма, составленные из полуфабрикатов буржуазного логического позитивизма и прагматизма. Убогие идеи операционального анализа, согласно которым вещи — суть наши конструкции, а реальные объекты не существуют вне операций, являются не только антинаучными, но и антигуманными. Ведь поговаривают порой во врачебном обиходе, что так называемая «функциональная» диагностика «стоит» над клиникой, а поскольку диагноз инфаркта миокарда и стенокардии «записан» на лентах диагностических приборов, клиническое обследование больного человека якобы «малоинформативно». Случается, что врач с ущербным мировоззрением, к которому обращается человек с болями в области сердца и за грудиной, отсылает пациента в кабинет «функциональной» диагностики, надеясь, что там разберутся. Есть изменения на ЭКГ — значит, можно ставить диагноз ишемической болезни сердца, а если их нет — отправить больного человека домой. На деле это может привести к трагедии. Подобный пример демонстрирует искусственное разобщение структуры и функции, инструментальных исследований и клиники, ведущее к техницизму, при котором технические операции способны представлять объект. Мы считаем, что в кабинетах клинико-инструментальной диагностики и клинико-диагностических лабораториях следует осуществлять анализ и синтез результатов комплексного обследования больного человека. Изоляция врача-лаборанта, рентгенолога, специалиста в области клинико-инструментальной диагностики недопустима.

В острой идеологической борьбе с антинаучными, антигуманными концепциями буржуазной философии в медицинской диагностике важное значение имеет творческое содружество философов-марксистов и медиков, к которому призывал В. И. Ленин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ластед Л. Принятие решений в медицине. М., Медицина, 1971. — 2. Наумов Л. Нажмите кнопку, коллега! Ташкент, 1979.

Поступила 20 сентября 1982 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 618.532.6—071.4:611.736:611.725

А. В. Баранов, Н. К. Киреева (Саранск). О пальпации стреловидного шва при тазовых предлежаниях через брюшную стенку

Возможность пальпации швов на головке при гидроцефалии плода через брюшную стенку отмечал Гентер в 1929 г. Необходимость диагностировать перенашивание плода при тазовых предлежаниях заставила нас использовать эту возможность, ибо состояние швов, родничков и костей головки более информативно, чем все другие признаки. Для пальпации шва и большого родничка при тазовом предлежании необходимы определенные условия: умеренная толщина и достаточное расслабление брюшной стенки, неглубокое расположение головки в подреберье, выраженность шва и родничка (отсутствие перенашивания).

Для пальпации стреловидного шва и родничка необходимо уточнить позицию плода. Головка пальпируется правой рукой в том или ином подреберье от позвоночника к передней брюшной стенке и стреловидный шов определяется в виде длинной борозды близко ко фронтальной плоскости (к поперечному размеру входа в малый таз) и, соответственно позиции плода, на одном конце этой борозды нередко удается пропальпировать углубление в костях черепа — большой родничок.