

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 профилактики 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.

За 1981—1982 гг. в родильном отделении на дороговой госпитализации находилось 42 беременные с тазовым предлежанием, у 37 из них мы пальпировали стреловидный шов головки плода. За этот период у 4 беременных решался вопрос о возможном перенашивании плода при тазовых предлежаниях. У всех у них без затруднений был пальпирован стреловидный шов, а у 3 из них — и большой родничок. Роды проведены консервативно.

Н., 30 лет, 4-я беременность, 2-е предстоящие роды. Поступила в отделение 21/II 1982 г. с диагнозом, поставленным в женской консультации: беременность 41 нед, гидрос, отягощенный акушерский анамнез, тазовое предлежание.

Первые роды произошли в срок, перенесла 2 медицинских аборта. Менструации появились с 15 лет и установились сразу через 28 дней по 3—4 дня, последние были 30/IV 1981 г. Сама считает, что беременность перенашивает 2 нед.

Проведено обследование: беременная правильного телосложения, удовлетворительного питания, ВДМ — 39 см, ОЖ — 104 см, положение плода продольное, предлежит подвижный тазовый конец, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 138 уд. в 1 мин слева выше пупка. В правом подреберье отчетливо пальпируется стреловидный шов головки во фронтальной плоскости.

При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, шейка укорочена, размягчена, канал проходим для 1 пальца. Предлежат ягодицы, стоят высоко. Мыс не достигаем при возможности пальцев в 11,5 см. Диагноз: беременность 40 нед. Тазовое предлежание. Гидрос. Предусмотрено консервативное ведение родов.

8/III произошли роды с пособием по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. Родился доношенный новорожденный с оценкой состояния по Апгар в 9 баллов.

Исходя из нашего небольшого опыта считаем, что пальпация стреловидного шва и родничка через брюшную стенку в тазовом предлежании при известных условиях возможна и позволяет исключить перенашивание плода.

УДК 616.61—002.3—07:616.637—02:618.3

Г. К. Парафейник, А. А. Черкасова, Е. М. Клеменц (Куйбышев). Микробная флора мочи беременных при хроническом пиелонефрите

Исследования проведены у 512 беременных, из них у 296 был хронический пиелонефрит, у 101 — поздний токсикоз; 115 беременных составили контрольную группу.

Бактериологическое исследование мочи позволило обнаружить рост микробной флоры у 46,3% беременных, преимущественно в монокультурах (94,9%) и реже в ассоциациях (5,1%), причем кишечная палочка составляла 48,1%, стафилококки — 37,3% (из них патогенные — 84,1%), другие виды микробов — 14,6%. Бактериурия в различной степени выраженности установлена у 58,1%, к тому же истинная — у 36,9% женщин.

Асимптомная бактериурия среди 216 обследованных беременных (исключая больных с хроническим пиелонефритом) выявлена у 18,8%, причем у беременных с проявлениями позднего токсикоза в 16 раз чаще, чем у здоровых. Как правило, увеличение числа бактериологических находок соответствует тяжести течения позднего токсикоза: при водянке беременных микробная флора обычно не определяется, при нефропатии 1-й ст. бактериурия обнаруживается в 27,7% наблюдений, а при более тяжелых формах — в 57,1% случаев. Своевременное обследование беременных женщин с поздним токсикозом позволяет на более ранних этапах развития беременности не только установить латентно текущие формы хронического пиелонефрита, но и без промедления назначать необходимую комплексную терапию, способствующую благоприятному исходу развития беременности и родов.

Изучение выявленной микробной флоры мочи у 296 беременных, страдающих хроническим пиелонефритом, показало, что выделенные бактерии в первую очередь представлены кишечной палочкой (48,5%), стафилококками (41,3%) и реже другими видами микробов (10,2%).

По нашим данным, выделенная микробная флора оказалась резистентной к пенициллину в 76,2%, тетрациклину — 67,7%, стрептомицину — 61,1%, эритромицину — 61,6%, левомицетину — 55,1%, неомицину — 33,5%, мономицину — 20,5% и к нитрофуранам: солафуру — в 18,9%, фурагину — 21,1%, фуразолидону — 22,7% штаммов бактерий.

Наблюдается различная чувствительность выделенных культур стафилококков и кишечной палочки к антибактериальным препаратам; в частности к пенициллину стафилококки более восприимчивы (61,1%), чем кишечная палочка (22,2%), в то время как к нитрофуранам высокочувствительны и стафилококки (79,0%), и кишечная палочка (71,0%).

УДК 616.24—002—053.31—053.1—056.54

Р. А. Закирова (Казань). Особенности течения пневмонии у новорожденных с врожденной гипотрофией

Целью работы явилось изучение особенностей течения пневмонии у детей, родившихся в состоянии гипотрофии. Обследовано 42 ребенка: из них с гипотрофией 1-й ст.