

Р. И. ЛАНГЕРМАН

Значение гальванической пробы на боль в амбулаторной работе физиотерапевта

Из кафедры физиотерапии (зав. доц. Л. Н. Клячкин) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Вопрос об объективном учете болевых ощущений, являющихся чисто субъективными симптомами, давно привлекает к себе внимание исследователей, предложивших ряд методов. Сюда следует отнести исследования кожно-болевого и термической чувствительности (Гед), болезненных нервных точек (Корнелиус), гальвано-гиперэстезии (Каган), перкуторной болезненности (Мендель, Раздольский) и т. д. Но все эти методы, несмотря на их ценность и признанность в клинике, страдают большим субъективизмом и зависят „от наблюдательности, интеллекта, а, главное, доброй воли исследуемого“ (Залькиндсон). Несомненно, что наиболее субъективным следует признать способ, предложенный в 1921 г. гинекологом Гансом Альбрехтом, основанный на снижении сопротивления кожи постоянному току на местах, соответствующих болевым ощущениям.

Проф. Залькиндсон впоследствии на большом клиническом и экспериментальном материале подтвердил правильность вывода Альбрехта и установил, что участки кожи, соответствующие болевому ощущению, действительно оказывают пониженное сопротивление гальваническому току по сравнению с симметричными или соседними здоровыми участками. Следовательно, эта проба, названная им „гальванической пробой на боль“, может служить объективным критерием такого „субъективного“ симптома, каковым является боль. На большом клиническом материале им же установлено, что при заболеваниях периферических нервов проба бывает положительной в 77,3%, а при суставных заболеваниях в 92,1%.

Крумберг в своих материалах отмечает результаты, близкие к данным Залькиндсона. Максимова проверила гальваническую пробу на боль у ряда больных с сердечно-сосудистыми поражениями. Исследованию подвергалась область левой половины грудной клетки спереди и сзади. Проба эта оказалась положительной при наличии изменений сердечного нервно-мышечного аппарата даже в тех случаях, когда отсутствовали жалобы на боль в области сердца. Из наблюдений Максимовой следует, что гальваническая проба может выявить болезненный процесс в сердце, даже тогда, когда он протекает без субъективных симптомов.

Вейнгер использовал гальваническую пробу на боль, как критерий для оценки терапевтического действия диатермо-грязелечения желчно-каменной болезни. Он установил, что проба эта, будучи положительной в области локализации болей, при наличии терапевтического эффекта исчезала.

Механизм этого феномена, повидимому, основан на том, что болевое раздражение, исходящее из того или иного органа, не только меняет чувствительность кожи, но и проводимость тканями постоянного тока, в силу одновременного изменения гидрофильности кожи и содержания в ней электролитов. Несомненно, что указанные изменения „находятся в зависимости от состояния симпатической нервной системы, контролирующей и регулирующей как общий, так и местный тканевой обмен“ (Залькиндсон).

Для выяснения значения гальванической пробы на боль в повседневной работе физиотерапевта мною было взято под наблюдение 115 амбулаторных больных физиотерапевтического отделения кафедры с различными заболеваниями, заведомо сопровождающимися болевым симптомом.

Эти больные пользовались различными видами физической терапии. Гальваническая проба на боль исследовалась нами до начала, в середине и в конце лечения.

Мы пользовались постоянным гальваническим током от кенотронного выпрямителя с включением в него обычным миллиамперметром, дающим возможность отсчитывать десятые доли миллиампера. Пассивный электрод в 50 см², соединенный с катодом, помещался на грудную или позвоночник больного и там фиксировался; прокладка под ним смачивалась в физиологическом растворе. Активным служил маленький пуговчатый электрод без прерывателя, соединявшийся с анодом.

Для контроля активный электрод прикладывался сначала к коже больного в каком-либо месте, где боли заведомо отсутствовали.

Для этого мы обычно выбирали участки, симметричные тем, в области которых больной отмечал болезненность. При наличии же болезненности и в симметричном — для контроля брались соседние здоровые участки. Далее, аппарат включался в сеть и потенциометром устанавливался ток силой в 0,4 МА. Эта сила тока в качестве контрольной, дает, по нашему мнению, более рельефные результаты, нежели ток в 0,2—0,25 МА, рекомендуемый некоторыми авторами. Затем мы, не меняя условий в цепи, переносили активный электрод на болезненный участок, подлежащий обследованию. По отклонению стрелки миллиамперметра мы судили о наличии положительной или отрицательной пробы на боль. Так, при отклонении стрелки с контрольной цифры в 0,4 МА до 0,8 МА мы считали пробу слабо положительной, при отклонении ее на 0,8—1,2 — положительной, а выше 1,2 МА — резко положительной.

В первую группу входят 44 больных с жалобами на боли в области живота на почве тех или иных органических заболеваний органов брюшной полости: холецистит, аппендицит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В 39 случаях, что составляет 88,6%, проба оказалась положительной в различной степени, стоявшей в прямой зависимости от интенсивности болевого симптома. При заболевании печени и желчного пузыря стрелка больше всего отклонялась при накладывании активного электрода на область правого подреберья, при аппендиците — при накладывании в области Мак-Бурневской точки, при язве желудка — в области эпигастрия и сзади, под лопаткой слева.

Во вторую группу входят 32 больных с заболеванием периферической нервной системы в форме невралгий различной этиологии. У трех больных этой группы резко положительная проба, в 8 случаях — положительная и в семи — слабо положительная. В 14 случаях, т. е. в 43,8% проба оказалась отрицательной. Отрицательной оказалась проба и у одного больного, перенесшего накануне приступ невралгии тройничного нерва. К моменту явки в физиотерапевтический кабинет на лечение боли были ликвидированы приемом внутрь пантопона.

Третью группу составляют 39 больных с хроническими заболеваниями суставов различной этиологии и различной локализации. В этой группе проба оказалась положительной в той или иной степени в 33 случаях, т. е. в 84,6%. Чтобы убедиться в том, что положительная проба на боль не зависит от гиперемии сосудов и гипертермии, имевшихся иногда в области больных суставов, мы у 5 больных производили нагрев грелками и лампой соллюкс тех суставов, которые заведомо не были у них поражены. Проведенная вслед за этим гальваническая проба оказалась в этих суставах отрицательной.

Во всех группах гальваническая проба выявляла тенденцию к переходу из положительной в отрицательную в тех случаях, где болевой симптом в связи с лечением исчезал. В противном случае она упорно держалась положительной.

Этот факт давал нам возможность, с одной стороны, учитывать результаты лечения и, с другой стороны, — соответствующим образом дозировать лечение или видоизменять его, если оно оставалось безрезультатным.

Наши наблюдения позволяют нам рекомендовать физиотерапевту в его повседневной амбулаторной практике гальваническую пробу на боль, как объективный метод учета этого симптома, а также хода и результатов лечения. Мы рекомендуем исходить из контрольной цифры силы тока в 0,4 МА.

Поступила 13. II. 1939.

П. Г. ЮРКО

К казуистике самопроизвольных двухфазных разрывов селезенки

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков) Казанского гос. института усов. врачей им. В. И. Ленина

Самопроизвольные разрывы селезенки встречаются довольно редко. Так, по данным Финкельштейна на 9 случаев разрывов селезенки только в одном случае отмечается самопроизвольный разрыв. Бакеринков на 20 случаев разрыва отмечает самопроизвольный разрыв в 2 случаях. Помосов к 1938 году собрал из отечественной литературы всего 64 случая самопроизвольного разрыва селезенки, опубликованных разными авторами в периодической медицинской прессе.