

СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Ф.Ш. Ахметзянов, И.В. Шаймарданов

Курс онкологии (зав. — доц. Ф.Ш. Ахметзянов) Казанского государственного медицинского университета, ГСМО "Онкология" (главврач — Ф.М. Хайруллин), г. Казань

В 1993 г. приказом Управления здравоохранения г. Казани на базе ГСМО "Онкология" было организовано отделение экстренной амбулаторной и стационарной помощи онкологическим больным. Ранее онкологические больные, в частности с распространенными формами злокачественных заболеваний, находились под наблюдением участковых терапевтов. Помощь этим больным заключалась главным образом в назначении наркотических препаратов и симптоматической терапии. Особую проблему представляют больные с метастатическими поражениями позвоночника со сдавлением спинного мозга и нарушениями функции органов малого таза и без сдавления спинного мозга, которым обычно назначают наркотические анальгетики.

Заслуживает внимания, как нам представляется, наш опыт применения скелетного вытяжения у больных с метастатическими поражениями позвоночника с опасностью сдавления спинного мозга или с уже развившимся сдавлением с нарушениями функции тазовых органов. Скелетное вытяжение в домашних условиях проводилось у 10 больных.

Метод декомпрессии позвоночника заключается в следующем. Необходимы 2 деревянных щита из жесткой фанеры или досок на ширину койки. Один из щитов должен быть на 10—15 см короче для того, чтобы этот щит имел свободный ход. Между двумя щитами закладывают 4 ролика. Для этих целей мы используем круглые деревянные палки диаметром 50—60 мм, длиной на ширину щита. Для вытяжения позвоночника под тяжестью тела больного головной конец кровати поднимают на 15—18 см. На верхний щит кладут матрац с постельным бельем. Из обычных простыней путем их скручивания готовят 2

кольца, с помощью которых больного за подмышечные впадины фиксируют к головному концу кровати. Из-за постоянного медленного вытяжения происходит расслабление мускулатуры тела, резких болевых ощущений при этом не наступает. Через 2—3 дня непрерывного вытяжения наблюдается снижение интенсивности болей или они полностью исчезают.

Приводим три клинических наблюдения.

1. Ж., 63 лет. В 1993 г. по поводу рака правой молочной железы ей была произведена мастэктомия по Холстеду с последующей гамма-терапией на аппарате "Луч-1" по радикальной программе с суммарной очаговой дозой по 40 Гр на область молочной железы и зоны регионарного метастазирования. В начале 1996 г. появились сильные боли в позвоночнике при любом движении и одышка, даже в покое. Диагностирован также специфический плеврит. Произведена четыре раза плевральная пункция: эвакуировано по 800 мл жидкости, затем введен тиофосамид по 30 мг. При радиоизотопном исследовании выявлены метастатические поражения XII грудного, I и IV поясничных позвонков, костей таза и легких. Проведено два 8-недельных курса полихимиотерапии по схеме Купера без положительного результата. С учетом такой диссеминации процесса и неэффективности химиотерапии больная была выписана на симптоматическую терапию по месту жительства с назначением тамоксифена по 20 мг в сутки.

С апреля 1996 г. больная обслуживается экстренной онкологической службой. Состояние тяжелое, с постели не встает. Назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 2 месяца боли прошли, и наркотические анальгетики были отменены. Через 6 месяцев больная стала ходить. В конце ноября 1997 г. на фоне проводимой гормонотерапии в указанной выше дозировке вновь появились сильные боли в позвоночнике, онемение нижних конечностей. Любое движение вызывало у женщины сильную боль, не позволявшую ей подниматься с постели. В домашних условиях 10.12.97 г. больной наложено скелетное вытяжение по описанному выше методу. На следующий день наркотические анальгетики были отменены в связи с резким уменьшением болевого синдрома. Через одну неделю боли полностью исчезли, и

29.12.97 г. ее перевели на периодический режим вытяжения, так как она начала ходить. Осмотр 10.01.1998 г. показал удовлетворительное самочувствие больной и отсутствие у нее болей. Периодически, по своему усмотрению больная проводит в течение суток 6-часовое прерывистое вытяжение.

2. Больная П., 76 лет. В 1979 г. ей была произведена мастэктомия по Холстеду по поводу рака левой молочной железы $T_2N_0M_0$ с последующей теле-гамматерапией по радикальной программе в суммарной очаговой дозе 40 Гр на область молочной железы и зоны регионарного метастазирования. В июле 1996 г. у пациентки появились сильные боли в позвоночнике. При рентгенологическом исследовании у нее были выявлены метастатические поражения позвоночника (L2—L3) со снижением высоты позвонков. Назначение наркотических препаратов эффекта не дало. При первичном же осмотре наложено скелетное вытяжение в домашних условиях по описанному выше методу.

Двигательная активность нижних конечностей ограничена из-за сильных болей. Чувствительность до уровня верхней трети бедра отсутствует. Через неделю боли уменьшились. С учетом эффективности вытяжения назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 6 месяцев скелетное вытяжение было снято. Больная начала сидеть, активно двигать ногами, чувствительность в них восстановилась. Из-за наличия большого очага деструкции вставать больной не разрешено, но боли ее не беспокоят, дома передвигается в инвалидной коляске. Большого желания обследоваться не проявляет, так как боится возобновления болей. С койки на коляску и к обеденному столу передвигается сама.

3. Больная С., 66 лет. Заболела в январе 1997 г. Боли появились в поясничном отделе позвоночника, которые прогрессировали и привели к нарушению функции органов малого таза. В феврале 1997 г. больная была осмотрена онкологом и на основании рентгенографии позвоночника установлен диагноз: метастатическое поражение позвоночника без выявленного первичного очага. Назначены симптоматическая терапия, наркотические анальгетики, которые практически не имели эффекта. Количество инъекций достигло 8 в сутки.

Повторно осмотрена онкологом: состояние тяжелое, нетранспортбельная, имеются нарушения функции тазовых органов. Больной наложено аналогичное скелетное вытяжение. Через 2 недели в связи с уменьшением болей инъекции наркотиков сокращены до 2 раз в сутки, а через месяц были полностью отменены. По характеру метастазов в молочной железе был предположен первичный очаг. Через месяц от начала скелетного вытяжения назначен преднизолон по 15 мг в сутки. Через 6 месяцев функции органов малого таза стали произвольными. Необходимость катеризации мочевого пузыря и пальцевого очищения ампулы прямой кишки отпала. Осмотрена 20.01.98 г.: самостоятельно садится и пользуется инвалидной коляской.

На основании этих наблюдений считаем, что скелетное вытяжение является одним из методов паллиативной терапии. Метод позволяет снизить дозировку наркотических и ненаркотических анальгетиков или вовсе их отменить, значительно улучшает качество жизни и удлиняет ее продолжительность, не требует дополнительных экономических затрат и может с успехом применяться врачами всех специальностей.

Поступила 01.04.99.

SKELETAL EXTENSION IN METASTATIC INJURIES OF THE VERTEBRAL COLUMN

F.Sh. Akhmetzhanov, I.V. Shaimardanov

S u m m a r y

The experience of using the skeletal extension in patients with metastatic injuries of the vertebral column with the danger of squeezing the spinal cord or with the developed squeezing in combination with disorders of pelvic organ functions is shown. On the basis of the given clinical observations it is concluded that the skeletal extension is one of the methods of palliative therapy. The method makes it possible to decrease the doses of narcotic and innarcotic analgetics or to abolish them, improves the quality of life, does not require additional economic expense.