

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.
2. Беавоги К. Посттравматические дефекты свода черепа. Краниопластика и церебральная гемодинамика: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — 144 с.
3. Бусарев В.Е. Пластическое закрытие дефектов костей свода черепа у детей консервированной костью плода: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1970. — 190 с.
4. Вьяльцев В.В. Пластическое закрытие дефектов костей свода черепа консервированными костными ауто- и гомо-трансплантатами. Экспериментально-клиническое исследование: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1967. — 230 с.
5. Карнаухова А.В. Устранение дефектов и деформация лобно-носо-орбитальной области и свода черепа с применением композиции эластомед: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2006. — 28 с.
6. Кравчук А.Д. Реконструктивная и малоинвазивная хирургия последствий и осложнений черепно-мозговой травмы: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2000. — 290 с.
7. Лейбзон, Н.Д. Пластика дефектов черепа. — М.: Медгиз, 1960. — 204 с.
8. Мельник Н.Ю. Первично отсроченная краниопластика у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой: Автореф. дис. канд. мед. наук. — СПб., 1999. — 20 с.
9. Орлов В.К. Применение полимеров и склеивающих веществ в нейрохирургии: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 1981. — 397 с.
10. Чочаева А.М. Первичная и первично-отсроченная краниопластика при черепно-мозговой травме аутокостью черепа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2002. — 30 с.
11. Ярошенко В.В. Пластика посттравматических дефектов костей свода черепа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 20 с.

Адрес для переписки: 603028, г. Нижний Новгород, Московское шоссе, 144.

С.Е.Тихомиров — врач-нейрохирург МЛПУ «Городская клиническая больница №39».
(831)279-13-37, e-mail: nsi39@rambler.ru

Цыбусов Сергей Николаевич — профессор, директор научно-исследовательского института прикладной и фундаментальной медицины.

Тел.: (831) 465-59-04, e-mail: tzibusov@hotmail.ru.

Кравец Леонид Яковлевич — профессор, д.м.н., руководитель отдела нейротравм, e-mail: kravetz@yandex.ru)

© ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В. — 2010

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Ю.В. Чикинев^{1,2}, Е.А. Дробязгин^{1,2}, А.В. Кутепов^{1,2}

(¹Новосибирский Государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета (заведующий — профессор, д.м.н. Ю.В. Чикинев), г. Новосибирск;

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», отделение торакальной хирургии (заведующий отделением — профессор, д.м.н. Ю.В. Чикинев), г. Новосибирск)

Резюме. проведен анализ результатов эзофагопластики 140 пациентов (толстокишечная пластика — 75, гастропластика — 65) с доброкачественными заболеваниями пищевода (рубцовое послеожоговое или пептическое сужение, ахалазия пищевода). Хорошие и удовлетворительные результаты получены более чем у 97% пациентов, неудовлетворительные результаты у 2,18% пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,57%.

Ключевые слова: пластика пищевода, рубцовые сужения пищевода, ахалазия пищевода.

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF ESOPHAGUS

Yu. V. Chikinev, E. A. Drobjazgin, A. V. Kutepov
(Novosibirsk State Medical University)

Summary. The results of esophagoplasty in 140 patients (colonoplastic — 75, gastropasty — 65) with benign diseases of the esophagus (scar postburns or peptic narrowing, achalasia) have been analysed. Good and satisfactory results were obtained in more than 97% of patients, unsatisfactory results were in 2,18% of patients. Postoperative mortality was 3,57%.

Key words: esophageal plastic, scar postburns narrowing, achalasia.

Пластика пищевода при рубцовых послеожоговых или пептических сужениях пищевода, ахалазии пищевода является сложной проблемой хирургии. Замещение пищевода преследует цели восстановление приема пищи естественным путем, улучшение качества жизни больных. В настоящее время разработаны и внедрены в практику различные варианты пластики пищевода с использованием толстой, тонкой кишки, желудка [1, 3, 8, 10-15].

Оценка результатов эзофагопластики является одной из задач современной хирургии пищевода. Проведение оценки возможно лишь на основании изучения как ближайших, так и отдаленных исходов хирургического вмешательства [2, 4, 5-7, 9, 11-13].

Цель исследования — изучение ближайших и отдаленных результатов пластики пищевода толстой киш-

кой и желудком у больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний пищевода.

Материалы и методы

В основу исследования положен анализ результатов эзофагопластики 140 пациентов (99 — мужчин, 51 — женщин) в возрасте от 19 до 69 лет, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний пищевода (рубцовое послеожоговое или пептическое сужение пищевода, ахалазия пищевода).

Из-за осложнений в раннем послеоперационном периоде умерло 4 пациентов. Из клиники выписаны 136 пациентов. Так же в исследование включены 6 пациентов, которым эзофагопластика выполнена в других лечебных учреждениях.

Сроки наблюдения составили от 1 месяца до 44 лет.

В зависимости от вида пластики пищевода больные были разделены на 2 группы: с пластикой желудка — 65 и пластикой толстой кишки — 75.

В отдаленном периоде проводились общеклинические, лабораторные, эндоскопические, рентгенологические и патоморфологические исследования.

Результаты и обсуждение

Пластика пищевода толстой кишкой. Всего оперировано 75 пациентов. В основной массе случаев 70 (93,33%) операция осуществлялась в один этап. Экстирпация рубцово-суженного пищевода выполнена 9 пациентам. В двух случаях, в связи с тотальным сужением пищевода после химического ожога и наличием тотального язвенного поражения желудка, не диагностированного на этапе предоперационного обследования, выполнена гастрэктомия.

Во всех случаях расположение трансплантата было антиперистальтическим. Питающим сосудом выбрана *a.colica media*. Длина трансплантата при субтотальной пластике пищевода определялась расстоянием от корня брыжейки до угла нижней челюсти. У 66 больных его располагали загрудинно, у 9 в заднем средостении в ложе «удаленного» пищевода.

Тип наложения анастомоза на шее у 74 больных «конец-в-бок». У 1 пациента из-за выраженных рубцовых изменений на всем протяжении пищевода наложен анастомоз «бок-в-бок».

Нижний анастомоз у большинства оперированных пациентов (60) наложен ближе к антральному отделу желудка. В 15 случаях при невозможности анастомозирования толстокишечного трансплантата с желудком (выраженные рубцовые изменения и деформация желудка, гастрэктомия) «нижнее» толстокишечное соустье сформировано с двенадцатиперстной кишкой (5 больных) и отводящей петлей гастроэнтероанастомоза (10 больных).

В раннем послеоперационном периоде умерло 4 (5,33%) пациентов (1 — полиорганный недостаточность; 3 — несостоятельность колоноколоноанастомоза, перитонит). Частичная несостоятельность эзофагоколоноанастомоза наблюдалась у 17 (22,67%) больных. Размеры дефекта не превышали 0,5-0,7 см с затеком в мягкие ткани шеи. Несостоятельность купирована разведением швов на шее, эндоскопической установкой зонда для питания, применением антибактериальной терапии. Явления несостоятельности купированы в сроки от 7 до 10 дней.

У 5 (6,67%) пациентов в раннем послеоперационном периоде возник анастомозит, что проявлялось дисфагией различной степени выраженности. При эндоскопическом исследовании выявлена гиперемия и отек слизистой в зоне эзофагоколоноанастомоза с налетами фибрина. Явления анастомозита купированы консервативно.

У 2 (2,66%) (пациентов на 3 и 4 сутки после выполнения субтотальной шунтирующей пластики диагностирован некроз трансплантата (1 — полный, 1 — частичный на протяжении 5 см). При полном некрозе его причиной явился венозный тромбоз ножки трансплантата. Выполнено удаление некротизированного трансплантата, дренирование переднего средостения. Во втором случае удаление трансплантата не потребовалось. Лечение пациента продолжается.

Все пациенты выписывались из отделения в удовлетворительном состоянии. У большинства пациентов перед выпиской из стационара отсутствовали явления дисфагии при приеме густой и жидкой пищи, они начали прибавлять в весе.

Отдаленные результаты изучены у 68 больных, оперированных в нашей клинике и у 5 (4 — пластика правой половиной ободочной кишки, 1 — пластика левой половиной ободочной кишки) пациентов, оперированных в других лечебных учреждениях в сроки от 1 месяца до 44 лет.

У 23 (31,5%) больных обнаружена рубцовая стриктура шейного анастомоза (22 — эзофагоколоно-; 1 — эзофагоэнтероанастомоз). Всем пациентам проведены сеансы бужирования анастомоза по струне с сочетанием баллонной дилатации анастомозов (7). У 1 пациента после субтотальной шунтирующей эзофагоколонопластики не удалось добиться восстановления адекватного приема пищи через рот ввиду частых рецидивов стеноза эзофагоколоноанастомоза. Интраоперационно после выделения анастомоза из рубцов через участок сужения проведена струна, выполнено бужирование анастомоза бужами №№18-36 Savary. После чего выполнено продольное рассечение анастомоза длиной около 3 см. После рассечения выполнено ушивание анастомоза в поперечном направлении двумя рядами швов (внутренний — непрерывный, наружный — одиночные узловы швы) (по типу «три четверти»). Обследован в сроки от 1 года до 5 лет после операции. Жалоб не предъявляет.

У 11 (15,06%) больных выявлена деформация искусственного пищевода с образованием избыточной петли (сроки пластики пищевода от 3 лет до 20 лет), однако проходимость по трансплантату расценена как удовлетворительная. Всем им периодически проводится консервативное лечение в условиях стационара по месту жительства. На наш взгляд указанное патологическое состояние изначально формируется вследствие атонии колонотрансплантата.

Регургитацию выявили у 16 (21,91%) пациентов (от 2 до 6 эпизодов в сутки). Наиболее выраженные эндоскопические изменения в искусственном пищеводе выявлены у пациентов, которым «нижний» анастомоз наложен с отводящей петлей гастроэнтероанастомоза или двенадцатиперстной кишкой. Наличие регургитации причиняют пациентам неудобства, однако на снижении работоспособности не отражаются.

У четырех (5,47%) пациентов в сроки от одного года до двух лет возникли язвы колоногастроанастомоза или наданастомотического участка толстокишечного трансплантата. При этом эффекта от проводимой противоязвенной терапии у 3 из них не отмечено. При эндоскопическом исследовании у двух пациентов язвы располагались в зоне колоногастроанастомоза. Размеры язв 6 и 9 мм. У двух других пациентов язвы локализовались на 1-1,5 см выше анастомоза в области гаустры по передней стенке искусственного пищевода. Размеры язв 10 и 12 мм. У 2 пациентов течение заболевания осложнилось (1 — перфорация язвы колоногастроанастомоза, что потребовало ее ушивания, 1 — кровотечение, остановлено консервативными мероприятиями). Через год после операции по поводу перфорации обнаружен рецидив язвы, выполнено иссечение анастомоза и его реконструкция, но желаемого эффекта вновь не получено: при обследовании вновь выявлена язва наданастомотического участка трансплантата. Трем пациентам выполнена торакоскопическая стволовая ваготомия. При обследовании в сроки до 5 лет рецидива заболевания нет. У одного пациента удалось добиться заживления язвы.

Демпинг-синдром развился у 4 (5,47%) больных в течение первых 3 месяцев после эзофагоколонопластики с наложением соустья толстокишечного трансплантата с отводящей петлей тонкой кишки при наличии гастроэнтероанастомоза или двенадцатиперстной кишки. У 1 пациента интенсивность демпинг-синдрома соответствовала средней степени тяжести и у 3 — легкой степени. Изменение пищевого поведения и проведение консервативных реабилитационных мероприятий позволили добиться практически полного регресса клинических проявлений в течение первого года после операции.

В 1 (1,36%) случае с давностью пластики 44 года при дообследовании обнаружен рак толстокишечного трансплантата в зоне эзофагоколоноанастомоза с его стенозом и метастазами в среднюю долю правого легкого.

Отдаленные результаты эзофагоколонопластики расценены нами как хорошие — 47 больных, удовлетворительные — 24 больных. У 2 пациентов с частичным

и полным некрозом трансплантата результаты лечения признаны не удовлетворительными.

Пластика пищевода желудком. Этот вид эзофагопластики выполнен 65 больным. Желудочный трансплантат формировался по ходу большой кривизны желудка по способу А.Ф. Черноусова. При этом у 4 пациентов трансплантат выкроен из патологически измененного желудка (гастростомия в анамнезе).

У 64 больных операция выполнена из двух доступов — шейного и верхне-срединной лапаротомии. В 1 случае пришлось выполнить торакотомию справа в связи с выраженным склерозирующим процессом в заднем средостении. Необходимость во внутриплевральной мобилизации пищевода возникла из-за опасности повреждения трахеи, бронхов, крупных сосудов, вовлеченных в рубцовую ткань. Трансплантат проводили в ложе удаленного пищевода. Во всех случаях анастомоз на шее формировали по типу «конец-в-бок» двумя рядами швов.

Частичная несостоятельность швов в зоне эзофагогастроанастомоза выявлена у 4 (6,15%) больных в сроки до 7 суток с момента операции. Все пациенты не нуждались в каких-либо хирургических вмешательствах — дефект закрылся самостоятельно. Для улучшения заживления края раны на шее проводились ежедневная ее санация. До полного заживления анастомоза питание осуществлялось через назоинтестинальный зонд, проведенный эндоскопически в двенадцатиперстную кишку.

Так же в послеоперационном периоде у 7 (10,76%) пациентов возникли следующие осложнения: пневмония у 2 (3,07%) пациентов, плеврит у 2 (3,07%) пациентов, осиплость голоса в результате повреждения возрастного нерва гортани у 1 (1,53%) пациента, частичная несостоятельность скрепочных швов гастротрансплантата у 1 (1,53%), что привело к образованию трахеонеоэзофагеального свища, нагноение послеоперационной раны на шее у 1 (1,53%) пациента. Летальный исход был у 1 (1,53%) пациента на фоне течения тяжелой двухсторонней пневмонии и прогрессировании полиорганной недостаточности.

Отдаленные результаты изучены у 63 больных, оперированных в нашей клинике и у 1 пациента, оперированного в другом лечебном учреждении в сроки от 1 месяца до 13 лет.

У 23 (35,9%) больных обнаружена рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза. В 22 случаях в течение первого года после оперативного лечения. В 1 в срок до 2 лет. Всем пациентам проведены сеансы бужирования анастомоза по струне с сочетанием баллонной дилатации анастомозов (8). Стойкое эффективное расширение просвета анастомоза достигнуто у 20 больных. В качестве критерия успешного расширения просвета анастомоза считали формальный показатель — максимальный номер проведенного через анастомоз бужа или баллона — и оценку самими больными степень восстановления перорального питания. У всех пациентов отмечено хорошее прохождение пищи через анастомоз, не сопровождающееся какими-либо затруднениями при глотании. На наш взгляд более частое возникновение стеноза связано с более выраженной склонностью к рубцеванию при наличии воспалительного процесса, травматизации тканей в зоне анастомоза.

Проявления демпинг-синдрома отмечались у 11 (16,92%) больных. Данные проявления расценены как демпинг-синдром средней степени тяжести (приступы потливости, слабости и сердцебиения, связанные с приемом пищи самостоятельно проходящие через 20-30 минут). При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация контрастного вещества в кишку. Добиться снижения степени выраженности проявлений демпинг-синдрома, а затем полного регресса клинических проявлений удалось путем коррекции пищевого режима (в течение первых двух лет с момента операции).

У 7 (10,93%) пациентов отмечались жалобы на чувство дискомфорта, ощущение тяжести за грудиной, ощущения замедленного прохождения пищи по ис-

кусственному пищеводу, что расценено нами как нарушения функции искусственного пищевода (у 3 гиперкинезия и у 4 гипокинезия). В тоже самое время, при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании каких-либо препятствий для прохождения пищи не выявлено.

В 3 (4,68%) случаях (2 — в сочетании со стенозом анастомоза) выявлен пилороспазм, который подтвержден при рентгеноскопии искусственного пищевода. Проведены сеансы баллонной пилородилатации (у 1 пациента дважды). При осмотре через 3, 6 и 12 месяцев жалоб не предъявляют, эвакуация из желудочного трансплантата удовлетворительная.

Пациенту с трахеонеоэзофагеальным свищем выполнено стентирование искусственного пищевода. Показанием к стентированию явилась неудачная попытка разобщения свища. Интраоперационно в зоне свища обнаружен единый участок, состоящий из аорты, нижней полой вены, трахеи и искусственного пищевода. В связи с высоким риском кровотечения при выделении искусственного пищевода и трахеи, выполнено стентирование искусственного пищевода нитиноловым стентом наружным диаметром 22 мм с полимерным покрытием M.I.-Tech (Ю. Корея). При контрольном обследовании (рентгенологическое и эндоскопическое) свищ не визуализируется, искусственный пищевод свободно проходит для аппарата на всем протяжении, «затеков» контрастного вещества в трахеобронхиальное дерево нет. Питание через рот без особенностей.

У 1 (1,53%) пациента при эндоскопическом исследовании на фоне очаговой гиперемии слизистой желудочного трансплантата на расстоянии 2-3 см выше привратника выявлены единичные эрозии размерами 2х3 мм, покрытые фибрином без каких-либо клинических проявлений. Эрозивные изменения эпителизовались при соблюдении диеты и приема прокинетиков.

Отдаленные результаты эзофагогастропластики расценены нами как хорошие — 40 больных, удовлетворительные — 23 больных. К неудовлетворительному результату лечения мы отнесли случай трахеонеоэзофагеального свища.

В целом, сравнивая ближайшие и отдаленные результаты эзофагопластики, можно сделать заключение, что эзофагопластика трансплантатом, сформированным по ходу большой кривизны желудка является более совершенной. Искусственный пищевод, сформированный из желудочной трубки, хорошо замещает пищепроводную функцию удаленного пищевода, при этом с течением времени ухудшения его функций не отмечено. При невозможности использования желудка в пластических целях может использоваться толстая кишка. У пациентов после эзофагоколонопластики чаще возникают различные патологические состояния, что приводит к ухудшению функционирования трансплантата в связи с выраженным рефлюксом, нарастающей гипотонией и его деформацией.

Таким образом, выбор трансплантата для замещения пищевода зависит от состояния пациента и решается индивидуально. Различные виды эзофагопластики у больных с доброкачественными заболеваниями пищевода обеспечивают пероральный прием пищи, что улучшает качество жизни.

Преимущественным способом оперативного лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода является его экстирпация с эзофагогастропластикой.

Хорошие и удовлетворительные результаты имеют место более чем у 97% пациентов. У основной массы этих пациентов затруднений при приеме пищи нет или встречаются кратковременные затруднения.

Неудовлетворительные результаты встречаются в 2,18% случаев.

Все пациенты после эзофагопластики нуждаются в постоянном динамическом наблюдении для выявления и устранения нежелательных последствий операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. — 2001. — №5. — С. 18-24.
2. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога // Вестник хирургии. — 2007. — №5. — С. 36-38.
3. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.Н. и др. Пластика пищевода толстой кишкой у больных ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. — 2003. — №7. — С. 50-54.
4. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин В.А. Болезни искусственного пищевода.
5. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Байдан В.В., Сажиненко В.В. Сравнительная оценка различных способов эзофагогастропластики // Хирургия. — 2005. — №12. — С. 36-39.
6. Bassiouny I.E., Al-Ramadan S.A., Al-Nady A. Long-term functional results of transhiatal oesophagectomy and colonic interposition for caustic stricture // Eur. J. Pediatr. Surg. — 2002. — №12 (4). — P. 243-247.
7. Cheng B.C., Xia J., Liu X.P., et al. Observation on the long-term complications after esophageal replacement with colon. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. — 2007. — Vol. 45(2). — P. 118-20.
8. Chirica M., de Chaisemartin C., Munoz-Bongrand N., et al. Colonic interposition for esophageal replacement after caustic ingestion. // J. Chir (Paris). — 2009. — P. 27.
9. De Delva P.E., Morse C.R., Austen W.G. Jr., et al. Surgical management of failed colon interposition. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2008. — Vol. 34(2). — P. 432-7.
10. DeMeester T.R., Johansson K.E., et al. Indications, surgical technique, and long-term functional results of colon interposition or bypass. // Ann. Surg. — 1988. — Vol. 208(4). — P. 460-74.
11. Gupta N.M., Gupta R. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury. // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 239(3). — P. 359-63.
12. Farran-Teixidy L., Miry-Martín M., Biondo S., et al. Second time esophageal reconstruction surgery: coloplasty and gastropasty. // Cir. Esp. — 2008. — Vol. 83(5). — P. 242-246.
13. Maish M.S., De Meester S.R. Indications and technique of colon and jejunal interpositions for esophageal disease. // Surg. Clin. North. Am. — 2005. — Vol. 85(3). — P. 505-514.
14. Matsuki A., Kanda T., Kosugi S., et al. Gastric tube interposition for corrosive esophagitis associated with pyloric stenosis. // Surg Today. — 2009. — Vol. 39(3). — P. 261-264.
15. Noguchi T., Uchida Y., Hashimoto T., et al. Reconstruction of the cervical esophagus by interposition of the transverse colon. // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2001. — Vol. 102(9). — P. 647-52.

Информация об авторах: 630124, г.Новосибирск, ул. Гусинобродское шоссе д.17, кв. 56.

Тел.: 8 (383) 315-98-38 e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Дробязгин Евгений Александрович — к.м.н., ассистент.

© ТРИФОНОВА М.А. — 2010

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ

М.А. Трифонова

(Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. М.О. Маринкин, кафедра общей гигиены, гигиены детей и подростков, социологии медицины, зав. — д.м.н., д.соц.н., проф. А.В. Фидиркин)

Резюме. В статье приведены результаты исследования связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 у пациентов с антифосфолипидным синдромом и небактериальным тромботическим эндокардитом. Показано влияние заболевания на все компоненты здоровья, а также значение исследования КЖ для индивидуального мониторинга и комплексной оценки состояния здоровья пациента.

Ключевые слова: качество жизни, связанное со здоровьем; антифосфолипидный синдром; небактериальный тромботический эндокардит.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE INVESTIGATION SIGNIFICANCE IN PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND NONBACTERIAL THROMBOTIC ENDOCARDITIS

М.А. Trifonova

(Novosibirsk State Medical University)

Summary. The results of the investigation of health-related quality of life (HRQoL) using SF-36 questionnaire in patients with antiphospholipid syndrome and nonbacterial thrombotic endocarditis are presented in the article. The influence of the disease on all the elements of health is demonstrated as well as importance of HRQoL investigation for individual monitoring and integrated health status assessment.

Key words: health-related quality of life; antiphospholipid syndrome; nonbacterial thrombotic endocarditis.

Антифосфолипидный синдром (АФС) представляет собой клинко-лабораторный симптомокомплекс, при котором возможно развитие тромбозов с поражением сосудов любого типа, калибра и локализации, разнообразных форм акушерской патологии [1], а также ряда псевдосиндромов, среди которых — псевдоинфекционный или небактериальный тромботический (НБТЭ) эндокардит [4].

Значение исследования связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) показано практически для всех областей медицины [2], однако при АФС и его субтипе, сопровождающимся НБТЭ, КЖ остается неизученным.

Цель работы: Изучить состояние связанного со здоровьем КЖ у больных АФС с НБТЭ и продемонстрировать значение исследования КЖ.

Материалы и методы

В исследование включены 56 больных АФС (диагностические критерии ISTH [6]): 28 больных с НБТЭ (26 женщин, 2 мужчин; средний возраст $\pm$ SD 44 ± 13 л., средняя длительность заболевания $\pm$ SD $11 \pm 9,5$ л.) и 28 больных без НБТЭ (контрольная группа, сопоставимая с основной по полу, возрасту и длительности заболева-