

появлении ДСТ, третичная – призвана профилактировать (при наличии предикторов) реализацию синдромов ранней и внезапной смерти.

Таким образом, оптимизированная модель курации пациентов с ДСТ позволяет осуществить своевременную диагностику, профилактику прогрессирования и возникновения осложнений на индивидуальном уровне, что продлевает жизнь и ее качество у лиц с ДСТ. Методологически грамотно построенная программа ведения такого пациента одним врачом с проведением комплексного восстановительного лечения положительно влияет на показатели субъективного и объективного статуса пациента, в первую очередь, кардио-респираторную систему. Это уменьшает показатели числа дней нетрудоспособности в год, госпитализации и койко-дни в стационаре, снижает количество вызовов скорой помощи.

Клиническое наблюдение.

В качестве иллюстрации полисиндромности, сложностей ведения данной категории пациентов и необычной фармакодинамики лекарств представлю клиническое наблюдение пациентки И. с полной формой синдрома Марфана, 62 лет, инвалида 2 группы, жительницы города Омска (рис. 10).

Считает себя больной с 28-летнего возраста, когда впервые появились приступы сердцебиений. При обследовании в Киргизском НИИ кардиологии (г. Фрунзе) была выявлена пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП). Пароксизмы длительное время были редкими, короткими, купировались спонтанно (например, при тряске в транспорте). Толерантность к физическим нагрузкам не менялась.

В 1997 г. лечилась по поводу персистирующей ФП в отделении нарушений ритма сердца городского клинического кардиологического диспансера (ГККД) г. Омска, был восстановлен синусовый ритм хинидином. С 1998 года пароксизмы ФП неоднократно купировались на этапе скорой помощи (после введения коргликона), позднее - введением новокаинамида. Всего с 1973 по 2006 год было отмечено более 20 пароксизмов ФП.

Последнее ухудшение самочувствия с 19 июня 2006 г., когда развилась ФП с ЧЖС до 150 в мин., резистентная к кардиоверсии новокаинамидом.

В течение недели стала отмечать быстрое нарастание одышки и слабости. С 26 июня 2006 г. амбулаторно начат прием кордарона в насыщающих дозах (суммарная доза 9,0), без эффекта.

8 июля госпитализирована в отделение нарушений ритма ГККД г. Омска, где была начата подготовка к кардиоверсии (ЭИТ): антикоагулянтная терапия варфарином – 2,5 - 5 мг/сут.; дигоксин 0,25 мг/сутки, метопролол по 25 мг 2 раза в день, кордарон по 200 мг 2 раза в день, метаболическая терапия.