

Е.А. ОВЧИННИКОВА

Самарский государственный медицинский университет

**НАРУШЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

В статье оценивается состояние коагуляционного гемостаза и системы фибринолиза при сочетанном течении ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких у пациентов старческого возраста. Изучено влияние процесса прогрессирования заболевания на снижение физической активности пациентов.

Ключевые слова: гемостаз, функциональная активность, полиморбидность, ХОБЛ, ИБС, старческий возраст

Овчинникова Екатерина Александровна - очный аспирант кафедры гериатрии.
E-mail: kartblansb.new@gmail.com.

E.A. OVCHINNIKOVA

Samara State Medical University

**VIOLATION OF EVERYDAY FUNCTIONAL ACTIVITY IN ELDERLY
PATIENTS WITH COMBINED ISCHEMIC HEART DISEASE
AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

The article assesses the state of coagulation and fibrinolysis system in a combined course of ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients. The effect of the disease progression on the reduction of the patients' physical activity is studied.

Keywords: hemostasis, functional activity, polymorbidity, COPD, IHD, geriatric age.

Ekaterina Ovchinnikova - Postgraduate student of the Geriatric Chair.
E-mail: kartblansb.new@gmail.com

Увеличение продолжительности жизни приводит к росту числа заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста. В настоящее время не вызывает сомнения положение о тесной взаимосвязи между физиологическим процессом старения и развитием заболеваний. Полиморбидность в пожилом и старческом возрасте – одна из важнейших проблем гериатрической практики. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии. [5, 18]. С возрастом ухудшается качество жизни, затрудняется проведение диагностического и лечебного процесса. Одним из путей формирования полиморбидности является развитие заболеваний, имеющих единый патогенетический механизм.

В развитии многих заболеваний важная роль отводится системе агрегатного состояния крови, системе гемостаза на фоне старения и болезней, характерных для пожилых людей. В этой связи необходимо рассматривать несколько общих патогенетических механизмов: прогресси-

рующий атеросклеротический процесс, гипоксия, ремоделирование стенок сосудов, повышенный агрегационный потенциал крови, обусловленный в свою очередь пониженной активностью системы фибринолиза в пожилом и старческом возрасте [9, 10, 13]. По данным А.Г. Чучалина и соавт., в популяции пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются: ишемическая болезнь сердца (ИБС) 40–60%, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) 15–25% [1, 11, 22]. С возрастом снижаются резервные возможности сосудистой стенки в поддержании локальной активности фибринолиза, при прогрессировании атеросклероза эти проявления депрессии фибринолитической системы значительно более выражены [7]. Процесс фибринолиза — важный защитный механизм реканализации сосудов [19]. Фибринолиз обычно начинается с превращения Plg (плазминогена) в Pn (плазмин) под действием тканевого активатора Plg (t-PA) и активатора Plg урокиназного типа (u-PA), которое происходит преимущественно на по-

верхности фибриновых волокон. Наряду с фибринолитическими веществами в крови присутствуют вещества, которые прямо или косвенно ослабляют действие фибринолитических ферментов, такие как ингибитор активатора Plg 1 (PAI-1), подавляющий t-PA и u-PA. Однако *in vivo* процесс фибринолиза может быть избыточным (гиперфибринолиз) или недостаточным (гипофибринолиз), усугубляя кровотечение или тромбоз и тем самым осложняя многие патологические состояния. Основные механизмы нарушений фибринолиза, по данным литературы, включают повышенный уровень PAI-1, нарушение выброса t-PA [7, 21].

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) – междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку не только медицинских, психологических, социальных проблем, но и функциональных способностей пожилого человека [7].

Проведение КГО предполагает использование клинических шкал, тестов, опросников, и позволяет выявить существующие отклонения в состоянии здоровья стареющего человека, помогает решить такие задачи, как:

- определение физического, умственного и социального состояния пациента;
- оценка способности к повседневной бытовой активности, самообслуживанию и независимости от окружающих;
- прогнозирование характера и темпов дальнейших изменений жизнеспособности человека [14].

Конечной целью проведения КГО и последующих лечебно-реабилитационных мероприятий является своевременное устранение обратимых инволютивно-патологических изменений, стабилизация и замедление процесса старения и патологических процессов, обусловленных имеющимися у пациента хроническими заболеваниями.

КГО, не являясь ни в коей мере альтернативой или подменой синдромно-нозологической диагностики, лишь дополняет её. При этом она существенно расширяет представления о состоянии здоровья и функциональных возможностях стареющего человека, позволяет целенаправленно проводить лечебно-реабилитационные мероприятия.

Следует заметить, что какие-либо стандартные подходы проведения КГО на фоне многообразия шкал, тестов, опросников, описанных в литературе и применяемых при проведении гериатрической оценки, отсутствуют.

Мультифакторность и широкая вариация сопутствующей патологии у лиц стар-

ше 75 лет приводит к сложному комплексу структурных и функциональных изменений эндотелия сосудов, реологических свойств крови, клинической картины процессов, характера и тяжести осложнений [10, 20].

С учетом большой распространенности коморбидных состояний, небольшого количества исследований, посвященных частоте сочетания ХОБЛ и ИБС в старческом возрасте, вызывает научный интерес изучение влияния ХОБЛ на течение и клинику такого ассоциированного сердечно-сосудистого заболевания, как ИБС.

Для оценки функциональных способностей пожилых лиц применяются две шкалы – шкала Katz ADL (1995г.) и шкала Lawton M.P. IADL (1995г.). Шкала повседневной активности (Activities of daily living (ADL) scale) – это шкала, разработанная Katz и соавторами для определения степени физической активности или инвалидизации [26]. Она основана на балльной оценке ответов на вопросы о подвижности, самообслуживании и т.д., и позволяет оценить способности человека к самостоятельному существованию. Это дает возможность дифференцировать виды и объемы социальной помощи в зависимости от состояния здоровья и функционального статуса. Активность повседневной жизни (ADL) – это действия и виды деятельности, которые человек совершает ежедневно в течение всей жизни. Активность повседневной жизни условно разделяется на персональную (PADL) и инструментальную (IADL). Персональная активность повседневной жизни включает выполнение задач, связанных с самообслуживанием – прием пищи, туалет и другие гигиенические мероприятия, поддержание функциональной мобильности, коммуникация [27]. Инструментальная функциональная активность включает более расширенный комплекс так называемых инструментальных показателей. Они характеризуют функциональную активность старшего человека, позволяющую ему осуществлять самообслуживание, то есть проживать отдельно и самостоятельно справляться с бытовыми нуждами, что предполагает способность в приготовлении пищи, совершении покупок, приеме лекарственных препаратов, ведении денежных расчетов, стирке, пользовании транспортом и телефоном.

Инструментальные активности повседневной жизни связаны с независимым функционированием человека дома и в обществе. Если опросник помимо основных (базовых) функций отражает еще и возможность использования

пациентом предметов обихода, то его называют расширенной шкалой или опросником нарушения жизнедеятельности (extend disability). Дополнительно в развернутую шкалу оценки функциональной активности включены показатели, основанные на необходимости помощи посторонних лиц в восьми инструментальных видах деятельности, касающихся повседневной жизни: пользования телефоном, посещения продуктовых магазинов, приготовления пищи, уборки, стирки, пользования транспортом, приема лекарств, управления финансами и др. [14, 25].

В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни, при этом анализируются не все ежедневные действия, а только наиболее значимые, наиболее общие из рутинных действий человека.

Цель исследования: изучить влияние процесса прогрессирования ХОБЛ на функциональную активность пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией напряжения II ФК, ХСН II ФК.

Методы исследования

Нами обследовано в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн 88 человек в возрасте от 75 до 89 лет (согласно классификации ВОЗ 1963 г. старческий возраст – 75-89 лет). Больные были разделены на четыре группы: первую группу составили 27 пациентов старческого возраста с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса, ХСН II функционального класса (средний возраст – $83,05 \pm 0,73$ лет); во вторую группу включено 23 больных с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса, ХСН II функционального класса и ХОБЛ 2 степени тяжести (средний возраст – $84,27 \pm 0,86$ лет); в третью группу вошло 17 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса и ХОБЛ 3 степени тяжести (средний возраст – $85,33 \pm 0,73$ лет). Четвертую группу составил 21 человек без клинических и инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии (средний возраст – $83,24 \pm 0,73$ лет).

Диагноз ИБС был поставлен на основании оценки жалоб, анамнеза, данных электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии [13]. Эхокардиографическое исследование проводили по общепринятой методике (в М- и В-режимах) на аппарате «Siemens Omnia», 2000 (Германия). Оценивались такие показатели, как: фракция

выброса (ФВ, %), конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ, мм), Конечно-систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ, мл), конечно-диастолический объем ЛЖ (КДО ЛЖ, мл), конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ, мм), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖЖП, мм), диастолическую функцию ЛЖ (Е/А), среднее давление в легочной артерии (Р лег артер, мм рт.ст.), конечно-диастолический размер правого желудочка (КДР ПЖ, мм).

Второй функциональный класс стабильной стенокардии напряжения определяли согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов в соответствии со следующими критериями: больные с незначительными ограничениями обычной физической активности и ангинозными приступами, возникающими при ходьбе по ровной местности в обычном темпе на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице, более чем на один этаж. Все пациенты, вошедшие в исследование, имели классические проявления стенокардии напряжения.

ХСН устанавливалась согласно ключевым критериям Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН (2013) [2]:

1 – характерные симптомы ХСН (одышка, утомляемость и ограничение физической активности, отеки лодыжек); 2 – объективные доказательства того, что эти симптомы связаны с повреждением сердца. ХСН устанавливалась согласно классификации Российского общества специалистов сердечной недостаточности (ОССН, 2013): выделение стадии (степень поражения сердца) и функционального класса (ФК) (динамической способности больных к активности). IА стадия – клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов. II ФК ХСН – заболевания сердца, приводящие к незначительным ограничениям физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

Согласно существующим рекомендациям GOLD, 2014г., основным методом верификации обструкции и степени тяжести ХОБЛ является спирометрия. Диагностическим критерием ХОБЛ является значения ОФВ1: II степень тяжести – $50\% < \text{ОФВ1} < 80\%$, для ХОБЛ III степени – $30\% < \text{ОФВ1} < 50\%$ [3, 15]. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) про-

водили на спирометре Spirolab II (Medical International Research) с автоматизированной обработкой параметров. Исследовали такие показатели, как жизненная емкость легких (VC), форсированная жизненная емкость легких (FVC), объем форсированного выдоха за 1 сек. (FEV1) с расчетом индекса Тиффно (FEV1%), пиковая скорость выдоха (PEF).

Из показателей коагуляционного звена гемостаза исследовали активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) по методу Chen (2004), фибриноген – методом Клаусса, систему фибринолиза методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем TECHNOCLONE (ЗАО «БиоХимМак») на автоанализаторе Architect i1000SR (Abbott Laboratories S.A., Норвегия).

Критерии включения в исследование: добровольное письменное согласие. Критерии исключения: сахарный диабет, онкологические заболевания на момент поступления и/или в анамнезе до 5 лет, тяжелая сопутствующая патология с органной недостаточностью тяжелой степени (хроническая почечная недостаточность, печеночная недостаточность), анемия любого генеза с уровнем гемоглобина менее 100 г/л, тиреотоксикоз или гипотиреоз в стадии декомпенсации, острые нарушения мозгового кровообращения в сроки до 1 года.

В лечении пациентов применяли базисную терапию ИБС: дезагреганты, ингибиторы АПФ, β 2-адреноблокаторы селективные, антагонисты кальция, нитраты, дезагреганты. Для ХОБЛ стандартная терапия включала: М-холинолитики короткого или длительного действия, β 2-агонисты короткого действия ингаляционные по требованию, ингаляционные глюкокортикостероиды, дезагрегантные препараты, статины.

При анализе функциональной активности больных были применены опросники для оценки функциональных способностей пожилых лиц – шкала Katz ADL 1995 и шкала M.P. Lawton IADL 1995 г. Интерпретация результатов: ответы «да» оцениваются в 1 балл, ответ «нет» – в 0 баллов. Вычисляется общая сумма. 2-3 балла – тяжелые функциональные расстройства. Имеется необходимость в посторонней помощи или постороннем уходе. 4 балла – средняя выраженность функциональных расстройств. Рассматривается вопрос о посторонней помощи, поддержке и уходе, хотя бы частичном. 5-6 баллов – практически не нуждаются в постороннем уходе.

По 2-ой анкете набранная при опросе пациента сумма баллов ниже 27 ассоциируется со снижением «инструментальной» функциональной активности, необходимости посторонней помощи. 23-24 балла характеризуют способность к самостоятельному выполнению данного вида деятельности и, следовательно, независимость от посторонней помощи. 19-22 балла характеризуют способность к выполнению данного вида деятельности при условии оказания частичной помощи со стороны посторонних. 13-18 баллов – утрата данного вида активности и зависимости от окружающих.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась по стандартным программам на ПЭВМ с использованием специализированных пакетов прикладных программ «Statistica 6,0», обеспечивающих выполнение общепринятых математико-статистических методов.

Результаты исследования

Данные теста 6-минутной ходьбы: I группа $401 \pm 2,7$ м, II группа $370 \pm 1,2$ м, III группа $325 \pm 3,4$ м, IV группа $560 \pm 1,9$ м.

Анализируя таблицы 1 и 2, можно проследить, что с нарастанием патологического процесса, усугублением тяжести хронической обструктивной болезни легких, происходит достоверное более выраженное нарушение функциональной способности больных старческого возраста. В группе с ХОБЛ 3 степени – 57,9%, а во 2 группе – 17,9% пациентов нуждаются в постоянной помощи родственников, социальных работников. Пожилой человек полностью прикован к постели, у таких больных имеет место развитие тяжелых инвалидизирующих осложнений как основного, так и сопутствующего заболеваний. В 26,3% случаев (2 группа - 57,1%) – должен решаться вопрос хотя бы о частичной помощи или уходе со стороны других лиц. Такие больные имеют низкий потенциал здоровья, значительная часть времени жизни пожилого человека проходит в обстановке зависимости от посторонней помощи, сохраняется лишь небольшой ареал занятий и активности, которые человек способен выполнять самостоятельно. И только 15,8%, а во 2 группе 25% соответственно, могут обходиться без посторонней помощи и уходе в повседневной жизни. Хотя имеет место снижение степени функционирования организма, ограничение функциональной активности человека, но при этом он способен осуществлять уход за собой и сохранять независимость от посторонней помощи.

Таблица 1

Двигательная активность пациентов в группах по анкетам

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	p1-2	p1-3	p1-4	p2-3	p2-4	p3-4
сумма баллов по 1й анкете	5,33±0,14	4,14±0,15	3,42±0,22	5,55±0,14	<0,001	<0,001	0,773	0,019	<0,001	<0,001
сумма баллов по 2й анкете	22,58±0,20	19,79±0,34	16,42±0,41	22,45±0,27	<0,001	<0,001	0,989	<0,001	<0,001	<0,001

Таблица 2

Разделение по сумме баллов анкета № 1

Сумма баллов	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа	
	Count	col %	Count	col %	Count	col %	Count	col %
2-3 балла			4	17,9%	10	57,9%		
4 балла	6	22,2%	14	57,1%	5	26,3%	2	9,1%
5-6 баллов	21	77,8%	5	25,0%	2	15,8%	19	90,9%

Таблица 3

Градации по анкете № 2

Сумма баллов	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа	
	Count	col %	Count	col %	Count	col %	Count	col %
13-18 балла			5	21,43%	16	94,74%		
19-22 балла	11	47,22%	16	71,43%	1	5,26%	9	40,91%
23-24 балла	16	52,78%	2	7,14%			13	59,09%

В таблице 3 большее количество баллов было в первой и четвертой группе – 16 (52,78%) и 13 (59%) человек соответственно. У пациентов 1 и 4 групп сохранена функциональная активность в большей степени по сравнению со 2 и 3 группами. В группе ИБС и ХОБЛ 3 степени тяжести у 16 человек (94,74%) прослеживается утрата различных видов активности и зависимость от окружающих, что ассоциируется со снижением «инструментальной» функциональной активности [4, 9, 23, 27]. Это может указывать на то, что имеющиеся у больного заболевания могут протекать с частыми обострениями, декомпенсациями, что в конечном итоге может привести к серьезным тромботическим осложнениям, что совпадает с данными литературы [5].

При анализе гемостазиологических параметров в группе контроля выявленные данные параметров гемостаза находятся в пределах нормальных референсных величин. В I группе обследованных показатели коагуляционного, фибрино-

литического гемостаза характеризуются умеренным повышением значений показателей по сравнению с контрольной группой (p<0,05). В группе больных стабильной стенокардией напряжения происходит компенсаторный рост показателей гемостаза в ответ на запуск механизмов гиперкоагуляции [2, 12]. При оценке показателей коагуляционного звена гемостаза и системы фибринолиза у пациентов старческого возраста было выявлено достоверное снижение фибринолитической активности у больных с ИБС и ХОБЛ во 2-й и 3-й группах по таким показателям, как повышение PAI-1 (p<0,05), повышение уровня плазминогена, D-димера, снижение tPA, по сравнению с пациентами 1-й и 4-й групп, это не противоречит данным литературы, дополнительно подтверждая факт тромбинемии [16, 17]. Коагуляционный потенциал крови возрастает в связи с тем, что снижается уровень антитромбина III в группах больных ИБС и ХОБЛ 2 и 3 степеней. Это характеризует сниженную фибринолитическую ак-

Таблица 4

Параметры функции внешнего дыхания и эхокардиографии

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ФЖЕЛ (FVC)	3,34±0,11	2,02±0,09	2,13±0,18	3,27±0,17
ОФВ1 (FEV1)	2,67±0,09	1,19±0,05	0,93±0,07	2,50±0,14
ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC)	80,17±1,07	58,89±1,18	44,05±1,10	76,09±1,74
РЕФ ПОС выд	4,33±0,20	2,74±0,20	1,94±0,16	4,85±0,34
VC ЖЕЛ	2,87±0,10	2,04±0,09	2,14±0,17	3,17±0,16
ФВ, %	67,56±1,00	62,86±1,20	57,37±1,77	68,59±2,06
КСР ЛЖ, мм	39,64±0,72	40,79±0,75	38,00±1,50	34,73±0,71
КСО ЛЖ, мл	52,17±1,50	64,75±1,24	66,47±1,11	53,18±1,50
КДО ЛЖ, мл	129,11±2,33	147,04±1,29	147,58±1,08	130,23±2,39
КДР ЛЖ, мм	39,72±0,94	43,71±1,57	45,89±1,45	34,23±0,95
ТМЖЖП, мм	12,11±0,42	12,54±0,42	12,47±0,42	10,05±0,36
Е/А	1,10±0,06	0,89±0,05	0,85±0,06	1,49±0,06
Р лег артер, мм рт.ст.	14,22±0,35	19,82±0,55	29,00±0,65	14,50±0,90
КДР ПЖ, мм	19,84±0,13	29,30±0,08	30,90±0,16	19,97±0,09

Таблица 5

Гемостазиологические параметры

Параметры гемостаза	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Фибриноген	2,92±0,141,2	4,49±0,111,3	4,69±0,142	2,52±0,103
ПТИ	102,61±0,881,2	94,82±1,781	93,16±2,572	99,77±1,62
АТПШ	105,61±2,521,2	89,68±1,891	86,05±2,242,3	108,59±2,923
D-димер	188,56±5,551,2	264,64±7,041,3	268,37±7,162	151,50±11,633
АЧТВ	29,61±0,571,2	26,35±0,311,3	26,27±0,342	31,29±0,783
tPA	4,28±0,261,2	2,89±0,131,3	2,75±0,202,4	4,47±0,323,4
Плазминоген	190,89±1,721,2	180,71±1,401,3	184,58±3,034	200,27±2,102,3,4
PAI-1	32,46±2,331	45,04±2,331,2,3	73,73±4,302,4	27,75±2,303,4

*Достоверность значений $p_{1,2,3,4} < 0,05$

тивность крови и, следовательно, повышается тромбогенная готовность, связанная со сниженной активностью системы фибринолиза. Это свидетельствует о повышенном потреблении физиологических антикоагулянтов, указывая на возможность хронического внутрисосудистого свертывания крови. Также у лиц 2-й и 3-й групп отмечается статистически значимое повышение уровня фибри-

ногена, по сравнению с группой контроля и группой больных, страдающих ИБС ($p < 0,05$) [16, 19, 24].

Нами прослеживаются достоверно значимые прямые корреляционные взаимосвязи у пациентов с полиморбидной патологией между показателями функциональной активности и параметрами PAI-1 ($r 0,494$ $p < 0,001$), ОФВ1 ($r 0,462$ $p < 0,001$), ОФВ1/ФЖЕЛ ($r 0,678$ $p < 0,001$), обратные

корреляционные связи: антитромбин III ($r=0,473$ $p<0,001$), плазминоген ($r=0,524$ $p<0,021$), фибриноген ($r=0,375$ $p<0,049$), D-димер ($r=0,390$ $p<0,019$), что говорит о взаимосвязи процесса прогрессирования заболевания, изменений коагуляционного гемостаза, фибринолитической системы, неуклонного снижения физической активности пациентов со стенокардией напряжения стабильной при нарастании степени тяжести хронической обструктивной болезни легких.

Таким образом, при сочетанном течении стенокардии напряжения и ХОБЛ развиваются более выраженные нарушения не только лабораторных показателей системы гемостаза, но и функциональных способностей пациентов. У больных присутствует тромбогенный сдвиг гемостазиологических показателей в сторону гиперкоагуляции, наиболее выраженные в группе больных со стенокардией стабильной и ХОБЛ III степени тяжести, что подтверждается данными литературы о наличии у больных хронической внутрисосудистой свертываемости крови [17].

Выводы

У пациентов с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения и хронической обструктивной болезнью легких изменения в системе гемостаза характеризуются увеличением в плазме крови концентрации D-димера, фибриногена, PAI-1, наиболее выраженное при ИБС и ХОБЛ III степени, что может служить индикатором, отражающим степень прогрессирования ХОБЛ.

У лиц старческого возраста с ИБС и ХОБЛ наблюдаются более выраженные изменения в системе гемостаза, характеризующиеся повышенной тромбогенной готовностью крови, связанной со сниженной активностью системы фибринолиза, активацией коагуляционного звена гемостаза. По мере прогрессирования заболеваний перечисленные сдвиги в системе гемостаза могут становиться причиной тромбоэмболических осложнений.

Также следует отметить, что соматическое здоровье пациентов старших возрастных групп во многом определяется клинической выраженностью полисиндромности и полиморбидности, частотой обострений хронических заболеваний, характером и степенью утраты способности к самообслуживанию. Эффективность лечения пациентов с хроническими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких) во многом зависит

от доверительных отношений лечащего врача с пациентом и его родственниками.

Список литературы

1. Акрамова Э.Г., Хамитова Р.Я. Сопутствующая кардиальная патология у больных хронической обструктивной болезнью легких: диагностика и экономика // Терапевтический архив. – 2014. – № 86(3). – С. 24-27.
2. Галяутдинов Г.С., Чудакова Е.А. Особенности системы гемостаза у пациентов с ишемической болезнью сердца // Казанский мед.ж. 2012. №1 - С.3-7.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (Пересмотр 2014г.) / Перевод с англ. под ред А.С.Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 92с.
4. Горелик С.Г. Медико-социальная реабилитация пациентов хирургического профиля в старческом возрасте: дисс.... докт. мед. наук: 14.01.30. – Москва. – 2015. – 266 с.
5. Ильницкий А.Н., Прошаев К.И. Старческая астения как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013. - №1. - С. 1-5.
6. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Количественная и качественная оценка полиморбидности в гериатрической практике // ЭиКГ. – 2013. – № 9. – С. 3-8.
7. Литвинов Р.И. Молекулярные механизмы и клиническое значение фибринолиза // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – № 5. – С.711-718.
8. Мареев, В. Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). / В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов с соавт. // Москва, 2013 г. – 95 с.
9. Оценка ежедневной активности, участия в жизни общества и качества жизни: учебное пособие / под ред. С.Б. Мальцева. – СПб, 2010. – 63 с.
10. Полупина О.С., Михайлова И.А., Кудряшева И.А. Состояние системы гемостаза у больных хронической обструктивной болезнью легких у пожилых // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 2. – С. 32-33.
11. Провоторов В.М., Провоторов В.М., Гречушкина И. В. И др. Исследование распространенности ИБС у больных ХОБЛ // Молодой ученый. – 2011. – Т.2. – № 12. – С. 168-171.
12. Рагино Ю.И., Баум В.А., Полонская Я.В. и др. Окисленный фибриноген и его связь с нарушениями гемостаза и функции эндотелия при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда // Кардиология. – 2009. – №9. – С. 7-8.
13. Рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца. Европейское Общество Кардиологов 2013. // Российский кардиологический журнал 2014, 7 (111): 7–79.
14. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4т. / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 3. Клиническая гериатрия. – С. 19-21.
15. Савелихина И.А., Островский Н.Н. Особенности нарушений функции внешнего дыхания у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких III стадии в процессе ком-

плексного лечения с использованием рофлумастида // Вестник ВГМУ. 2013. №3 – С. 48-54.

16. Сосновских И.В., Синицын С.П. Влияние хронической обструктивной болезни легких на гемостаз и функцию эндотелия у пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. – Вып. 42. – С.34-38.

17. Сосновских И.В. Особенности хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких : дисс.... канд. мед. наук: 14.01.04. – Челябинск, 2012. – 155с.

18. Тарасенко О.Ф. ИБС и ХОБЛ, патофизиологические особенности клиники и лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 23 с.

19. Федотова Л.А., Зорин В.Н., Пластун М.Ю. Гемостаз, фибринолиз при ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16. – № 4 (64). – С. 183-186.

20. Христич Т.Н., Шестакова Е.Г., Телеки Я.М. и др. Коморбидность хронического обструктивного заболевания легких и ишемической болезни сердца: особенности патогенеза и ведения больных (обзор литературы и собственные данные) // Украинский терапевтический журнал. – 2013. – Т. 2. – С. 101-108.

21. Цеймах И.Я. Момот А.П., Костюченко Г.И. и др. Роль патологии системы гемостаза и генетических факторов тромбогенного риска у больных с обострением хронической обструктивной болезни легких // Проблемы клинической медицины. – 2013. – № 1. – С. 66-72.

22. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 5-14.

23. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: «Антидор», 2002.

24. Якушева Э.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Гемокоагуляционные сдвиги при хронической обструктивной болезни легких // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 5. – С. 160-160.

25. Colameo A., Zanoni F., Ariano R. ADL: Valutazione della non autosufficienza secondo i singoli item // G. gerontol. – 1997. T. 45. – № 3-4. – P. 268.

26. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W. Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological function // JAMA. – 1995. – 185: 914 – P. 9.

27. Polisher Research Institute. Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL). Available at: <http://www.abramsoncenter.org/PRI/documents/IADL.pdf>. Accessed February 15, 2005.