

А. А. Заздравнов

Соціальний портрет пацієнта похилого віку, хворого на артеріальну гіпертензію

Артеріальна гіпертензія (АГ) - надважлива соціально-економічна та медична проблема, значущість якої обумовлена широким розповсюдженням в популяції та чільним місцем в структурі загальної смертності. АГ будь-якого походження є головним фактором ризику ішемічної хвороби серця, судинних катастроф (інсульту, тромбозів) та захворювань нирок.

Головною особливістю сучасних демографічних процесів є невинне старіння населення. За прогнозами експертів ООН, до 2025 року загальна кількість людей у віці 60 років й більше досягне 1,1 млрд. осіб. Даний процес сприяє наростанню соціально-економічних і медичних проблем та вимагає формування нових підходів до лікувально-профілактичної роботи з особами старшого віку. Соціалізація медичних проблем змінює усталені погляди на ведення хворих, обумовлює необхідність корекції лікувально-реабілітаційних програм, формування нових груп медико-соціального ризику.

Гіпертонічна хвороба є найбільш поширеною хронічною неінфекційною патологією літніх людей. Підвищений артеріальний тиск (АТ) реєструється у 50-70 % осіб похилого віку. Похилий вік асоціюється із змінами серцево-судинної системи та інших систем організму, які можуть призводити до розвитку серцево-судинних захворювань та збільшувати темп їх прогресування.

В останні роки в Україні несприятливі суспільно-політичні тенденції, надскладна економічна ситуація сприяють зростанню ролі соціально-економічних чинників в етіопатогенетичних механізмах АГ. Особи похилого віку відносяться до найменш соціально захищених верств населення, що робить їх особливо вразливою категорією пацієнтів.

Мета роботи: охарактеризувати соціальні чинники, що асоціюються з виникненням та несприятливим перебігом АГ у хворих похилого віку.

Соціальні чинники, що виступають в ролі факторів серцево-судинного ризику включають проблеми сімейного стану, низьку соціальну підтримку,

низький соціально-економічний статус (освіта, професія, фінансові можливості), неповноцінне харчування.

Шлюб - один з найпотужніших захисних механізмів соціальної підтримки будь-якої людини - і хворої, і здорової. Вдівство, навпаки, є гострою життєвою подією. Так, смертність від серцево-судинних захворювань серед овдовілих чоловіків набагато вище, ніж у одружених. При обстеженні випадкової вибірки в містах Московської області встановлено, що рівень АГ асоціювався з сімейним станом: овдовілі чоловіки мали найбільш високу поширеність АГ [3].

Рівень доходу і стан здоров'я - два найбільш значущих фактори, що зумовлюють задоволеність життям. Літні пацієнти порівняно з особами працездатного віку мають істотно менші фінансові ресурси. За рівнем забезпеченості на 1 члена сім'ї близько половини хворих із АГ літнього віку є малозабезпеченими. Дослідження їх сімейного бюджету показало, що перше місце займають витрати на харчування (в середньому 40% бюджету), друге і третє місце ділять між собою витрати на комунальні послуги (20-25%) та інші витрати (до 25%). Лише четверте місце припадає на лікарське забезпечення і лікування, витрати на які складають від 12 до 15% бюджету [5]. Внаслідок цього ефективні лікарські засоби стають недоступними через їх вартість.

Певним корелятом фінансової спроможності пацієнтів з ГХ є можливість використовувати додатково оплачувані діагностичні заходи. Оплачує медичні послуги при лікуванні АГ близько половини літніх пацієнтів [5]. Через брак фінансів обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом літніх пацієнтів нижче, ніж у хворих молодого і середнього віку, і як результат – зростає частота ускладнень АГ, погіршується прогноз захворювання.

Фактор незбалансованого харчування відіграє значну роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинної патології. Рекомендацію щодо обмеження кухонної солі в раціоні у літніх осіб реалізувати складніше, ніж у молодих пацієнтів, що пов'язано з залежним від віку послабленням інтенсивності

смакових відчуттів. Проблема фізичної активності літніх людей може ускладнювати процес придбання свіжих продуктів і приготування їжі.

На можливість якісного та збалансованого харчування певною мірою впливають й фінансові можливості пацієнта. Так, при обстеженні 318 літніх хворих із АГ (Красноярськ, РФ) встановлено, що вони споживають овочів і фруктів менше за необхідне. При цьому 8 % хворих на АГ похилого віку вказали, що овочів вони не вживають взагалі. У раціоні літніх жінок знижено споживання м'яса, у чоловіків похилого віку відзначається висока питома вага споживання круп [4].

Соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу АГ, збільшення серцево судинної захворюваності та смертності. Так, при проведенні одночасного обстеження в Росії, Польщі та Чехії було встановлено, що активна підприємницька діяльність знижувала ризик АГ, тоді ж як у непрацюючих пенсіонерів даний ризик зростав [1]. Літнім людям важливо дотримувати баланс автономності, незалежності і захищеності, можливості спілкування, відчувати свою значущість для рідних. Це проявляється, зокрема, в оцінці свого життя пенсіонерами, які проживають в одній сім'ї з різною кількістю людей. Пенсіонери, що живуть тільки з одним членом сім'ї, не схильні бути задоволеними своїм життям. Пенсіонер, що проживає разом з трьома або більше членами сім'ї, значно більше задоволений своїм життям. Дослідження показало, що вкрай погано оцінюють стан свого здоров'я пенсіонери, які зустрічаються зі своїми дітьми рідше одного разу на місяць, а найбільш позитивні оцінки дають люди, які спілкуються кожен день [5].

Також, вельми характерною проблемою літніх хворих на ГХ є недостатні знання про сутність захворювання, його наслідки та можливості лікування та профілактики, що зумовлює низьку прихильність хворих до лікування [2]. Корекція індивідуальної поведінки стосовно мінімізації впливу факторів ризику АГ - одна з необхідних умов успішного ведення для більшості пацієнтів з ГХ. Проте існує значний розрив між теоретично обґрунтованими рекомендаціями по модифікації поведінки і прихильністю хворих їх виконати. Особливого

значення дана проблема набуває в середовищі літніх пацієнтів. З одного боку, вона може бути наслідком недостатньої освіченості хворого похилого віку, але з іншого – результатом небажання лікаря витратити час на роз'яснення. Між тим, навчання літніх людей при використанні принципів андрагогіки (наука навчання дорослих) є ефективним процесом.

Таким чином, хворі на АГ похилого віку представляють собою багаточисельну групу медико-соціального ризику. Ведення літнього пацієнта перестає бути суто медичним аспектом діяльності лікаря, а набуває соціальної значущості. Ідеальною метою лікувально-профілактичної роботи з даними пацієнтами є не лише нормалізація АТ, а й нівелювання негативного соціального фону.

Список використаної літератури.

1. Артериальная гипертензия в трех восточно-европейских странах и ее связь с социально – экономическими факторами / Малютин С. К., Вобак М., Рајак А. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. - № 7 (6), Приложение 1. - С. 231.

2. Дзизинский А. А. Артериальная гипертензия: медико-социальные и организационно методические проблемы профилактики и лечения / А. А. Дзизинский // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - № 1 (39). - С. 196-199.

3. Изучение социально-экономических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на примере скрининга 4 городов Московской области / Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. [и др.] // Росс. кардиол. журн. - 2001. - Т. 5. - С. 31.

4. Особенности питания пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией / Давыдов Е.А., Харьков Е.И., Шульмин А.В. [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2012.- № 5. - С. 69 – 73.

5. Социально–экономическая характеристика старших возрастных групп больных с артериальной гипертензией / И. П. Артюхов, Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - № 6. - С. 78 – 83.