

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА В ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ: АКЦЕНТ НА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

А. А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет, Харків

Анотація. В статті представлено соціальну характеристику пацієнтів похилого віку з гіпертонічною хворобою (ГХ). Розглянуто проблеми сімейного стану, а саме роль вдівства в становленні та прогресуванні ГХ. Вказано на існування негативного зв'язку між кардіоваскулярною захворюваністю, в тому числі й на ГХ, та соціально-економічним статусом пацієнтів. Звернуто увагу, що через брак фінансів обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом літніх пацієнтів з ГХ нижче, ніж у хворих молодого і середнього віку. В результаті цього спостерігається зростання частоти ускладнень ГХ, погіршується прогноз захворювання. Також вказано, що соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу ГХ, збільшення серцево-судинної захворюваності та смертності. Виключення з активного життя негативно впливає на як на рівень, так і на можливості контролю артеріального тиску. Наведено дані про негативну роль фактору незбалансованого харчування у розвитку та прогресуванні ГХ у означених хворих, розглянуто механізми біологічного та соціального характеру, що заважають нівелюванню даного фактору ризику. Обґрунтовано, що літні хворі на ГХ є групою медико-соціального ризику. Показано значення комунікативної ролі лікаря в профілактичному навчанні пацієнтів стосовно формування здорового способу життя та зменшення патогенного впливу негативних соціальних чинників.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, артеріальна гіпертензія, етіологія, фактори ризику, пацієнти похилого віку, групи медико-соціального ризику.

Головною особливістю сучасних демографічних процесів у розвинених країнах світу є невідпинний процес старіння населення. За прогнозами експертів ООН, до 2025 року загальна кількість людей у віці 60 років і старше досягне 1,1 млрд. осіб [10]. Даний процес призводить до наростання соціально-економічних і медичних проблем і вимагає формування нових підходів до вирішення питань лікувально-профілактичної допомоги особам старшого віку [11]. Соціалізація суто медичних проблем змінює усталені погляди на ведення хворих, обумовлює необхідність корекції лікувально-реабілітаційних програм, формування нових груп медико-соціального ризику.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) відноситься до числа найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань, що потребують пожиттєвого лікування. Підвищений артеріальний тиск (АТ) реєструється у 50-70% осіб похилого віку. Так, в Німеччині артеріальна гіпертензія (АГ) у осіб віком 70-79 років була виявлена в 75% випадків [18]. Похилий вік асоціюється з низкою змін серцево-судинної системи (та інших систем організму), які можуть призводити до розвитку серцево-судинних захворювань та збільшувати темп їх прогресування [9]. Більш того, з точки зору ураження судинного русла, а саме артерій середнього та дрібного калібру, старіння та підвищений АТ діють односпрямовано, що реалізується у збільшенні уражень органів-мішеней у осіб старечого віку навіть при відносно незначному підвищенні АТ [14]. Надширока поширеність АГ в популяції осіб похилого віку, а також високий ризик її інвалідизуючих та фатальних серцево-судинних ускладнень обумовлюють великий інтерес дослідників до детального вивчення даного захворювання й висвітлення усіх можливих етіопатогенетичних ланок.

В останні роки в Україні спостерігаються несприятливі суспільно-політичні тенденції, надскладна економічна ситуація, катастрофічне зниження добробуту основної маси населення, невпевненість в завтрашньому дні сприяють зростанню ролі соціально-економічних чинників в етіопатогенетичних механізмах багатьох захворювань, в тому числі й ГХ. З іншого боку, особи похилого віку відносяться до найменш соціально

захищених верств населення. Між тим, участь соціальних факторів в механізмах становлення та прогресування АГ сьогодні не піддається сумніву [17]. Подібний стан речей робить хворих на ГХ похилого віку особливо вразливою категорією пацієнтів.

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

Соціальні чинники, що виступають в ролі факторів серцево-судинного ризику, в тому числі й у хворих на ГХ, відносяться до хронічних стресорів [4]. Вони включають проблеми сімейного стану, низьку соціальну підтримку, низький соціально-економічний статус (освіта, професія, фінансові можливості), неповноцінне харчування тощо.

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. Тривалість вдівства також відіграє важливу роль і ймовірність захворіти або померти від патології серця й судин вище в перші п'ять років після втрати супутника життя. [4]. При обстеженні випадкової репрезентативної вибірки в чотирьох містах Московської області встановлено, що рівень АТ асоціювався з сімейним станом: овдовілі чоловіки мали найбільш високу поширеність АГ [2]. Поряд з цим, відносна частка овдовілих серед пацієнтів похилого віку з АГ в 3 рази перевищувала аналогічний показник серед хворих з АГ середнього віку [6].

Рівень доходу і стан здоров'я - дві найбільш значущі змінні, що зумовлюють задоволеність життям та впевненість у майбутньому людей похилого віку. Літні пацієнти в порівнянні з особами працездатного віку мають істотно менші фінансові ресурси. У зв'язку з низькими доходами, літні особи не можуть отримати необхідні соціальні та медичні послуги. За рівнем забезпеченості на 1 члена сім'ї, близько половини хворих на ГХ літнього віку відносять себе до малозабезпечених. Дослідження сімейного бюджету літніх осіб показало, що перше місце займають витрати на харчування (складають в

середньому 40% бюджету), друге і третє місце ділять між собою витрати на комунальні послуги (20-25%) та інші витрати (до 25%). Четверте місце припадає на лікарське забезпечення і лікування, витрати на які складають від 12 до 15% бюджету [6]. Внаслідок усіх цих причин сучасні ефективні та безпечні лікарські засоби стають недоступними через їх вартість.

Певним корелятом фінансової спроможності пацієнтів з ГХ є можливість використання приватної медичної допомоги або ж додатково оплачуваних діагностичних заходів. З віком кількість осіб, що користуються недержавною медичною допомогою, зменшується. Оплачує медичні послуги при лікуванні АГ близько половини літніх пацієнтів [1]. В цілому, через брак фінансів обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом літніх пацієнтів з ГХ нижче, ніж у хворих молодого і середнього віку, і як результат, – спостерігається зростання частоти ускладнень АГ, погіршується прогноз захворювання. У великому популяційному дослідженні, проведеному в Португалії (включало майже 22000 осіб), було виявлено негативний зв'язок між кардіоваскулярною захворюваністю, в тому числі й на АГ, та соціально-економічним статусом пацієнтів [19].

Фактор незбалансованого харчування відіграє значну роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинної патології, в тому числі й ГХ. Усунення цього фактора ризику на 20% знижує прогресування вже наявних серцево-судинних захворювань [13]. Стандартну рекомендацію щодо обмеження використання кухонної солі в раціоні у літніх осіб реалізувати набагато складніше, ніж у більш молодих пацієнтів. Даний факт пов'язаний з залежним від віку послабленням інтенсивності смакових відчуттів. Проблема фізичної активності літніх людей може ускладнювати процес придбання свіжих продуктів і приготування їжі. Таким чином, рекомендації щодо обмеження калоража їжі і зниження маси тіла часто виявляються неуспішними [9].

Поряд з цим, 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 даний

контингент пацієнтів споживає овочів і фруктів менше за необхідне. При цьому 8 % хворих на ГХ похилого віку вказали, що овочів вони не вживають взагалі. У чоловіків літнього віку переважає триразове харчування, у літніх жінок більш висока частота прийому їжі - чотири рази на добу. Велика кількість пацієнтів не дотримуються чіткого графіка харчування, що погіршує перебіг АГ. У раціоні харчування літніх жінок також знижено споживання м'яса, у чоловіків похилого віку відзначається висока питома вага споживання круп [7].

Соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу ГХ, збільшення серцево-судинної захворюваності та смертності. Виключення з активного життя негативно впливає на як на рівень, так і на можливості контролю АТ. Так, при проведенні одночасного обстеження в Росії, Польщі та Чехії було встановлено, що індивідуальна підприємницька діяльність, володіння компанією знижували ризик АГ, тоді ж як у непрацюючих пенсіонерів даний ризик зростав [12]. Літнім людям дуже 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. Якщо пенсіонер проживає разом з трьома або більше членами сім'ї, то він значно більше задоволений своїм життям. Дослідження показало, що вкрай погано оцінюють стан свого здоров'я і якість свого життя пенсіонери, які зустрічаються зі своїми дітьми рідше одного разу на місяць або не зустрічаються взагалі, а найбільш позитивні оцінки дають люди, які мають можливість спілкування майже кожен день [5].

Також, вельми характерною проблемою літніх хворих на ГХ є недостатні знання про сутність захворювання, його наслідки та можливості лікування й профілактики, що зумовлює низьку прихильність хворих до лікування [8]. Корекція індивідуальної поведінки стосовно мінімізації впливу факторів ризику АГ - одна з необхідних умов успішного ведення для більшості пацієнтів з ГХ. Проте дослідження останніх років демонструють значний розрив між

теоретично обґрунтованими рекомендаціями по модифікації поведінки і прихильністю хворих їх виконувати [16]. 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 [3, 15].

Таким чином, хворі на ГХ похилого віку представляють собою багаточисельну групу медико-соціального ризику. Ведення літнього пацієнта перестає бути суто медичним аспектом діяльності лікаря, а набуває соціальної значущості. І в цьому випадку велику роль відіграє сімейний лікар (дільничий терапевт), який приходить у сім'ю і розмовляє не тільки з літнім пацієнтом, а й з тими, хто його оточує. Лікар має звернути увагу молодих людей, що проживають у цій сім'ї, на потреби пацієнта похилого віку, вказати, що їх роль у лікуванні старшого покоління дуже велика. Він проводить скринінг тиску й навчає вимірюванню АТ хворого та його оточення, здійснює профілактику АГ, роз'яснюючи негативний вплив шкідливих звичок для гіпертоніків. Сімейний лікар має залучати літніх пацієнтів з ГХ до профілактичного навчання. Він обов'язково повинен зробити акцент на здоровому способі життя і збалансованому харчуванні, сприяти зменшенню патогенного впливу негативних соціальних чинників.

Література

1. Артюхов И. П., Давыдов Е. Л., Капитонов В. Ф. и др. Социально – экономическая характеристика старших возрастных групп больных с артериальной гипертонией // Сибирское мед. обозрение. - 2013. - № 6. - С. 78 – 83.
2. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. и др. Изучение социально-экономических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на

примере скрининга 4 городов Московской области / // Росс. кардиол. журн. - 2001. - Т. 5. - С. 31.

3. Гонохова Л.Г. Эффективность профилактического обучения больных артериальной гипертонией пожилого возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008.- № 7(6). – С. 38 – 42.

4. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний // Сибирский мед. журнал. – 2012. – Т. 27, № 2. - С. 22 – 29.

5. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Медико-социальные аспекты и качество жизни пациентов с артериальной гипертонией старших возрастных групп / // Электронный научный журнал. Медицина и образование в Сибири. – 2012. - №4.- С.1 - 5.

6. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - № 6 (88). - С. 113 – 118.

7. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шульмин А.В. и др. Особенности питания пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Сибирское мед. обозрение. - 2012.- № 5. - С. 69 – 73.

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

9. Дядык А. И., Багрий А. Э., Щукина Е. В. и др. Лечение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста // Новости медицины и фармации. - 2013. - № 9 (460). - С. 28- 31.

10. Камынина Н. Н., Аникеева С. В. Принципы ООН в отношении пожилых людей // Тезисы 10 Междунар. научно-практ. конф. «Пожилый больной. Качество жизни» // Клин. геронтология. - 2005. - № 9. - С. 113.

11. Малыхин В. П., Егоров В. В. О концепции современного подхода к профилактике преждевременного старения / // Тезисы 10 Междунар. научно-

практ. конф. «Пожилой больной. Качество жизни»// Клин. геронтология. - 2005. - № 9. - С. 126 - 127.

12. Малютина С. К., Bobak M., Rajak A. и др. Артериальная гипертензия в трех восточно-европейских странах и ее связь с социально – экономическими факторами // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. - № 7 (6), Приложение 1. - С. 231.

13. Муравьев С.А. Оконечникова Н.С., Макарова Г.А. Влияние разгрузочно-диетической терапии на функциональные гемодинамические показатели больных артериальной гипертензией в пожилом возрасте // Мед. наука и образование Урала. - 2010. - № 3. - С. 109 – 112.

14. Приходько В.Ю., Стаднюк Л.А., Кононенко О.А. Артеріальна гіпертензія і вік: поширення, особливості перебігу та ускладнення // Сімейна медицина.- 2015.- №1 (57). - С. 93 - 98.

15. Рябчикова Т.В., Егорова Л.А. Теоретические аспекты обучения лиц пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями // Клин. геронтология. – 2004. - № 1. – С. 44 - 46.

16. Сорокин Е.В., Карпов Ю.А. Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых больных // РМЖ. – 2003. - №19. – С. 1072 - 1076.

17. Cuffee Y., Ogedegbe C., Williams N. J. et al. Psychosocial risk factors for hypertension: an update of the literature // Curr. Hypertens. Rep. – 2014. - Vol. 16(10). - P.483.

18. Neuhauser H., Thamm M., Ellert U. Blood pressure in Germany 2008-2011: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2013.- Vol. 56 (5-6). – P. 795 - 801.

19. Ribeiro S., Furtado C., Pereira J. Et al. Association between cardiovascular disease and socioeconomic level in Portugal // Rev. Port. Cardiol. – 2013.- Vol. 32(11). P. 847 - 854.