

Гіпертонічна хвороба в пацієнтів похилого віку: акцент на соціальні аспекти



А. А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет

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 захворюваністю на серцево-судинні хвороби, зокрема й на ГХ, та соціально-економічним статусом пацієнтів. Через брак коштів обсяг діагностичних обстежень і можливості лабораторно-інструментального контролю за станом пацієнтів похилого віку з ГХ нижчі, ніж у хворих молодого й середнього віку, внаслідок чого спостерігається зростання частоти ускладнень ГХ та погіршується прогноз захворювання. Також указано, що соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу ГХ, збільшення захворюваності та смертності від серцево-судинних хвороб. Відсутність активного життя негативно впливає як на рівень, так і на можливості контролю артеріального тиску. Наведено дані про негативну роль незбалансованого харчування в розвитку та прогресуванні ГХ в означених хворих, розглянуто механізми біологічного та соціального характеру, що заважають нівелюванню цього фактора ризику. Обґрунтовано твердження, що хворі похилого віку з ГХ становлять групу 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, чинники ризику, пацієнти похилого віку, групи медико-соціального ризику.

Старіння населення — характерна риса демографічних процесів у розвинених країнах світу. За прогнозами експертів ООН, до 2025 р. загальна кількість осіб віком 60 років і старших сягне 1,1 млрд [10], що зумовлює потребу в нових підходах до вирішення питань лікувально-профілактичної допомоги особам похилого та старечого віку [11].

Гіпертонічна хвороба (ГХ) належить до найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань, що потребують довічного лікування. Підвищений артеріальний тиск (АТ) реєструють у 50–70 % осіб похилого віку. Так, у Німеччині артеріальну гіпертензію (АГ) в осіб віком 70–79 років виявили в 75 % випадків [18]. Зміни серцево-судинної та інших систем організму в похилому

віці можуть спричинити серцево-судинні захворювання та пришвидшувати їх прогресування [9]. Особливості ураження судинного русла, а саме артерій середнього та дрібного діаметра, в осіб похилого віку частіше зумовлюють ураження органів-мішеней навіть за відносно невеликого підвищення АТ [14]. Значна поширеність АГ у популяції осіб похилого віку, а також високий ризик фатальних серцево-судинних ускладнень спричиняє великий інтерес дослідників до детального вивчення її перебігу в зазначеній когорті пацієнтів.

Значущість соціальних факторів у механізмах виникнення та прогресування АГ сьогодні не підлягає сумніву [17]. Останніми роками в Україні домінують несприятливі соціальні тенденції, надскладна економічна ситуація, катастрофічне зниження добробуту населення, що зумовлює зростання впливу соціально-економічних чинників на механізми розвитку ГХ серед найменш соціально захищених верств населення, зокрема осіб похилого віку як найуразливішої категорії пацієнтів.

До соціальних чинників серцево-судинного ризику належать відсутність сімейного партнера,

Стаття надійшла до редакції 10 липня 2015 р.

Заздравнов Андрій Анатолійович, д. мед. н., проф. кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб 61157, м. Харків, вул. Текстильна, 4. Тел. (57) 733-17-00
E-mail: fammedlmp@rambler.ru

© А. А. Заздравнов, 2015

недостатня соціальна підтримка, низький соціально-економічний статус (освіта, професія, фінансові можливості), неповноцінне харчування тощо [4].

Шлюб вважають одним із найпотужніших захисних механізмів соціальної підтримки будь-якої людини — і хворої, і здорової. Вдівство — це, навпаки, гостра життєва подія. Смертність від серцево-судинних захворювань серед овдовілих чоловіків набагато вища, ніж в одружених. Важливу роль відіграє тривалість вдівства, тому що ймовірність захворіти або померти від патології серця й судин збільшується в перші п'ять років після втрати супутника життя [4]. Під час обстеження випадкової репрезентативної вибірки в чотирьох містах Московської області було виявлено асоціацію рівня АГ із сімейним станом: АГ була найпоширеніша серед овдовілих чоловіків [2]. Відносна ж частка овдовілих серед пацієнтів похилого віку з АГ втричі перевищує аналогічний показник серед хворих з АГ середнього віку [6].

Рівень доходу і стан здоров'я — два найбільш значущих чинники, що впливають на задоволеність життям і впевненість у майбутньому людей похилого віку. Такі пацієнти порівняно з особами працездатного віку мають істотно менші фінансові ресурси і, відповідно, обмежений доступ до необхідних соціальних та медичних послуг. За рівнем забезпеченості на одного члена сім'ї близько половини хворих на ГХ похилого віку зараховують себе до малозабезпечених. Дослідження сімейного бюджету осіб похилого віку показало, що перше місце посідають витрати на харчування, які становлять у середньому 40 % бюджету. Друге і третє місце ділять між собою витрати на комунальні послуги (20–25 %) та інші витрати (до 25 %). Четверте місце — 12–15 % бюджету — лікування [6]. Як наслідок, сучасні ефективні й безпечні лікарські засоби стають менш доступними для осіб похилого віку через їхню вартість.

Низька фінансова спроможність пацієнтів похилого віку з ГХ позначається на можливості використання приватної медичної допомоги або ж додатково оплачуваних діагностичних заходів. З віком зменшується частота звернень по недержавну медичну допомогу. Медичні послуги під час лікування АГ оплачують близько половини пацієнтів похилого віку [1]. Через брак фінансів обмежений обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом пацієнтів похилого віку з ГХ порівняно з хворими молодого й середнього віку, що спричиняє зростання частоти ускладнень АГ та погіршує прогноз захворювання. У великому популяційному дослідженні, проведеному в Португалії із залученням близько 22000 осіб, було виявлено негативний зв'язок між захворюваністю на серцево-судинні хвороби, зокрема на АГ, та соціально-економічним статусом пацієнтів [19].

Незбалансоване харчування відіграє значну роль у розвитку і прогресуванні ГХ та інших хвороб системи кровообігу. Усунення цього чинника ризику знижує ймовірність прогресування вже наявних серцево-судинних захворювань [13]. Стандартну рекомендацію щодо обмеження використання кухонної солі в раціоні осіб похилого віку реалізувати набагато складніше, ніж у молодших пацієнтів у зв'язку із послабленням інтенсивності смакових відчуттів з віком. Недостатня фізична активність людей похилого віку, яка до того ж ускладнює процес придбання свіжих продуктів і приготування їжі, спричиняє недотримання рекомендації щодо обмеження калорійності раціону і зниження маси тіла [9].

Фінансові можливості пацієнта також відображаються на доступності якісного та збалансованого харчування. Так, під час обстеження 318 хворих похилого віку з АГ встановлено, що вони споживають меншу за необхідну кількість овочів і фруктів, а 8 % хворих не вживають овочів зовсім. Значною виявилася частка пацієнтів, які не дотримуються чіткого графіка харчування, що погіршує перебіг АГ. У раціоні харчування жінок похилого віку знижене споживання м'яса, у чоловіків похилого віку відзначається висока питома вага споживання круп [7].

Соціальна ізоляція — доведений фактор погіршення перебігу ГХ, збільшення захворюваності та смертності від серцево-судинних хвороб. Відсутність активного життя негативно впливає як на рівень, так і на можливості контролю АГ. Так, під час одночасного обстеження пацієнтів у Росії, Польщі та Чехії встановлено, що індивідуальна підприємницька діяльність, володіння компанією знижували ризик АГ, тоді ж як у пенсіонерів, які не працювали, він зростав [12]. Людям похилого віку дуже важливо дотримуватися балансу автономності, незалежності і захищеності, можливості спілкування, відчувати свою значущість для рідних. Це виявляється, зокрема, в оцінці свого життя пенсіонерами, які мешкають в одній сім'ї з різною кількістю людей. Люди похилого віку, що живуть тільки з одним членом сім'ї, не схильні до задоволеності своїм життям, натомість члени родини з трьох або більше осіб налаштовані оптимістичніше. Украй 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 найпозитивніші оцінки дають люди, котрі мають можливість спілкування майже щодня [5].

Характерна проблема хворих похилого віку на ГХ — брак знань про сутність захворювання, його наслідки та можливості лікування і профілактики, що зумовлює низьку прихильність їх до лікування [8]. Корекція індивідуальної поведінки з метою мінімізації впливу чинників ризику АГ — одна з

необхідних умов успішного ведення пацієнта з ГХ. Проте дослідження останніх років демонструють значний розрив між теоретично обґрунтованими рекомендаціями щодо модифікації способу життя і бажанням хворих їх виконувати [16]. Особливого значення ця проблема набуває в середовищі пацієнтів похилого віку, що зумовлено як низькою освіченістю таких хворих, так і небажанням лікарів витрачати час на роз'яснення. Тим часом навчання людей похилого віку за принципами андрагогіки (наука навчання дорослих) — ефективний процес [3, 15].

Отже, хворі на ГХ похилого віку становлять численну групу медико-соціального ризику. Ведення пацієнта похилого віку перестає бути суто медичним аспектом діяльності лікаря, а набуває соціаль-

ної значущості. У цьому випадку велику роль відіграє сімейний лікар або дільничний терапевт, який повинен встановити контакт не лише з пацієнтом, а й із його оточенням. Лікар має звернути увагу молодих людей на потреби пацієнта похилого віку, що живе разом з ними, вказати на їхню роль у лікуванні старшого родича. Дуже важливо навчити правилам коректного вимірювання АТ хворого та його близьких, а також приділити увагу роз'ясненню негативного впливу шкідливих звичок на перебіг хвороби. Сімейний лікар має залучати пацієнтів похилого віку з ГХ до профілактичного навчання. Він обов'язково повинен зробити акцент на здоровому способі життя і збалансованому харчуванні та 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 // Рос. 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., Шукина Е. В. и др. Лечение артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста // Нов. мед. и фармац. — 2013. — № 9 (460). — С. 28—31.
10. Камынина Н. Н., Анисеева С. В. Принципы ООН в отношении пожилых людей: Тезисы 10 Междунар. научно-практ. конф. «Пожилкой больной. Качество жизни» // Клини. геронтология. — 2005. — № 9. — С. 113.
11. Малыгин В. П., Егоров В. В. О концепции современного подхода к профилактике преждевременного старения: Тезисы 10 Междунар. научно-практ. конф. «Пожилкой больной. Качество жизни» // Клини. геронтология. — 2005. — № 9. — С. 126—127.
12. Малютин С. К., Bobak M., Rajak A. и др. Артериальная гипертония в трех восточно-европейских странах и ее связь с социально-экономическими факторами // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7 (6), прил. 1. — С. 231.
13. Муравьев С. А., Окоченникова Н. С., Макарова Г. А. Влияние разгрузочно-диетической терапии на функциональные гемодинамические показатели больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте // Мед. наука и образование Урала. — 2010. — № 3. — С. 109—112.
14. Приходько В. Ю., Стаднюк Л. А., Кононенко О. А. Артериальная гипертония 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 // Клини. 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.

Гипертоническая болезнь у пациентов пожилого возраста: акцент на социальные аспекты

А. А. Заздравнов

Харьковский национальный медицинский университет

Представлена социальная характеристика пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью (ГБ). Рассмотрены проблемы семейного положения, а именно роль вдовства в становлении и прогрессировании ГБ. Указано на существование отрицательной связи между сердечно-сосудистой заболеваемостью, в том числе и ГБ, и социально-экономическим статусом пациентов. Из-за нехватки финансов объем диагностических обследований и возможности лабораторно-инструментального контроля над состоянием пациентов пожилого возраста с ГБ ниже, чем у больных молодого и среднего возраста, в результате чего наблюдается рост частоты осложнений ГБ и ухудшается прогноз заболевания. Также указано, что социальная изоляция является доказанным фактором ухудшения течения ГБ, увеличения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых болезней. Исключение из активной жизни негативно влияет как на уровень, так и на возможности контроля артериального давления. Приведены данные о негативной роли несбалансированного питания в развитии и прогрессировании ГБ у указанных больных, рассмотрены механизмы биологического и социального характера, мешающие нивелированию данного фактора риска. Обосновано, что пациенты пожилого возраста с ГБ являются группой медико-социального риска. Показано значение коммуникативной роли врача в профилактическом обучении пациентов относительно формирования здорового образа жизни и уменьшения патогенного влияния негативных социальных факторов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, этиология, факторы риска, пациенты пожилого возраста, группы медико-социального риска.

Essential hypertension in elderly patients: focus on social aspects

A. A. Zazdravnov

Kharkiv National Medical University

The article presents the social characteristics of elderly patients with essential hypertension (EH). Problems of marital status, namely the role of widowhood in the formation and progression of EH have been considered. The presence of a negative relationship between cardiovascular disease, including EH, and socio-economic status of patients was indicated. Lack of financial abilities reduces the amount of diagnostic tests and the possibility of laboratory and instrumental monitoring of the elderly patients with EH compared with young and middle-aged patients, which results in the increase of frequency and complications of EH and worsening of prognosis. It has also been indicated that social isolation is a proven factor of the deterioration of the course of EH and increase of cardiovascular morbidity and mortality. Exclusion of elderly patients from active life has a negative affect both on the level of blood pressure and the ability to control it. Data on the negative role of improper diet in the development and progression of EH in these patients are presented. Biological and social mechanisms that prevent the elimination of the risk factors have been considered. It has been proved that elderly patients with hypertension are a group of medical and social risk. The value of communicative role of the doctor for the patients' education regarding healthy lifestyles and reduction of the impact of negative social factors has been shown.

Key words: essential hypertension, arterial hypertension, etiology, risk factors, elderly patients, group of medical and social risk.