

# Гіпертонічна хвороба у пацієнтів похилого віку: акцент на соціальні аспекти захворювання

**А.А. Заздравнов**

Харківський національний медичний університет

У статті представлено соціальну характеристику пацієнтів похилого віку з гіпертонічною хворобою. Розглянуто проблеми сімейного стану, рівень соціальної підтримки, соціально-економічний статус, особливості харчування означених хворих. Обґрунтовано, що дані особи є групою медико-соціального ризику. Показана роль сімейного лікаря у профілактичному навчанні пацієнтів стосовно формування здорового способу життя та зменшення патогенного впливу негативних соціальних чинників.

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

Головною особливістю сучасних демографічних процесів у розвинених країнах світу є невідворотний процес старіння населення. За прогнозами експертів ООН, до 2025 року загальна кількість людей у віці 60 років і старших досягне 1,1 млрд осіб [6]. Даний процес призводить до наростання соціально-економічних і медичних проблем і вимагає формування нових підходів до вирішення питань лікувально-профілактичної допомоги особам старшого віку [8]. Соціалізація суто медичних проблем змінює усталені погляди на ведення хворих, зумовлює необхідність корекції лікувально-реабілітаційних програм, формування нових груп медико-соціального ризику.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) належить до числа найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань, що потребують позитивного лікування, і априорі перебуває у сфері практичної діяльності сімейного лікаря. Підвищений артеріальний тиск (АТ) реєструється у 50–70% осіб похилого віку. Похилий вік асоціюється з низькою зміною серцево-судинної системи (та інших систем організму), які можуть призводити до розвитку серцево-судинних захворювань та збільшувати темп їхнього прогресування [7]. Значна поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) в популяції осіб похилого віку, а також високий ризик її інвалідизувальних та фатальних серцево-судинних ускладнень зумовлюють великий інтерес дослідників до детального вивчення даного захворювання й висвітлення усіх можливих етіопатогенетичних ланок.

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

жать до хронічних стресорів [3]. Вони 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. Удівство, 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 [3]. При обстеженні випадкової репрезентативної вибірки в чотирьох містах Московської області встановлено, що рівень АТ асоціювався з сімейним станом: найбільш високою поширеністю АГ була серед овдовілих чоловіків [5]. Поряд з цим, відносна частка овдовілих серед пацієнтів похилого віку з АГ в 3 рази перевищувала аналогічний показник серед хворих з АГ середнього віку [12].

Рівень доходу і стан здоров'я – дві найбільш значущі змінні, що зумовлюють задоволеність життям та впевненість у майбутньому людей похилого віку. Пацієнти похилого віку у порівнянні з особами працездатного віку мають істотно менші фінансові ресурси. У зв'язку з низькими доходами особи похилого віку не можуть отримати необхідні соціальні та медичні послуги. За рівнем забезпеченості на 1 члена сім'ї близько половини хворих на ГХ похилого віку відносять себе до малозабезпечених. Дослідження сімейного бюджету осіб похилого віку встановило, що перше місце посідають витрати на харчування (складають в середньому 40% бюджету), друге і третє місця 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 [12]. Унаслідок усіх цих причин сучасні ефективні та безпечні лікарські засоби стають недоступними через їхню 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 пацієнтів похилого віку [15]. У цілому, через брак фінансів обсяг діагностичних обстежень та можливості лабораторно-інструментального контролю за станом пацієнтів похилого віку з ГХ нижче, ніж у хворих молодого і середнього віку, і як результат – спостерігається зростання частоти ускладнень АГ, погіршується прогноз захворювання.

Фактор незбалансованого харчування відіграє значну роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинної патології, у тому числі й ГХ. Усунення цього фактора ризику на 20% знижує прогресування вже наявних серцево-судинних захворювань [10]. Стандартну рекомендацію щодо обмеження використання кухонної солі в раціоні осіб похилого віку реалізувати набагато складніше, ніж у більш молодих

пацієнтів. Даний факт пов'язаний із залежним від віку послабленням інтенсивності смакових відчуттів. Проблема фізичної активності людей похилого віку може ускладнювати процес придбання свіжих продуктів і приготування їжі. Таким чином, рекомендації щодо обмеження калоража їжі і зниження маси тіла часто виявляються неуспішними [7].

Поряд з цим, на можливість якісного та збалансованого харчування певною мірою впливають й фінансові можливості пацієнта. Так, при обстеженні 318 хворих похилого віку із АГ (м. Красноярськ, РФ) встановлено, що даний контингент пацієнтів споживає овочів і фруктів менше за необхідне. При цьому 8% хворих на ГХ похилого віку засвідчили, що овочів вони не вживають взагалі. У чоловіків похилого віку переважає триразове харчування, у жінок того самого віку більш висока частота споживання їжі – чотири рази на добу. Велика кількість пацієнтів не дотримуються чіткого графіка харчування, що погіршує перебіг АГ. У раціоні жінок похилого віку також знижено споживання м'яса, у чоловіків похилого віку відзначається висока питома вага споживання круп [11].

Соціальна ізоляція є доведеним фактором погіршення перебігу ГХ, збільшення серцево-судинної захворюваності та смертності. Виключення з активного життя негативно впливає як на рівень, так і на можливість контролю АГ. Так, при проведенні одночасного дослідження в Росії, Польщі та Чехії було встановлено, що індивідуальна підприємницька діяльність, володіння компанією знижували ризик АГ, тоді як у непрацюючих пенсіонерів даний ризик зростає [1]. Людям похилого віку дуже важливо дотримувати баланс автономності, незалежності і захищеності, можливості спілкування, відчувати свою значущість для рідних. Це проявляється, зокрема, в оцінюванні 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 встановило, 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 [9].

Також вельми характерною проблемою хворих на ГХ похилого віку є недостатні знання про сутність захворювання, його наслідки та можливості лікування й профілактики, що зумовлює низьку прихильність хворих до лікування [4]. Корекція індивідуальної поведінки стосовно мінімізації впливу факторів ризику розвитку АГ – одна з необхідних умов успішного ведення для більшості пацієнтів з ГХ. Проте дослідження останніх років демонструють значний розрив між теоретично обґрунтованими рекомендаціями з модифікації поведінки і прихильністю хворих їх виконувати [14]. Особливого значення дана проблема набуває в середовищі пацієнтів похилого віку. 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 людей похилого віку при використанні принципів андрагогіки (наука навчання дорослих) є ефективним процесом [2, 13].

Таким чином, хворі на ГХ похилого віку представляють собою багаточисельну групу медико-соціального ризику. Ведення пацієнта похилого віку перестає бути суто медичним аспектом діяльності лікаря, а набуває соціальної значущості. І в цьому випадку велику роль відіграє сімейний лікар, який приходить у сім'ю і розмовляє не тільки з пацієнтом похилого віку, а й з тими, хто його оточує. Лікар має звернути увагу молодих людей, що проживають у цій сім'ї, на потреби пацієнта похилого віку, зазначити, що їхня роль у лікуванні старшого покоління дуже велика. Він проводить скринінг АГ й навчає вимірюванню АТ хворого та його оточення, здійснює профілактику АГ, роз'яснюючи негативний вплив шкідливих звичок для гіпертоніків. 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, сприяти зменшенню патогенного впливу негативних соціальних чинників.

### Гипертоническая болезнь у пациентов пожилого возраста: акцент на социальные аспекты заболевания А.А. Заздравнов

В статье представлена социальная характеристика пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью. Рассмотрены проблемы семейного положения, уровень социальной поддержки, социально-экономический статус, особенности питания указанных больных. Обосновано, что данные лица являются группой медико-социального риска. Показана роль семейного врача в профилактическом обучении пациентов относительно формирования здорового образа жизни и уменьшения патогенного влияния негативных социальных факторов.  
**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, этиология, пациенты пожилого возраста, группы медико-социального риска.

### High blood pressure in elderly patients: focus on the social aspects of the disease A.A. Zazdravnov

The article presents the social characteristics of elderly patients with essential hypertension. The problems of marital status, level of social support, socioeconomic status, dietary habits of these patients were reviewed. Author substantiate these persons are a group of medical and social risk. The role of the family doctor for patient education regarding healthy lifestyles and reducing of the impact of negative social factors has been shown.

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

### Сведения об авторе

Заздравнов Андрей Анатольевич – Кафедра общей практики–семейной медицины и внутренних болезней Харьковско-го национального медицинского университета, 61015, г. Харьков, пер. Внуковский, 10; тел.: (050) 652-81-11. E-mail: fammedlmp@rambler.ru

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артериальная гипертензия в трех восточно-европейских странах и ее связь с социально-экономическими факторами / Малютина С.К., Bobak M., Rajak A. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7 (6), приложение 1. – С. 231.
2. Гонохова Л.Г. Эффективность профилактического обучения больных артериальной гипертензией пожилого возраста / Л.Г. Гонохова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7 (6). – С. 38–42.
3. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний / Е.А. Громова // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т. 27, № 2. – С. 22–29.
4. Дзизинский А.А. Артериальная ги-

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

5. 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.

6. Камынина Н.Н. Принципы ООН в отношении пожилых людей / Н.Н. Камынина, С.В. Анисеева // Тезисы 10-й Международной научно-практической конференции «Пожилые больные. Качество жизни» // Клиническая геронтология. – 2005. – № 9. – С. 113.

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

8. Мальхин В.П. О концепции современного подхода к профилактике преждевременного старения / В.П. Мальхин, В.В. Егоров // Тезисы 10-й Международной научно-практической конференции «Пожилые больные. Качество жизни» // Клиническая геронтология. – 2005. – № 9. – С. 126–127.

9. Медико-социальные аспекты и качество жизни пациентов с артериальной гипертензией старших возрастных групп / Е.Л. Давыдов, В.Ф. Капитонов, Е.И. Харьков [и др.] // Элек-

тронный научный журнал. Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 4. – С. 1–5.

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

11. 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.

12. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией / Е.Л. Да-

выдов, В.Ф. Капитонов, Е.И. Харьков [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 6 (88). – С. 113–118.

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

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

15. 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.

Статья поступила в редакцию 19.24.2015

## НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

### ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ МОГУТ ПОБЕДИТЬ ГЕННОЙ ТЕРАПИЕЙ

Легочная гипертензия - смертельно опасное, быстро прогрессирующее заболевание, которое оборачивается одышкой, слабостью, ускоренным сердцебиением, предобморочным состоянием.

Сосуды утолщены и сужены, что постепенно приводит к сердечной недостаточности. Половина пациентов, которым ставят этот диагноз, умирают в течение 5 лет. Причем 70% больных - женщины.

Ученые из Школы медицины Икан на горе Синай обра-

тили внимание на то, что повышение давления в сосудах связано с аномальными уровнями кальция внутри клеток сосудов. Они поставили перед собой задачу ввести ген, способный отрегулировать баланс этого вещества. "Транспортным средством" избрали вирусы, которые вводили в организм в виде аэрозольной вакцины.

Клинические испытания на мышах уже подтвердили эффективность, но более важным этапом стал эксперимент со

свиньями, поскольку их организм намного ближе к человеческому. Десять животных получили солевой аэрозоль, а остальные - вирус. Через два месяца обследование свиней показало, что новые гены "работают" в сосудах легких. Причем аномальные клеточные изменения снизились, а функция сердца и легких улучшилась. Новый способ лечения смертельного недуга собираются вскоре предложить протестировать добровольцам.

[www.likar.info](http://www.likar.info)