

УДК 616-006.6-02:616-058.4

С.В. Юдин, А.А. Мелякова

БЕДНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙПриморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)*Ключевые слова: бедность, стресс, онкологические заболевания.*

Долгое время канцерогенное воздействие на человека ряда факторов и в России, и за рубежом оценивались в отрыве (вне зависимости) от социально-экономического и психоэмоционального состояния населения. Специалисты Международного агентства по изучению рака (МАИР) — специализированного органа Всемирной организации здравоохранения — в результате исследования, проведенного в ряде стран, пришли к заключению, что бедность и сильный затяжной психоэмоциональный стресс, ведущий к тяжелой депрессии, — два важнейших фактора риска, которые влияют на уровень онкологической заболеваемости населения. Результаты работы были изложены в монографии «Социальное неравенство и рак» [8].

В Австралии смертность мужчин низшего социального класса от онкологических заболеваний в 1,5 раза выше, чем высшего. В Швейцарии и Канаде мужчины в возрасте 30–49 лет с высоким социально-экономическим статусом умирали от злокачественных новообразований в 2 раза реже, чем неквалифицированные и наемные работники. Онкологическая заболеваемость среди безработных мужчин на 25% выше, чем среди работающих [8].

Нами проведено исследование некоторых медико-экономических критериев бедности населения Приморского края как социально-гигиенических факторов риска онкологических заболеваний. Использовались социологический и информационно-аналитический методы. Объектом исследования послужили пациенты муниципальных поликлиник Владивостока и больные Приморского краевого онкологического диспансера.

В анкетном опросе участвовал 471 пациент муниципальных поликлиник в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст — 43,4 года). Женщин было 366 (77,7%), мужчин — 105 (22,3%). Посетители муниципальных поликлиник по роду занятий и видам трудовой деятельности были распределены по численности в порядке убывания: пенсионеры (131 человек — 33,2%), работники бюджетной сферы (104 человека — 26,4%), учащиеся и студенты (50 человек — 12,7%), работники коммерческой сферы (47 человек — 11,9%), рабочие (20 человек — 5,1%), домохозяйки (14 человек — 3,5%).

Почти 2/3 пациентов (56,6%) посещали поликлиники по причине обострения хронических заболеваний, в 45,7% случаях — по поводу острого заболевания. 17,3% посетителей обращались в поликлиники для выдачи льготных рецептов. Отметим, что социологическое исследование проводилось нами в конце 2004 г., т.е. до вступления в силу закона Российской Федерации № 122 от 22 августа 2004 г., который определил порядок дополнительного лекарственного обеспечения для отдельных категорий граждан. С началом действия этого закона с 2005 г. существенно изменилась структура пациентов муниципальных поликлиник и цели обращений: большинство из них идут в поликлиники для получения льготных рецептов.

Самыми востребованными специалистами во всех муниципальных поликлиниках были неврологи (86,7%), к ним зафиксированы самые объемные и продолжительные записи на прием, что является косвенным подтверждением наличия хронического стресса у пациентов. На это же указывали ответы посетителей врачей-терапевтов.

Социально-экономический статус пациентов муниципальных поликлиник характеризовался посредством их собственной оценки потребительских возможностей. При этом было установлено, что почти 1/3 посетителей (123 — 26,1±2,0 %) составляли те пациенты, которым приходилось ограничивать себя даже в покупке продуктов питания, и 180 посетителей (38,2±2,2%) — люди, которым денег хватало только на ежедневные расходы, а покупка одежды и других товаров представляла трудности. Далее следовали пациенты (133 — 28,2±2,1%), которым денег хватало на все текущие расходы, но без излишеств. Только 35 человек (7,4±1,2%) ответили, что денег им вполне хватает. Анализ данных ответов позволяет объединить первые две группы респондентов (303 человека — 64,3±2,2%) и по уровню качественной оценки потребительских возможностей отнести их к условной категории бедных.

Собственная оценка пациентами своего уровня жизни позволила выделить следующие группы: с низким уровнем жизни — 75 человек (15,9±1,7%), с уровнем жизни ниже среднего — 156 человек (33,1±2,1%), со средним уровнем жизни — 204 человека (43,2±2,2%), с уровнем жизни выше среднего — 36 человек (7,6±1,2%). Данные ответы позволили объединить в безусловную группу бедных первые две категории респондентов (231 человек — 49,0±2,3%).

Таким образом, качественная оценка собственного уровня потребительских возможностей пациентами муниципальных поликлиник соответствовала социально-экономической категории бедных по одним критериям в 64,3±2,2%, по другим — в 49,0±2,3% случаев.

Для количественной и, следовательно, более объективной оценки социального уровня респондентов исследовался подушевой доход на одного члена

Таблица 1

Доход на одного человека в семье в месяц¹

Вариант ответа	Кол-во респондентов	
	абс.	%
До 1000 руб.	94	19,9±1,8
2000 руб.	124	26,3±2,0
3000 руб.	86	18,3±1,7
4000 руб.	29	6,2±1,1
5000 руб.	16	3,4±0,8
6000 руб.	8	1,8±0,6
7000 руб.	11	2,3±0,7
8000 руб.	2	0,4±0,6
9000 руб.	—	—
Более 10000 руб.	11	2,3±0,7
Затруднились с ответом	90	19,1±1,8

¹ Социологический опрос пациентов муниципальных поликлиник Владивостока, 2004 г. (прожиточный минимум — 3394 рубля, Росстат).

семьи. Чаще всего регистрировались доходы от 1000 до 3000 руб. (табл. 1). Таким образом, пациенты муниципальных поликлиник — потенциальные онкологические больные — в 64,3±2,2% случаев имели подушевой доход ниже прожиточного минимума, который в 2004 г. равнялся 3394 руб.

На следующем этапе работы изучался социально-экономический статус онкологических больных стационара Приморского краевого онкологического диспансера — 1320 человек. Социологическое исследование также проводилось в конце 2004 г.

Материальные и финансовые возможности онкологических больных как потребителей медицинских услуг определялись по ответам, которые позволили распределить респондентов по следующим уровням: 1) 539 человек (40,8±1,3%) ограничивали себя даже в покупке продуктов питания; 2) 517 человек (39,2±1,3%), которым денег хватало только на ежедневные расходы; 3) 264 человека (20,0±1,1%), которым денег хватало на все, но без излишеств. Сами больные в 747 случаях (56,6±1,3%) определили свой уровень дохода как низкий, в 385 случаях (29,2±1,2%) как средний и в 188 случаях (14,2±0,9%) как высокий.

Ответы онкологических больных о подушевых доходах семьи сгруппировались следующим образом: от 1000 до 2000 руб. — 396 человек (30,0±1,2%), от 2000 до 3000 руб. — 594 человека (45,0±1,3%), от 3000 до 5000 руб. — 121 человек (9,2±0,7%), от 5000 до 10000 руб. — 132 человека (10,0±0,8%), свыше 10000 руб. — 77 человек (5,8±0,6%). Таким образом, больные с подушевым доходом ниже уровня прожиточного минимума (т.е. бедные граждане) составили 75,0±1,2% от всего числа опрошенных.

Социально-экономические условия, в частности низкий доход, могут быть важными факторами, влияющими на уровень заболеваемости опухолями

различной локализации. В частности, состояние питания населения, как недостаточное и несбалансированное, принято считать причиной около 1/3 случаев онкозаболеваний. В России население в среднем в 2 раза меньше по сравнению с благополучными странами употребляет мяса, молока, рыбы, фруктов и овощей [7].

В 1995 г. в Москве под эгидой Всемирной организации здравоохранения была проведена международная конференция «Общество, стресс и здоровье». Принятой на конференции декларацией признано, что психоэмоциональный стресс — угроза жизни и здоровью. В частности, было определено: «Современные медико-биологические и психофизиологические исследования убедительно показывают, что эмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на жизнедеятельность организма, подрывает здоровье людей. Психоэмоциональный стресс является причиной многих психосоматических заболеваний». В приведенный список были включены и онкологические заболевания.

В наши дни понятие стресса вышло за границы сугубо профессионального использования и стало достоянием массового сознания. В повседневной жизни стресс справедливо определяют как приспособительную реакцию живого организма в ответ на любое возмущение в окружающей среде. Понятие стресса имеет конкретное физиологическое содержание, при этом смысл данной реакции заключается в мобилизации резервов организма для преодоления последствий экстремальных воздействий, т.е. стресс мобилизует адаптационные процессы. На этом основании автор концепции стресса Ганс Селье назвал его «общим адаптационным синдромом» [5].

Продолжительный и чрезмерный стресс снижает сопротивляемость организма и может вызвать развитие патологических состояний. Но не только экстремальные средовые, но и психоэмоциональные факторы существенно влияют на человека. На этом основании американский психолог Р. Лазариус ввел понятие «психологический стресс» и рассматривал его как процесс, включающий наличие «проблемной ситуации», ее субъективное восприятие и оценку личной значимости [3]. Таким образом, возникает необходимость выделения еще одной разновидности этой реакции — «социального стресса».

Наиболее распространена точка зрения, что при стрессе активируются структуры мозга, запускающие реакцию, при которой эндокринные железы вырабатывают гормоны, нарушающие иммунную защиту организма. В результате длительного психоэмоционального стресса и развивающейся вслед за ним хронической депрессии происходит подавление клеточного противоопухолевого иммунитета.

По свидетельству академика Ю.П. Алтухова, у населения России с гетерозиготным генотипом (результат смешения популяционных генофондов)

и с повышенным уровнем основного обмена в результате развития хронического социального стресса баланс между уровнем свободнорадикального окисления и возможностями системы антиокислительной защиты организма нарушился особенно резко [1]. Утрата свободнорадикального равновесия организма приняла массовый характер и внесла свою лепту в возникновение различных патологических процессов — от катаракты до опухоли, — также способствуя преждевременному старению организма [2].

Ведущей причиной усиления психоэмоционального стресса в России явилось резкое сокращение среднедушевых доходов для большинства населения. Вывод о том, что бедность является важнейшим фактором онкологического риска во всей стране и в Приморском крае, не вызывает сомнений. Для современной России значение социально-экономического положения населения в формировании онкологической заболеваемости чрезвычайно актуально, так как многомиллионные слои населения проживают за чертой бедности. Даже по данным официальной статистики, за чертой бедности находится около 30 млн человек. Вместе с тем парадокс российской ситуации заключается в том, что последние 4 года бедных в стране становится все меньше (на 5–6 млн в год), а смертность населения не снижается [6].

Главная причина указанного парадокса заключается в том, что в России неправильно определен критерий бедности. В эту категорию сейчас входят люди с доходами ниже прожиточного минимума, однако он неоправданно низок. Так, например, по данным ВОЗ, трудоспособный человек должен потреблять 75–80 кг мясopодуков в год, а по нормам российской потребительской корзины — 31,5 кг [7]. Поэтому неслучайно при опросах общественного мнения свое материальное положение оценивают как плохое и очень плохое 50 млн россиян — т.е. на 20 млн больше, чем по данным Госкомстата. Подтверждением этому служат результаты исследования профессора А. Батурина (2002) малообеспеченных, но работающих семей в пяти областях Европейской части России. Было установлено, что в 87% случаев среднедушевой доход здесь оказался ниже прожиточного уровня. Таким образом, в нашей стране сохраняется весьма низкий уровень заработной платы, что также служит причиной бедности и является поддерживающим фактором затяжного психоэмоционального стресса, в том числе среди работающего населения.

В Приморском крае в 2004 г. по официальным данным доля населения с доходами ниже прожиточного минимума составила 21,2%. Средний размер пенсии в крае — 2054,8 руб., что равнялось 82,1% прожиточного минимума пенсионера. При этом численность пенсионеров в 2004 г. была 503,6 тыс. человек — 24,6% от всей численности населения края. Сохранялась стабильно высокой и числен-

ность безработных: 100,2 тыс. в 2002 г., 89,7 тыс. в 2003 г., 104,3 тыс. в 2004 г. [4].

По мнению большинства исследователей, стрессовый механизм не является причиной зарождения опухоли, т.е. онкогенез запускается под влиянием канцерогенных факторов, но на этапах формирования и прогрессии опухолевого процесса стресс оказывает на него определенное влияние, причем выраженность последнего определяется силой и продолжительностью депрессивного состояния. Важно, что стресс способен увеличить чувствительность организма к действию токсичных, мутагенных и канцерогенных агентов.

В результате проведенного исследования выяснено, что пациенты муниципальных поликлиник Владивостока и онкологические больные специализированного стационара в большинстве случаев имели доход ниже прожиточного минимума ($64,3 \pm 2,2$ и $75,0 \pm 1,2\%$ соответственно). Это еще раз позволяет подтвердить положение о том, что бедность населения как побочный результат проводимых реформ и затяжной психоэмоциональный и социальный стресс представляют собой важные социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний.

Литература

1. Алтухов Ю.П. // Доклад РАН. — 2000. — Т. 371, № 5. — С. 710–713.
2. Алтухов Ю.П. Генетические процессы в популяции. — М.: Академкнига, 2003.
3. Лазариус Р. // Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции / под ред. Л. Леви. — Л.: Медицина, 1970. — С. 178–208.
4. Приморский край: статистический ежегодник. — Владивосток: Приморскстат, 2005.
5. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. — М.: Медгиз, 1960.
6. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. — М.: Медицина, 2003.
7. Тутельян В.А., Батурина А.К. // Вестник РГМУ. — 2004. — № 7.
8. *Social Inequalities and Cancer*. — Lion: IARC, 1997.

Поступила в редакцию 03.04.05.

POVERTY AS THE SOCIAL – HYGIENIC RISK FACTOR OF ONCOLOGICAL DISEASES

S.V. Yudin, A.A. Melyakova

Primorsky Regional Oncological Clinic (Vladivostok)

Summary — Patients of municipal polyclinics who are potential oncological patients in $64.3 \pm 2.2\%$ of cases had the personal income below a living level. About $75.0 \pm 1.2\%$ of oncological patients in Primorsky Region are also people with the personal income lower than a living level. The poverty of the population as by-product of the reforms and also the long psycho-emotional and social stress is the important social – hygienic risk factors of oncological diseases.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 37–39.