

## СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

*Л.А. Тюльтяева, Т.П. Денисова, Т.Е. Липатова*

### СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*В статье проанализированы показатели распространенности острой патологии органов пищеварения у людей разного возраста на фоне социального стресса начала 90-х гг. XX в., полученные из официальных статистических отчетов Комитета здравоохранения г. Саратова и медицинской документации лечебно-профилактических учреждений города. Показано, что население разных возрастных групп по-разному реагировало на социальный стресс. Среди людей старших возрастных групп наблюдался рост распространенности осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечений и перфорации язв), в патогенезе которых существенное значение придается нервно-психической составляющей. А среди населения молодого возраста отмечен рост распространенности острого панкреатита, в патогенезе которого большое значение имеет алиментарный фактор — нарушение ритма и характера питания, употребление некачественных пищевых продуктов. Наименее значимые изменения показателей распространенности острой патологии органов пищеварения выявлены среди населения зрелого возраста. Именно эта возрастная группа оказалась наиболее стабильной по большинству параметров. Вероятно, механизмы адаптации к социальному стрессу у лиц молодого возраста еще недостаточно развиты, а у лиц пожилого и старческого возраста — истощены. Имеет значение также «пищевое поведение» людей разного возраста: склонность молодых к экспериментам в питании, приобретению и потреблению неизвестных им ранее продуктов питания, а также консерватизм*

---

Тюльтяева Лариса Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского (larisa72@list.ru)

Tyulytaeva Larisa — Doctor of Medical Science, Professor, Saratov State Medical University (larisa72@list.ru)

Денисова Татьяна Петровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского

Denisova Tatyana — Doctor of Medical Science, Professor, Saratov State Medical University

Липатова Татьяна Евгеньевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского

Lipatova Tatyana — Doctor of Medical Science, Professor, Saratov State Medical University.

*людей старших возрастных групп в отношении пищевых привычек. Социальный стресс можно считать одним из факторов риска развития острых заболеваний органов пищеварения, особенно среди населения крайних возрастных групп — молодых, а также пожилых и старых людей.*

**Ключевые слова:** *социальный стресс, возраст, патология органов пищеварения.*

В России в 90-е гг. XX в. произошли социально-экономические преобразования, которые расценивают как социальный стресс (Величковский 2004). Социальный стресс является многокомпонентным понятием, которое подразумевает резкое изменение различных параметров жизни населения: снижение уровня доходов, изменение характера питания, качества пищевых продуктов, пищевых и поведенческих установок, распространение алкоголизма и наркомании, психоэмоциональный стресс, в том числе хронический, сопровождающийся формированием более высокого уровня тревожности людей, и многие другие факторы. Все перечисленное в результате сложного взаимодействия как на уровне отдельно взятого организма, так и на уровне популяции приводит к изменению ряда патофизиологических характеристик систем организма, регулирующих его активность. В изменившихся условиях среды обитания для обеспечения жизнедеятельности организма сначала включаются адаптивные процессы (повышение интенсивности окислительного обмена, изменение нейроэндокринной регуляции), которые при длительном воздействии стресса постепенно начинают оказывать дестабилизирующее действие на организм (увеличение образования свободных радикалов, нарушение нейроэндокринной регуляции). В период социально-экономических преобразований изменился характер питания людей: увеличилось потребление различных консервантов, стабилизаторов, загустителей, усилителей вкуса и запаха на фоне недостаточного потребления белков и избыточного — легкоусвояемых углеводов. Социальный стресс в нашей стране сопровождался также широким использованием легкодоступных лекарств, в том числе предназначенных для лечения заболеваний органов пищеварения, а также обезболивающих средств и биологически активных добавок неизвестного происхождения, распространением алкоголизма и наркомании. Произошедшие перемены в жизни общества сопровождались появлением «демографического креста России», который образован пересечением графиков рождаемости и смертности вследствие снижения первого показателя и увеличения второго, что наблюдалось в 1992 г. (Прохоров 2002).

В сохранении здоровья людей ведущая роль принадлежит состоянию органов пищеварения как системы, наиболее тесно взаимодействующей с окружающим пространством: на систему пищеварения влияют характер и количество употребляемых продуктов, нервно-психические потрясения и другие факторы. Однако сведения об изменении распространенности болезней органов пищеварения среди разных возрастных групп населения в период социаль-

ного стресса крайне немногочисленны и не проанализированы. В то же время впервые на протяжении истории нашей страны смена социальной формации и изменение условий жизни практически всех жителей страны произошли на фоне неизменной статистической системы учета распространенности патологии, что позволяет использовать этот факт для анализа влияния социального стресса на показатели распространенности ряда заболеваний. Особенно ценны в период социально-экономических перемен показатели распространенности острой патологии, требующей хирургического вмешательства, поскольку эти данные абсолютно не зависят от субъективных причин — желания или нежелания обращаться за медицинской помощью, симуляции ради получения листа нетрудоспособности, диссимуляции из-за боязни потерять работу и т. д.

### **Материалы и методы**

Использован 17-летний временной интервал с 1990 до 2006 г., анализируемые временные этапы были распределены следующим образом:

1990—1991 гг. — окончание периода стагнации;

1992—1994 гг. — этап социального стресса;

1995—1998 гг. — начальная стадия адаптации населения к новым условиям;

1998 г. — финансовый кризис;

1999—2006 гг. — период формирования процессов долговременной адаптации населения к новым социально-экономическим условиям (Величковский 2004; Денисова и др. 2005; Прохоров 2002).

В исследование были включены данные по распространенности болезней органов пищеварения (класс XI по МКБ-10), полученные из официальных статистических отчетов Комитета здравоохранения г. Саратова и медицинской документации лечебно-профилактических учреждений города. Распределение больных по возрасту осуществлялось согласно рекомендациям ВОЗ: 18—39 лет — молодые, 40—59 лет — зрелые, 60—74 лет — пожилые, 75 лет и старше — старые. Изучены частота встречаемости в разных возрастных группах населения острой патологии брюшной полости: желудочно-кишечных кровотечений, перфораций язв, острого холецистита, острого панкреатита.

Статистический анализ данных проводился с использованием программ Microsoft Excel 2000 и STATISTICA 6.0 for Windows. Применялись линейный регрессионный анализ, логистический регрессионный анализ, t-критерий Стьюдента.

### **Результаты и обсуждение**

В течение всего периода наблюдения общее количество пациентов, поступавших в стационары с желудочно-кишечными кровотечениями, увеличилось. Наиболее быстрыми темпами увеличивалось число пациентов пожилого и старческого возраста, что в некоторой степени обусловлено общим постарением населения города. Доля пожилых и старых лиц среди госпитализированных пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями на протяжении исследуемого периода времени увеличилась с 18 до 40 % ( $p < 0,05$ ). В 1992 и 1998—2000 гг. доля пожилых и старых пациентов была наиболее высокой, составив 43 %

и 47 %, соответственно. В годы относительной стабилизации и улучшения всех медико-демографических параметров (1995–1997 и после 2000 г.) доля больных пожилого и старческого возраста среди пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями имела тенденцию к уменьшению, однако не достигала исходных значений.

Доля пациентов пожилого и старческого возраста среди всех больных с перфорацией язвы за изученный интервал времени увеличилась с 10 % до 24 % ( $p < 0,05$ ), что не может быть объяснено только увеличением численности пожилого населения в эти годы (в течение указанного временного интервала она увеличилась на 9 %). При сопоставлении динамики распространенности перфораций язв в разных возрастных группах населения по сравнению с исходными значениями обнаружено, что изменение указанной формы патологии происходило непараллельно у молодых, зрелых и пожилых людей. Для населения молодого возраста был характерен рост количества случаев перфорации язв с начала периода наблюдения до 1996 г., после которого отмечалось снижение данного показателя к концу изучаемого периода, но не до исходных значений. Среди населения зрелого возраста значимых колебаний распространенности перфорации язв не обнаружено. Динамика распространенности перфорации язв среди пожилого и старого населения характеризовалась двумя периодами роста этого показателя: первый в 1991–1992 гг., а второй — в 1997–1998 гг.

В течение всего периода наблюдения доля молодых больных острым холециститом среди всех пациентов с данным заболеванием не превышала 20,3 % (1998 г.). Наибольшее относительное количество больных острым холециститом зарегистрировано в группе пациентов пожилого и старческого возраста, доля которых составляла от 40,5 % (в 1996 г.) до 54,6 % (в 2000 г.). Несмотря на преобладающую долю пожилых больных в структуре госпитализированных пациентов острым холециститом в течение всего анализируемого периода, прирост распространенности данной патологии среди пожилого и старого населения в течение изучаемого периода времени не зарегистрирован, в отличие от зрелых, и особенно молодых лиц: с 1990 до 1998 гг. распространенность острого холецистита среди населения этой возрастной группы увеличилась в два раза ( $p < 0,5$ ).

Острый панкреатит в структуре экстренной госпитализации с абдоминальной болью в течение изучаемого интервала времени оставался на третьем месте после острого аппендицита и острого холецистита. Возрастная структура госпитализации больных острым панкреатитом в течение анализируемого временного интервала не была однородной. Доля молодых пациентов с данным диагнозом колебалась от 18,5 % (в 1990 г.) до 39,3 % (в 2003 г.) ( $p < 0,05$ ). Доля пациентов зрелого возраста в структуре госпитализации больных острым панкреатитом в исследуемый период времени практически не менялась, составляя 34,5–39,8%. Доля пациентов пожилого и старческого возраста в структуре госпитализации больных острым панкреатитом за эти годы увеличилась с 21 % до 36 %, а в отдельные годы и до 42 %. Вероятно, это связано в большей степени с общим постарением населения, поскольку при сопоставлении динамики распространенности данной патологии в каждой из возрастных групп по сравнению с исходными значениями обнаружено наибольшее увеличение распро-

странности острого панкреатита среди населения молодого, а не пожилого возраста. Острый панкреатит среди молодых с 1990 до 1995 гг. стал встречаться в 2,5 раза чаще, чем до этапа социально-экономических перемен. Можно предположить, что именно молодое население города оказалось основным потребителем некачественных продуктов питания (в том числе алкогольных напитков), появившихся в городской торговле в начале 1990-х гг., что и вызвало наблюдаемый рост распространенности острого панкреатита среди молодых. Среди населения зрелого возраста распространенность острого панкреатита с 1990 до 1998 гг. повысилась в 1,7 раза, данное увеличение было более плавным, чем в группе молодых. Распространенность острого панкреатита среди пожилых и старых людей в 1990–1995 гг. имела тенденцию к снижению, но в 1995–1997 гг. увеличилась в 2 раза от исходных значений; однако после 1997 г. данный показатель снова снизился.

Таким образом, в период социального стресса начала 90-х гг. XX в. зафиксирован рост распространенности желудочно-кишечных кровотечений и перфорации язв преимущественно среди пожилых и старых людей. Причем как для желудочно-кишечных кровотечений, так и для перфорации язв именно в группе пожилых отмечено две волны подъема распространенности указанной патологии (1991–1992 гг. и 1998 гг.), что совпадает с периодами наиболее глубоких социальных потрясений (Величковский 2004). Распространенность острого холецистита среди пожилого населения в изученный период времени была высокой, но относительно стабильной, и статистически достоверно увеличилась среди населения молодого возраста. Количество пожилых пациентов, поступающих в клиники с острым панкреатитом, в 1994–1996 гг. возросло более чем в 2 раза, однако начало роста распространенности острого панкреатита среди пожилых зафиксировано на 2 года позже, чем среди лиц зрелого возраста и на 4 года позже, чем среди молодых, что, вероятно, связано с большей консервативностью пожилых и старых людей в отношении характера питания. В наибольшей степени рост распространенности острого панкреатита коснулся населения молодого возраста, именно в этой возрастной группе отмечена статистическая достоверность роста данного параметра.

Социальный стресс, по мнению американского социолога, философа и публициста Э. Тоффлера (Тоффлер 2008), можно подразделить на две составляющие: техническую и идеологическую. Под технической, или материальной, составляющей социального стресса следует понимать изменившиеся условия жизни современного человека: впервые во всех сферах жизни людей стали происходить большие перемены в ограниченные сроки. Это появление новых технологий, высокие скорости перемещения людей, существенное изменение характера питания по сравнению даже с началом XX в. Идеологическая составляющая социального стресса — это непрерывно ускоряющееся накопление новых знаний, что привело к более высокой информированности молодого поколения по сравнению с пожилыми и старыми людьми во многих сферах жизни, небывалая в прежние века разница морально-нравственных установок поколений, а также характерная именно для России начала 90-х гг. XX в. смена социальной формации.

Социальный стресс в нашем обществе характеризовался не только изменением морально-психологического климата в обществе, но и снижением эффективности диспансеризации, широким распространением курения, самолечения, повсеместной рекламой «обезболивающих» средств и их неоправданно частым использованием жителями города, изменением характера и регулярности питания, появлением, с одной стороны, безработицы, с другой, сверхурочной работы. Также социальные преобразования способствовали нередко несвоевременному обращению за медицинской помощью при абдоминальной боли (часто из-за боязни потери работы или заработка), в результате чего увеличился процент поздно доставленных в стационар больных с острой патологией органов брюшной полости. Стресс, испытываемый современным человеком в связи с ответственной работой, умственными перегрузками, нестабильностью социальной ситуации, неуверенностью в завтрашнем дне, нередко приводит к развитию неврозов, для которых характерно нарушение управления функционированием внутренних органов, прежде всего, органов пищеварения.

К адаптационным возможностям человека в нестандартных условиях предъявляются особые требования. Население разного возраста по-разному адаптируется к социально-экономическим переменам (Валенкевич 1987; Белоконь 2007). Механизмы адаптации к социальному стрессу и его многочисленным проявлениям у лиц молодого возраста еще недостаточно развиты, а у лиц пожилого и старческого возраста — истощены. В настоящем исследовании показано, что рост распространенности отдельных форм острой патологии органов пищеварения был неравномерным в разных возрастных группах. Так, среди населения пожилого и старческого возраста отмечен статистически достоверный рост количества случаев желудочно-кишечных кровотечений и перфораций язв, т. е. осложнений язвенной болезни, в патогенезе которой существенное значение придается нервно-психической составляющей. А для населения молодого возраста был характерен рост количества случаев острого холецистита и острого панкреатита, для возникновения которых чрезвычайно важен алиментарный фактор — употребление большого количества алкоголя, жирной пищи и некачественных продуктов питания.

Несомненно, что для возникновения заболеваний органов пищеварения, для роста их распространенности среди населения недостаточно одного социального стресса или какой-либо другой причины. Социальный стресс сам по себе не может являться этиологическим фактором развития заболеваний системы пищеварения. Но формирование наблюдаемой картины гастроэнтерологического здоровья населения невозможно без совокупности ряда условий возникновения заболеваний, одним из которых, часто «пусковым», «запускающим», «решающим» условием может являться социальный стресс, даже если долевое участие этого условия минимальное. Социальный стресс отразился на структуре острой патологии брюшной полости по-разному среди населения разных возрастных групп, и его можно рассматривать в качестве фактора риска развития острой патологии органов пищеварения, особенно для населения крайних возрастных групп — молодых, а также пожилых и старых людей.

### **Литература**

*Белоконь О.В.* Причины преждевременной смертности пожилых в России // Главврач, 2007, 8(8), с. 88–101.

*Валенкевич Л.Н.* Гастроэнтерология в гериатрии. Л.: Медицина, 1987.

*Величковский Б.Т.* Патогенетическое обоснование стратегии медицины и общества в охране здоровья населения // Вестник Российской АМН, 2004, 3, с. 3–7.

*Денисова Т.П., Шкода А.С., Малинова Л.И., Астафьева Н.Г.* Социальный стресс как фактор риска ишемической болезни сердца // Терапевтический архив, 2005, 77(3), с. 52–55.

Руководство по геронтологии. Колл. авторов / Под ред. Академика РАМН, профессора В.Н. Шабалина. М.: Цитадель-трейд, 2005.

*Прохоров Б.Б.* Здоровье россиян за 100 лет // Человек, 2002, 2–3, с. 10–46.

*Тоффлер Э.* Шок будущего: пер. с англ. М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2008.