

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

УДК 316.1

Детерминанты социально значимых болезней в странах Европы и в России

С. И. Бояркина

Социологический институт РАН —
филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН,
Российская Федерация, 190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, 25/14

Для цитирования: Бояркина С. И. Детерминанты социально значимых болезней в странах Европы и в России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2019. Т. 12. Вып. 4. С. 350–367. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2019.404>

В статье представлен обзор понятийно-категориального аппарата, современной методологии и практических направлений исследований детерминант здоровья и социально значимых болезней на примере сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза. Анализ литературы, посвященной исследованиям проблем заболеваемости и смертности в странах Европы и в России, позволяет обозначить группы детерминант, обуславливающих развитие социально значимых заболеваний как неинфекционной, так и инфекционной этиологии. Известно, что наиболее значимое влияние на здоровье населения оказывают социально-структурные и контекстуальные детерминанты (экономические, образовательные и социально-психологические). Эти детерминанты являются общими в отношении как ряда социально значимых болезней, в том числе туберкулеза и сердечно-сосудистых заболеваний, так и здоровья в целом. В европейских исследованиях последних лет обсуждается их взаимосвязь с глобальными социальными процессами, которые приводят к трансформации социальной структуры обществ и обуславливают степень влияния на здоровье социально-структурных и контекстуальных детерминант внутри стран. Стремительное изменение социальной структуры европейских обществ было вызвано миграционным кризисом, начавшимся в 2015 г. Массовая миграция в страны Западной Европы из низкодородных стран Северной Африки, Ближнего Востока и Южной Азии, а в Россию — из стран СНГ и Украины привела к росту уровня заболеваемости социально значимыми болезнями, проблемам функционирования системы здравоохранения стран-реципиентов и доступности медицинской помощи для коренного населения. Актуальность этих проблем для здоровья общества приводит к появлению новых направлений исследований,

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2019

в которых миграция включается в анализ детерминант здоровья и болезней наряду с такими социальными характеристиками, как экономическое благополучие страны, доходные неравенства, размеры финансирования системы здравоохранения, доступность медицинской помощи, уровень грамотности населения и социально-психологическое благополучие общества.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, социально значимые заболевания, глобальные социальные процессы, миграция, здоровье мигрантов, здоровье населения стран-реципиентов.

Введение

Стремительное развитие общества, изменение социальной структуры и динамика глобальных социальных процессов отражаются на структуре и динамике показателей заболеваемости и смертности населения. Доля инфекционных заболеваний снижается, а неинфекционных растет, одни уходят в прошлое, а другие появляются, однако неизменно существуют болезни, более других влияющие на показатели здоровья населения страны. Такие заболевания, оказывающие наиболее существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения и их ежегодный прирост, приводящие к стойкой или длительной утрате трудоспособности, объединены в группу, обозначаемую понятием «социально значимые заболевания». В международной и российской практике к данной группе относят болезни разной этиологии — как неинфекционной, так и инфекционной¹. Согласно международной статистике, первое место по степени наносимого ущерба здоровью населения среди неинфекционных болезней занимают сердечно-сосудистые заболевания², а среди инфекционных — туберкулез³. Так, в 2016 г. от сердечно-сосудистых заболеваний в мире умерло 17,9 млн человек, что составило 31 % всех случаев

¹ Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». В международной и российской практике к группе социально значимых заболеваний относят следующие неинфекционные заболевания: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения и инфекционные: туберкулез, болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатит С, гепатит В, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

² В международной статистике регистрируют смертность от таких сердечно-сосудистых заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, инфаркт миокарда (острое состояние, развивающееся в результате ишемической болезни сердца), болезни системы кровообращения (болезнь сосудов головного мозга может стать причиной развития острого заболевания — инсульта). На развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывают влияние следующие факторы: биологические (генетическая предрасположенность, сопутствующие заболевания), психологические (стрессы, депрессии), социальные (уровень жизни, образ жизни, условия труда и быта), поведенческие (неправильное питание, гиподинамия, употребление табака и алкоголя).

³ Туберкулез вызывается высококонтагиозной бактерией (палочкой Коха), которая передается воздушно-капельным путем, устойчива во внешней среде (может длительно сохраняться в земле, пыли, воде и других средах). Поэтому в распространении и развитии заболевания могут играть роль такие инвайронментальные факторы, как плотность населения и специфика физической среды. Не менее значимо влияние поведенческих факторов, связанных с образом жизни и индивидуальной культурой питания, укладом быта, способами ведения домашнего хозяйства, соблюдением санитарных и гигиенических норм. Наиболее подвержены заболеванию люди с ослабленным иммунитетом. В свою очередь, причины снижения иммунитета могут быть медико-биологическими (СПИД, онкологическое заболевание, диабет, состояние на фоне иммуносупрессивной терапии после трансплантаций, поражение органов и тканей вследствие употребления табака, алкоголя, наркотиков),

смерти в мире, 85 % из них произошло в результате сердечного приступа и инсульта [1]. От туберкулеза из заболевших в 2017 г. 10 млн человек умерло 1,6 млн (в том числе 0,3 млн с ВИЧ) [2].

Влияние, оказываемое неинфекционными и инфекционными социально значимыми болезнями на здоровье населения, в том числе в благополучных европейских странах и в России, его обусловленность глобальными политическими и экономическими изменениями приводят к появлению ряда актуальных направлений исследований. Эти исследования активно проводятся западными учеными, а отечественных социологических работ по данной проблематике крайне мало. Основная цель данной работы — изучение общих детерминант здоровья и социально значимых болезней с различной этиологией в странах Европы и в России (на примере сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза) на материалах обзора современных направлений исследований. Реализация поставленной цели предполагает последовательное решение задач, отраженных в соответствующих разделах текста: описание современного понятийно-категориального аппарата и методологии исследования детерминант здоровья населения; анализ детерминант, общих для изучения здоровья и социально значимых болезней (на примере сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза) внутри стран; изучение роли миграции как фактора глобального контекста, оказывающего влияние на изменение социальной структуры и социального контекста внутри стран, заболеваемость социально значимыми болезнями и здоровье коренного населения в странах Европы и в России. Основным результатом работы станет перечень детерминант социально значимых болезней, общих для заболеваний различной этиологии, включаемых современными исследователями в анализ проблем здоровья населения стран Европы и России.

Понятийно-категориальный аппарат и методология эмпирического исследования детерминант здоровья

Методологический подход, применяемый в исследованиях социальных детерминант здоровья, разрабатывался в рамках социальной эпидемиологии, у истоков которой стояли Н. Кригер [3], Дж. Кассель [4] и другие ученые, впервые обратившие внимание на то, что среди представителей социальных групп, находящихся в схожих социальных обстоятельствах, распространены одни и те же болезни. В рамках социально-эпидемиологического подхода акцент ставился на условия среды, оказывающие влияние на здоровье индивида. Рост доли неинфекционных заболеваний во второй половине XX в. привел к пониманию того, что на здоровье влияют не только факторы внешней среды, но и индивидуальные характеристики (биологические, социально-психологические, поведенческие). Это предположение было положено в основу индивидуалистического подхода к изучению здоровья и всплеска исследовательского интереса к тематике образа жизни. Однако этот подход не позволял в полной мере объяснять различия в здоровье популяций, что привело к пересмотру факторов среды и их роли в здоровье населения. Фокус внимания исследователей сместился на детерминанты, формируемые обществом [5].

психологическими (стрессы, депрессии) и социальными (уровень жизни, характер и условия труда и быта).

В результате синтеза сложившихся представлений была сформулирована теория социальной детерминированности здоровья, предполагающая совместное влияние на здоровье средовых (в том числе политико-экономических и социально-структурных) и индивидуальных факторов [6]. Под социальными детерминантами стали понимать факторы социальной среды, оказывающие воздействие на здоровье индивида и социальных групп: уровень экономического благосостояния, наличие социальных гарантий, доступность медицинской помощи, условия проживания, труда и быта, неравенство условий жизни и возможностей получения образования, культурные нормы и ценности и др. Существенные уточнения к теории социальной детерминированности здоровья были внесены Ф. Дидерихсенем, разработавшим модель социального продуцирования болезней [7], в которой акцент ставился на социальные механизмы, приводящие к стратификации в здоровье и возникновению болезней⁴. Эта модель была положена в основу концепции ВОЗ (2008) по борьбе с социальным неравенством в здоровье.

В современных работах, выполненных в рамках теории социальной детерминированности здоровья, в центре внимания по-прежнему находятся проблемы, обусловленные социальной неоднородностью, социальным неравенством и влиянием социальных обстоятельств [8], а также влиянием индивидуальных социально-психологических и поведенческих характеристик. Такое широкое понимание социальной детерминированности здоровья потребовало включения в общий анализ множества детерминант, воздействующих на всех уровнях социальной организации. А необходимость изучения взаимосвязей и взаимовлияний между детерминантами разных уровней социальной организации привела к появлению многоуровневой модели социальных детерминант здоровья.

Сложность социальных процессов и явлений, рассматриваемых современными исследователями в рамках многоуровневой методологии, приводит к отсутствию единообразия в терминологии, применяемой для описания уровней социальной организации. Так, авторы могут использовать термины микро- (индивидуальные или групповые характеристики), мезо- (структурные характеристики общности) и макро- (общество, социальные институты, системы) уровней или выделять индивидуальный (он же групповой) уровень, предполагающий анализ индивидуальных и групповых характеристик, и уровень страны (он же контекстуальный или социетальный), на котором могут изучаться как обобщенные индивидуальные или структурные социальные детерминанты, так и детерминанты социального контекста, являющиеся характеристиками функционирования социальных институтов и систем [9–11]. Несмотря на эти различия, исследователи сходятся в дальнейшей классификации факторов и на каждом уровне выделяют группы детерминант здоровья.

⁴ Необходимо отметить, что исследователи оперируют понятием «детерминанта» наравне с понятием «фактор риска» (как в работах F.Diderichsen), при этом некоторые ставят между ними знак равенства. Исходя из определений ВОЗ (URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/; http://www.who.int/topics/risk_factors/ru/ дата обращения: 21.05.2019) и имеющейся литературы, мы полагаем, что хотя в изучаемом контексте эти понятия и близки, но они не тождественны. Так, ВОЗ описывает детерминанты как условия жизни индивида, оказывающие влияние на здоровье, а риски — как вероятность болезни.

Детерминанты макроуровня

Инвaйронментальные детерминанты — физические, химические и биологические условия жизни и труда, которые могут влиять на распространение заболеваний. К ним относят доступность, качество и безопасность для здоровья водных ресурсов и воздуха, питания, жилища, особенности жилищной среды и инфраструктуры (в том числе плотность населения и территориальную доступность медицинской помощи), эпидемиологические показатели региона, поведенческие аспекты (способы ведения домашнего хозяйства, их соответствие гигиеническим требованиям). Сравнительные исследования показали, что влияние инвaйронментальных факторов наиболее выражено в развивающихся странах с низким и средним уровнем дохода в отношении заболеваемости как инфекционными, так и неинфекционными болезнями. Это объясняется низким качеством среды (как на уровне хозяйственной деятельности страны, так и частных домохозяйств) и ограниченностью ресурсов для поддержания здоровья (как на уровне страны, так и индивидуальных) [12; 13]. **Контекстуальные детерминанты** (они же социетальные) включают в себя демографические (половозрастную структуру общества), социально-экономические (ВВП — валовой внутренний продукт), коэффициент Джини (отражает доходные неравенства), социально-политические характеристики общества и функционирования страны (социальную политику в образовательной и социальной сферах, здравоохранении, культуре), показатели социально-психологического климата (уровень социального стресса, социального доверия, насилия и проч.). В ряде работ используются интегральные показатели — индекс человеческого развития, неравенства в благополучии (измеряются через индекс благополучия) [14; 15].

Детерминанты мезоуровня

Социально-структурные детерминанты (они же структурные) — индивидуальные характеристики, отражающие положение в социальной структуре и генерирующие социальное неравенство: пол, возраст, семейный статус, место жительства, миграционный статус, религию, расу или этнос, образование, занятость и др. Каждая из обозначенных характеристик может рассматриваться исследователями в качестве детерминанты здоровья представителей отдельной социальной общности (гендерной, возрастной, этнической, расовой, профессиональной и др.), а также в обобщенном виде выступать в качестве характеристики структуры общества на макроуровне.

Детерминанты микроуровня

На *микроуровне* анализируются две группы детерминант. Первая группа — *поведенческие* детерминанты, в том числе деструктивные поведенческие практики: употребление алкоголя, курение, наркомания, влияние которых на возникновение болезней многократно подтверждалось эмпирическими исследованиями, в том числе в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза [16; 17]. Вторая группа детерминант — *социально-психологические* (социальный капитал, чув-

ство контроля над собственной жизнью, навыки принятия решений, оптимизм, чувство одиночества и др.), их влияние на развитие заболеваний менее изучено, однако в ряде современных исследований уже эмпирически подтверждено [18; 19].

Отдельный пласт исследований посвящен изучению системы здравоохранения как важнейшего самостоятельного фактора, влияющего на здоровье и возникновение болезней [20; 21]. В силу своей специфики медицинская помощь является фактором индивидуального уровня, в то время как способы ее организации определяются параметрами социального контекста. Поэтому детерминанты здоровья, формируемые системой здравоохранения, являются самостоятельной группой и не включаются в перечисленные выше три основные группы детерминант [5].

Многоуровневая методология, в рамках которой работают современные исследователи, позволяет оценивать влияние на здоровье детерминант и индивидуального, и структурного, и контекстуального уровней. Однако критический анализ исследований проблем здоровья, проведенных западными учеными в течение последних 15 лет, позволил авторам обзора — К. Крикбергу и Д. Клемпереру — заключить, что большинство работ посвящено изучению социально-структурных и поведенческих факторов. Влияние факторов социального контекста оказывается менее изучено, но наиболее значимо для понимания социальных механизмов возникновения болезней и их обусловленности глобальными социальными процессами [20]. Мало изучено и влияние изменяющихся характеристик социальной среды на процессы жизненного цикла и индивидуальные проблемы здоровья⁵ [22–24].

На данный момент многоуровневая модель детерминант здоровья является наиболее детально разработанной и востребованной методологией [25], что позволяет применять ее для изучения социальных детерминант здоровья и болезней. А актуальность практических проблем, обусловленных влиянием социально значимых болезней на здоровье населения, предопределяет специфику новых направлений исследований.

Детерминанты заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и туберкулезом: основные направления исследований

В работах, осуществляемых в рамках многоуровневой методологии исследования детерминант болезней, современные ученые обращают внимание на стремительность социальных процессов. Изменения социальной структуры и социального контекста за счет увеличения числа социально депривированных групп, усиление социального неравенства становятся предметом исследований детерминант здоровья и социально значимых болезней, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза [14; 26]. К числу детерминант, влияние которых на здоровье и возникновение болезней внутри стран неоднократно подтверждено эмпириче-

⁵ Подход *life course approach* (концепция жизненного курса), применяемый для анализа влияния факторов социальной среды на процессы жизненного цикла, предполагает акцент на темпоральную перспективу и включение в многоуровневую модель тех социально-структурных, контекстуальных и глобальных детерминант, которые влияют на здоровье индивида в течение жизни, предваряют и сопровождают его рождение, взросление, переход в старшие возрастные группы.

скими исследованиями, относят экономические детерминанты, уровень образования и социально-психологическое благополучие.

Экономические детерминанты

На макроуровне наиболее важными показателями экономического благополучия страны, влияющими на здоровье населения, являются показатели ВВП. Процент от ВВП, расходуемый на здравоохранение, отражает долю государственного финансирования программ здравоохранения и предопределяет доступ населения к медицинской помощи, снижая силу воздействия структурных экономических неравенств и оказывая влияние на показатели заболеваемости и смертности. Структурные экономические неравенства измеряются через коэффициент Джини и показатели уровня дохода населения. Принятая ВОЗ классификация стран на низкодоходные, среднедоходные (среднего низшего и среднего высшего уровня) и высокодоходные позволяет производить межстрановые сравнения показателей заболеваемости, в том числе и социально значимыми болезнями. Исследование метаанных публикаций за 2003–2013-е годы, посвященных влиянию, оказываемому социально-экономическими неравенствами (как внутри стран, так и между странами) на уровень смертности социально депривированных групп населения от неинфекционных заболеваний, показало, что низкий индивидуальный социально-экономический статус или проживание в низкодоходных странах повышает риск развития социально значимых неинфекционных болезней (сердечно-сосудистых, онкологических, хронической обструктивной болезни легких) и вероятность смерти от них [27]. Влияние экономических детерминант доказано и в отношении проблемы распространения инфекционных заболеваний [28]. Анализ данных ВОЗ о причинах смерти в странах с различным уровнем дохода позволяет отметить, что доля смертей, вызванных туберкулезом, тем выше, чем ниже уровень доходов [29]. Несмотря на актуальность проблемы туберкулеза для ряда социально благополучных групп, подвергающихся риску заболевания в силу специфики условий труда (медицинского персонала [30], шахтеров [31]), как правило, на индивидуальном уровне туберкулез ассоциируется с низким социально-экономическим статусом (СЭС), маргинальностью и социальным неблагополучием.

Доказанная значимость экономических детерминант для здоровья в целом и социально значимых заболеваний в частности (независимо от их этиологии) приводит к изменению существующих классификаций. Традиция деления болезней на классы *инфекционных и неинфекционных заболеваний*, унаследованная от эпидемиологического подхода, в настоящее время обсуждается в социологических работах, в которых обосновывается применение другой, социально ориентированной типологии, предполагающей разделение болезней на *острые и хронические*. Этот подход смещает акцент на социальные и экономические детерминанты и последствия распространения болезней, глобальное бремя болезней, требующих постоянного лечения и обращения за медицинской помощью, не только в низко- и среднедоходных странах, но и в социально неблагополучных группах в высокодоходных странах [24; 32]. Хронические заболевания сопряжены с огромными долгосрочными расходами семьи и/или государства на медицинскую помощь, оказывают

дополнительное экономическое давление на бедное и уязвимое население, создают организационные и технологические проблемы для систем здравоохранения. И, наконец, они представляют собой растущую угрозу для экономического развития как в силу непосредственного воздействия на здоровье и здравоохранение, так и в силу косвенных издержек, связанных с формированием и последующим использованием долгосрочного человеческого капитала [15]. На индивидуальном уровне хронические болезни становятся одним из статусов, присваиваемых индивиду и обуславливающих его положение в социальной структуре [33], снижают индивидуальный СЭС и оказывают негативное влияние на все сферы жизни.

Образование

В эмпирических исследованиях также подтверждается связь между смертностью от социально значимых болезней и уровнем образования. Это в первую очередь связано с тем, что на индивидуальном уровне образование является экономическим, культурным, информационным ресурсом, позволяющим не только повышать квалификацию и улучшать перспективы занятости, но и усиливать социально-психологическую устойчивость, улучшать навыки решения проблем, тем самым открывая доступ к другим ресурсам [34]. По данным исследования социально-структурных детерминант сердечно-сосудистых заболеваний, проведенного в 2016 г. американскими учеными на материалах Национального опроса ($n = 73\ 353$), чем выше уровень образования, тем меньше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта миокарда [35]. Исследование социальных детерминант смертности от туберкулеза в 16 странах Европы показало, что в большинстве стран наблюдаются статистически значимые связи между уровнем образования и смертностью от туберкулеза. Более того, во всех обществах люди с более высоким уровнем образования имели более низкие показатели смертности по всем классам заболеваний. Наиболее выраженные образовательные различия в уровне смертности обнаружены в постсоциалистических странах Балтии и Восточной Европы, наименее выраженные — в высокоразвитых социально-демократических странах: Швеции, Норвегии и Финляндии [36].

Влияние экономических факторов и образования на здоровье неоднократно подтверждалось результатами сравнительных социологических и социально-экономических исследований, свидетельствующих о том, что здоровье населения тесно связано с достигнутым в стране уровнем доходов на душу населения и уровнем образования. Чем богаче страна и чем более высокий уровень образования имеет население, тем ниже уровень смертности и выше продолжительность жизни.

В эмпирических исследованиях показатели размера ВВП ППС (валовой внутренний продукт по паритету покупательной способности)⁶, уровня грамотности и продолжительности жизни могут объединяться в один интегральный индекс человеческого развития (*human development index*), проявляющий значимые связи с показателями уровня распространенности социально значимых болезней [14; 37]. Он также взаимосвязан с показателями здоровья населения и существующими ус-

⁶ В ряде современных исследований обосновано применение показателя ВВП ППС как наиболее точно отражающего покупательную способность граждан внутри страны.

ловиями для его поддержания, предопределяет их и предопределяется ими [15, р. 9]. Под условиями поддержания здоровья понимается уровень развития социального государства: система государственной поддержки здравоохранения (размеры государственных расходов на здравоохранение, социальная защита и медицинское страхование, специфика их организации); система образования; наличие адресных государственных программ в сфере здравоохранения и образования; обеспечение безопасных условий жизни и труда [38–41].

Социально-психологическое благополучие

Влияние социально-психологических детерминант на здоровье изучается в социологии относительно недавно, однако наиболее поздние исследования свидетельствуют, что риски развития социально значимых заболеваний и смерти от них среди населения не только в низко- и среднедоходных странах, но и у представителей депривированных групп в высокодоходных странах обусловлены как уровнем дохода и образования, так и социально-психологическими факторами [42]. Согласно результатам исследований, на индивидуальном уровне риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний связан с чувством одиночества и социальной изоляцией, возникающей вследствие дефицита социального капитала [43]. Также выявлено, что в развитии заболевания важную роль играют не только интенсивность и частота испытываемого стрессового воздействия, но и индивидуальные ресурсы личности, позволяющие переживать стресс с наименьшими потерями для собственного психологического и физического состояния. По данным ряда эмпирических исследований, такие психологические характеристики, как оптимизм, чувство контроля, понимание трудностей и мастерство в их преодолении, осознание цели в жизни, позволяют иметь более высокие показатели здоровья и сокращать продолжительность болезни [44–46].

На макроуровне этот эффект в странах Европы и в России стал предметом сравнительных исследований, которые свидетельствуют о том, что индивидуальные социально-психологические ресурсы способствуют поддержанию здоровья людей в любом социальном слое во всех европейских странах и могут даже приводить к сокращению социально-структурных неравенств в здоровье, обеспечивая в условиях дефицита других ресурсов (прежде всего экономических) больший прирост здоровья для представителей низкостатусных групп. Однако степень выраженности такого «буферного» эффекта социально-психологических ресурсов зависит от общественного контекста [47], в том числе его социально-психологических измерений, оказывающих влияние на здоровье через механизмы социального стресса, негативно влияющего на здоровье, и социального доверия, оказывающего положительное воздействие [48; 49].

Влияние этих групп детерминант на здоровье населения внутри стран оценивается и в исследованиях, акцентирующих внимание на темпоральных аспектах воздействия социальных и социально-психологических детерминант на возникновение и развитие хронических болезней на протяжении жизненного пути. Так, авторы обращают внимание на изменение роли детерминант развития сердечно-сосудистых заболеваний в процессе перехода в старшие возрастные группы [23; 50]. Результаты исследований подтверждают, что в детстве наибольшее влияние ока-

зывает принадлежность родителей к определенному социальному классу и обеспечиваемые условия жизни. В среднем возрасте более значимы уровень дохода и уровень образования. В пожилом возрасте в условиях развития мультиморбидных состояний, снижения качества жизни и ограничения экономических и социальных ролей наиболее важно влияние таких детерминант, как доступность медицинской помощи и наличие социальных связей [51, р. 32].

Несмотря на то что влияние обозначенных трех групп наиболее важных детерминант на здоровье и возникновение заболеваний внутри стран неоднократно подтверждалось эмпирически, исследователи отмечают их изменчивость и подверженность воздействиям глобальных социальных процессов [52]. К таким социальным процессам относят миграцию, оказывающую существенное влияние на социальную структуру общества, его контекстуальные характеристики и заболеваемость населения как инфекционными, так и неинфекционными болезнями [53].

Роль миграционных процессов в заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и туберкулезом

Изменение направлений и объемов миграционных потоков в странах Европы включают в число наиболее значимых процессов последних пяти лет, вызвавших изменение социальной структуры и социального контекста. По некоторым оценкам, только в 2017 г. около 68,5 млн человек были вынуждены покинуть свои дома, из них 25,4 млн выехали из родной страны, получив статус беженцев, 43,1 млн были переселены внутри стран из зон конфликтов [54]. Здоровье мигрантов подвержено особым рискам в силу исходного профиля здоровья и тех воздействий, которые оказывались на них в стране-доноре и в процессе переселения, а также рискам, возникающим на новом месте жительства. Исследователи выделяют детерминанты здоровья, связанные с миграцией (процессуальное измерение) и статусом мигранта (факторы структурного неравенства) [53].

В *процессуальном отношении* миграция оказывает влияние не только на здоровье самих мигрантов, но и на здоровье коренного населения стран-реципиентов. Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что рост показателей уровня инфекционных и неинфекционных заболеваний в странах эмиграции связан с количеством прибывающих. Как правило, страны иммиграции — это низкодоходные перенаселенные страны с растущей популяцией, низким качеством и доступностью медицинской помощи, при этом около 70 % иммиграции происходит в высокодоходные страны [55]. Именно поэтому в странах западной Европы до 50 % случаев туберкулеза регистрируется среди мигрантов [56]. Въезд мигрантов, в том числе нелегальный, создает угрозы для низко обремененных болезнью стран Европы, где недостатки системы скрининга мигрантов [57] приводят к распространению туберкулеза, «привезенного» мигрантами из высоко обремененных болезнью стран, увеличивают нагрузку на инфраструктуру стран-реципиентов в целом и их системы здравоохранения в частности, что оказывает влияние на показатели заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний среди коренного населения. Ухудшается и общий социальный контекст: в странах-реципиентах массовая миграция приводит к росту конфликтов, насилия, проблемам дискриминации и ущемления прав человека, актуальным как для мигрантов, так и для

коренных жителей страны [58; 59]. Поскольку социальная и трудовая адаптация мигрантов наиболее перспективна в городах с развитой инфраструктурой и большими возможностями трудоустройства, в современных исследованиях процессы урбанизации и перенаселения городов рассматриваются в связи с миграционными процессами, в совокупности приводящими к снижению доступности медицинской помощи и росту заболеваемости. Таким образом, инвайронментальные изменения, опосредованные глобальными социальными процессами, приводят к возникновению и распространению социально значимых заболеваний в крупных городах Европы [60].

Помимо влияний, оказываемых на здоровье мигрантов изменениями социального контекста в процессе переселения, а также условий жизни в стране, где они были рождены, получаемый в стране-реципиенте статус мигранта обуславливает воздействие ряда *социально-структурных* факторов депривации. Это *организационные и правовые факторы*: сама легализация статуса, бюрократические и организационные особенности здравоохранения и связанные с ними ограничения доступа к медицинской помощи даже в случаях наличия серьезного заболевания, возможность защищать свои права на получение качественной медицинской помощи. *Социальные факторы*: языковой, расовый или этнический барьеры, уровень образования, социальная изоляция и дискриминация, проблемы социальной интеграции. *Экономические факторы*: доход и трудовая занятость. *Инвайронментальные факторы*: условия жизни и труда [53].

Контекстуальные и социально-структурные факторы депривации могут приводить и к снижению уровня *индивидуального* социально-психологического благополучия. Предполагается, что в условиях отсутствия поддержки, ограниченной доступности медицинской и профилактической помощи, снижения числа социальных контактов и распада социальных сетей, вызванных изменением положения в социальной структуре, возникают социальная изоляция и сопровождающий ее стресс, который может становиться причиной развития сердечно-сосудистых заболеваний [26, р. 608]. Также предполагается, что смена места жительства, сопровождающая территориальную миграцию, наряду с проблемами социальной и психологической адаптации, снижением социально-экономического статуса, является мощным фактором стресса, вызывающим депрессию, тревожные состояния, панические атаки и влияющим на развитие сердечно-сосудистых заболеваний [61; 62]. В свою очередь, стрессовые воздействия, наряду с другими факторами депривации, сопровождающими миграцию, могут становиться медиатором рисков развития туберкулеза [63]. То есть как инфекционное, так и неинфекционное заболевание может быть «привезено» из родной страны мигранта или получено в стране-реципиенте в силу воздействия структурных и контекстуальных детерминант, опосредованных социально-психологическими детерминантами.

Таким образом, воздействие инвайронментальных, контекстуальных, структурных и социально-психологических факторов приводит к негативным последствиям для здоровья мигрантов и росту заболеваемости социально значимыми болезнями [64], которые оказывают влияние не только на здоровье мигрантов в странах-реципиентах, но и на функционирование системы здравоохранения, доступность медицинской помощи и здоровье коренного населения. Важность проблем, возникающих на фоне миграции в страны Европы, приводит к актуали-

зации вопроса о необходимости разработки миграционно-сенситивной стратегии, направленной на достижение «эффекта здорового мигранта», обеспечение мигрантов необходимой медицинской и социальной поддержкой и предупреждение последствий миграции для коренного населения стран Европы, в том числе с использованием политических инструментов [65; 66]. Для России, которая, по данным на 2018 г., относится к группе стран со средним (средним высшим) уровнем дохода (размер внутреннего национального дохода на душу населения составлял 10,230 US\$) [67], эта проблема оказывается не менее значимой в контексте миграции из обремененных болезнями стран СНГ и Украины в крупные российские города. Уже известно, что миграция может становиться источником экономического неравенства, которое, в свою очередь, приводит к росту насилия в обществе, снижению уровня социальной сплоченности и социального доверия [68] и худшим показателям здоровья. Однако специфика современных миграционных процессов, протекающих в условиях открытых границ, растущих городов, их транспортной доступности, изменения форм и расширения возможностей занятости населения, приводит к появлению новых детерминант и их взаимосвязей, оказывающих влияние на состояние здоровья мигрантов и коренного населения и включаемых в современные исследования. И именно поэтому изучение роли миграционных процессов в возникновении социально значимых болезней, анализ взаимосвязей миграции с другими детерминантами становятся важнейшим направлением современных исследований проблем здоровья населения в странах Европы и в России [69].

Заключение

Проведенный анализ направлений современных исследований позволил выявить детерминанты, являющиеся общими как для ряда социально значимых болезней с различной этиологией, так и для здоровья в целом. Это, во-первых, контекстуальные детерминанты, отражающие экономическое благополучие страны (уровень ВВП, измеряемый на душу населения или по паритету покупательной способности; коэффициент Джини; уровень расходов на здравоохранение), социальное благополучие (уровень грамотности населения; доступность медицинской помощи; количество мигрантов и факторы социального контекста стран-доноров; количество представителей маргинальных групп — безработных, бездомных, лиц, вышедших на свободу) и социально-психологическое благополучие (уровень социального доверия; социальной сплоченности; социального стресса). Во-вторых, социально-структурные детерминанты, генерирующие неравенство в здоровье (уровень дохода, образования, принадлежность к низкостатусным социально депривированным группам). И в-третьих, эффекты, оказываемые социально-психологическими характеристиками, способными опосредовать влияние социально-структурных детерминант на здоровье (социальный капитал, социальные связи и психологические ресурсы, позволяющие преодолевать стрессы и ситуацию болезни) [40; 60; 70–72].

Изучение этих групп детерминант проводится в рамках многоуровневой методологии, активно используемой в современных исследованиях. Однако, несмотря на сформировавшиеся научные традиции анализа проблем здоровья, в результате

трансформации социальной структуры и влияния глобальных социальных процессов возникают новые, малоизученные сюжеты, требующие внимания. Ранее эпидемиологический переход рассматривался как однонаправленный процесс, начинающийся с преобладания в числе причин смертности доли инфекционных заболеваний и заканчивающийся преобладанием доли неинфекционных заболеваний. Но сейчас становится очевидным, что в одной стране в разных социально-структурных общностях процессы распространения социально значимых болезней могут протекать по-разному, что связано с воздействием как индивидуальных, социально-структурных, контекстуальных, так и глобальных детерминант. Болезни, ранее рассматриваемые как атрибут социальной общности (например, туберкулез как спутник бедных и социально неблагополучных), обнаруживают новые взаимосвязи. Современные исследования подтверждают, что между сердечно-сосудистыми заболеваниями и туберкулезом могут возникать определенные взаимовлияния. Так, в социально однородных общностях, имеющих схожий социально-экономический статус, возникают связи между уровнем заболеваемости инфекционными и неинфекционными социально значимыми болезнями, опосредованные социально-психологическими или инвайронментальными детерминантами [73]. Сложность и множественность причинных связей порождают и множественность исследовательских траекторий. Современная многоуровневая методология, являясь наиболее полной и разработанной, предполагает их разнообразие и позволяет изучать влияние социальных детерминант на здоровье и болезнь на всех уровнях социальной организации.

Литература/References

1. Cardiovascular diseases. Key facts. Available at: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (accessed: 21.05.2019). (In Russian)
2. Tuberculosis. Key facts. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (accessed: 21.05.2019). (In Russian)
3. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, vol. 55, iss. 10, pp. 693–700. Available at: <https://jech.bmj.com/content/55/10/693> (accessed: 16.06.2019).
4. Cassel J. Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 1964, vol. 54, no. 9, pp. 1482–1488. Available at: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.54.9.1482> (accessed: 18.06.2019).
5. Panova L. V. *Social determinants model as the base of the multilevel methodology for health studying*. *Peterburgskaia sotsiologija segodnia*, 2013, no. 4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-sotsialnyh-determinant-kak-osnova-mnogourovnevoy-metodologii-izucheniya-zdorovya> (accessed: 30.07.2019). (In Russian)
6. Solar O., Irwin A. A. Conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion*. Paper 2 (Policy and Practice), 2010. Available at: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf (accessed: 16.06.2019)
7. Diderichsen F. Resource Allocation for Health Equity: Issues and Methods. *Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper*, World Bank, Washington, DC, 2004. Available at: <https://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter8DiderichsenRAforHlthEqtyFinal.pdf> (accessed: 16.06.2019).
8. Berkman L. F., Kawachi I., Glymour M. M. *A Historical Framework for Social Epidemiology: Social Determinants of Population Health*. Social Epidemiology, Oxford University Press, 2014. pp. 1–16. Available at: https://books.google.ru/books?id=qHpYCwAAQBAJ&pg=PR4&lpg=PR4&dq=1.+ISBN+978-0-19-537790-3.&source=bl&ots=8amv9Ej_fv&sig=ACfU3U0fIMGKbpLIJ-wwyWzrVcdKE-8OxQ&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKEwj3mta16_LiAhXPeZoKHTfRCwQQ6AEwAHoECAGQAQ#v=onepage&q=1.%20ISBN%20978-0-19-537790-3.&f=false (accessed: 16.06.2019).

9. Abebe D.S., Tøge A.G., Dahl E. Individual-level changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe. *International Journal for Equity in Health*, 2016, vol. 15, issue 1. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0290-8> <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0290-8> (accessed: 16.06.2019).
10. Or Z. Determinants of health outcomes in industrialized countries: a pooled, cross-country, time-series analysis. *OECD Economic Studies*, 2000, no. 30, pp. 53–78. Available at: <https://www.oecd.org/eo/growth/2732311.pdf> (accessed: 18.06.2019).
11. Rusinova N.L., Safronov V.V. Social features of health in Europe and Russia: the influence of individual and contextual factors. *Teleskop*, 2013, no. 3 (99), pp. 16–32. Available at: http://www.teleskop-journal.spb.ru/files/dir_2/article_content1404809952190703file.pdf (accessed: 16.06.2019). (In Russian)
12. Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *Journal of economic perspectives*, 2006, vol. 20, no. 3, pp. 97–120. Available at: <https://www.nber.org/papers/w11963.pdf> (accessed: 16.06.2019).
13. Prüss-Üstün A. et al. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*, 2016. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=HQ8LDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=ecological+study+tuberculosis&ots=QFXygufOgk&sig=LgArvo2o8ckwWJSmuC3wunyBBAo&redir_esc=y#v=onepage&q=ecological%20study%20tuberculosis&f=false (accessed: 16.06.2019).
14. Dye C., Lönnroth K., Jaramillo E., Williams B.G., Ravignone M. Determinants of trends in tuberculosis incidence: an ecologic analysis for 134 countries. *Bulletin of WHO*, 2009. Available at: https://www.who.int/tb/publications/2009/whobulletindye2009supp_final.pdf (accessed: 16.06.2019).
15. Mayer-Foulkes D., Villouta C. P. *Economic Development and Non-Communicable Chronic Diseases*. Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012. Available at: <http://www.libreriaceide.com/librospdf/DTE-543.pdf> (accessed: 16.06.2019).
16. Amere G. A., Nayak P., Salindri A. D. et al. Contribution of Smoking to Tuberculosis Incidence and Mortality in High-Tuberculosis-Burden Countries. *American Journal of Epidemiology*, 2018, vol. 187, iss. 9, pp. 1846–1855. Available at: <https://doi.org/10.1093/aje/kwy081> (accessed: 01.06.2019).
17. Gawlik K. S., Melnyk B. M., Tan A. An Epidemiological Study of Population Health Reveals Social Smoking as a Major Cardiovascular Risk Factor. *American Journal of Health Promotion*, 2018, vol. 32, iss. 5, pp. 1221–1227. Available at: <https://doi.org/10.1177/0890117117706420> (accessed: 01.06.2019).
18. Brown E. G., Creaven A. M., Gallagher S. Loneliness and cardiovascular reactivity to acute stress in younger adults. *International Journal of Psychophysiology*, 2019, vol. 135, pp. 121–125. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpsycho.2018.07.471> (accessed: 16.06.2019).
19. Giordano G.N., Mewes J., Miething A. Trust and all-cause mortality: a multilevel study of US General Social Survey data (1978–2010). *Journal Epidemiological Community Health*, 2018, vol. 73, pp. 50–55. Available at: <https://jech.bmj.com/content/73/1/50> (accessed: 20.06.2019).
20. Krickeberg K., Klemperer D. Social Risk Factors. *Modern Infectious Disease Epidemiology: Concepts, Methods, Mathematical Models, and Public Health*. Ed. by A. Krämer, M. Kretzschmar, K. Krickeberg. New York, Springer, 2010, pp. 101–115. Available at: <https://www.springer.com/gp/book/9780387938349> (accessed: 16.06.2019).
21. Boyarkina S.I. Russian physician's labor conditions: Risks to health and inflectional safety. *Vestnik SPbGU, Sotsiologiya*, 2018, no. 3, pp. 346–363. Available at: <https://sociologyjournal.spbu.ru/article/view/2773> (accessed: 16.06.2019). (In Russian)
22. Braveman P., Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 2014, vol. 129, iss. 1, pp. 19–31. Available at: <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206> (accessed: 16.06.2019).
23. Kreatsoulas C., Anand S. S. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 2010, vol. 26, pp. 8C–13C. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X10710758> (accessed: 16.06.2019).
24. Cockerham W.C., Hamby B.W., Oates G.R. The Social Determinants of Chronic Disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 2017, vol. 52, iss. 1, Supplement 1, pp. S5–S12. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.010> (accessed: 16.06.2019).
25. Diez Roux A. V., Aiello A. E. Multilevel Analysis of Infectious Diseases. *The Journal of Infectious Diseases*, 2005, vol. 191, Supplement 1, pp. 25–33. Available at: <https://doi.org/10.1086/425288> (accessed: 26.06.2019).
26. Lang T., Lepage B., Schieber A. C. et al. Social determinants of cardiovascular diseases. *Public Health Reviews*, 2012, vol. 33, pp. 601–622. Available at: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1007/BF03391652> (accessed: 20.06.2019).

27. Sommer I., Griebler U., Mahlknecht P. et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15 (914). Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2227-y> (accessed: 20.06.2019).
28. Ploubidis G.B. et al. Social determinants of tuberculosis in Europe: a prospective ecological study. *European Respiratory Journal*, 2012, vol. 40, no. 4, pp. 925–930. Available at: <https://erj.ersjournals.com/content/40/4/925.short> (accessed: 16.06.2019).
29. Global tuberculosis report. VOZ, 2018. Available at: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2018_executive_summary_ru.pdf?ua=1 (accessed: 16.06.2019). (In Russian)
30. Diel R., Niemann S., Nienhaus A. Risk of tuberculosis transmission among healthcare workers. *ERJ open research*, 2018, vol. 4, no. 2, pp. 00161–2017. Available at: <https://openres.ersjournals.com/content/4/2/00161-2017.abstract> (accessed: 16.06.2019).
31. Ehrlich R.I. Tuberculosis, mining and silica. *Occupational Environment Medicine*, 2018, vol. 75, no. 11, pp. 763–764. Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2018-105318> (accessed: 16.06.2019).
32. Oni T., Unwin N. Why the communicable/non-communicable disease dichotomy is problematic for public health control strategies: implications of multimorbidity for health systems in an era of health transition. *International Health*, 2015, vol. 7, iss. 6, pp. 390–399. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26103981> (accessed: 16.06.2019).
33. Scaratti C. et al. Mapping European welfare models: State of the art of strategies for professional integration and reintegration of persons with chronic diseases. *International journal of environmental research and public health*, 2018, vol. 15, iss. 4–781. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/781> (accessed: 20.06.2019).
34. Zajacova A., Lawrence E.M. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*, 2018, vol. 39, iss. 1, pp. 273–289. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628> (accessed: 16.06.2019).
35. Tayeb T.M., Alzahrani T., Mercader M. Does a Higher Level of Education Translate Into a Lower Prevalence of Cardiovascular Disease? *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2019, vol. 12, Suppl. 1, pp. A287–A287. Available at: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/hcq.12.suppl_1.287 (accessed: 20.06.2019).
36. Alvarez J.L., Kunst A.E., Leinsalu M. et al. Educational inequalities in tuberculosis mortality in sixteen European populations. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 2011, vol. 15, no. 11, pp. 1461–1467. Available at: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0252> (accessed: 16.06.2019).
37. Fidler M.M., Bray F., Soerjomataram I. The global cancer burden and human development: A review. *Scandinavian journal of public health*, 2018, vol. 46, no. 1, pp. 27–36. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494817715400> (accessed: 16.06.2019).
38. Lauzadyte-Tutliene A., Balezentis T., Goculenko E. Welfare State in Central and Eastern Europe. *Economics & Sociology*, 2018, vol. 11, no. 1, pp. 100–123. Available at: https://www.researchgate.net/publication/324533068_Welfare_State_in_Central_and_Eastern_Europe (accessed: 16.06.2019).
39. Rusinova N.L., Safronov V.V. Social state and health inequalities in Europe. *ZHurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*, 2016, vol. 1, no. 4, pp. 49–70. Available at: http://jourssa.ru/sites/all/files/volumes/2016_4/Rusinova_Safronov_2016_4.pdf (accessed: 16.06.2019). (In Russian)
40. Rasanathan K., Kurup A.S., Jaramillo E., Lönnroth K. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 2011, vol. 15, iss. 6, pp. S30–S36. Available at: <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2011/00000015/A00206s2/art00009> (accessed: 20.06.2019).
41. Narasimhan P., Wood J., MacIntyre C.R., Mathai D. Risk Factors for Tuberculosis. *Pulmonary Medicine*, 2013, Article ID 828939, 11 p. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/pm/2013/828939/abs/> (accessed: 20.06.2019).
42. Marshall I.J., Wang Y., Crichton S. et al. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *The Lancet Neurology*, 2015, vol. 14, iss. 12, pp. 1206–1218. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442215002008> (accessed: 16.06.2019).
43. Valtorta N.K., Kanaan M., Gilbody S. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 2016, vol. 102, pp. 1009–1016. Available at: <https://heart.bmj.com/content/102/13/1009.citation-tools> (accessed: 18.06.2019).

44. Taylor S. E., Kemeny M. E. et al. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 2000, vol. 55, iss. 1, pp. 99–109. Available at: <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99> (accessed: 16.06.2019).
45. Rusinova N. L., Safronov V. V. The Psychological Mediators of Social Inequalities in Health: Self-efficacy in Europe and Russia. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2018, vol. 24, no. 4, pp. 30–53. Available at: <https://doi.org/10.19181/socjour.2018.24.4.6096> (accessed: 16.06.2019). (In Russian)
46. Elliot A. J., Turiano N. A., Infurna F. J., Lachman M. E., Chapman B. P. Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study. *Health Psychology*, 2018, vol. 37, iss. 3, pp. 262–270. Available at: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000585> (accessed: 16.06.2019).
47. Rusinova N. L., Safronov V. V. Personal psychological resources and social inequalities in health: buffer effect expression in European countries. *Demograficheskoe obozrenie*, 2017, no. 3. <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i3.7317>. (In Russian)
48. Giuseppe N. G., Jan M., Alexander M. Trust and all-cause mortality: a multilevel study of US General Social Survey data (1978–2010). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2018, vol. 73, pp. 285–286. Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2018-211250> (accessed: 16.06.2019).
49. Agampodi T. C. et al. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. *Social science & medicine*, 2015, vol. 128, pp. 95–104. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.005> (accessed: 16.06.2019).
50. Kivimäki M., Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 2018, vol. 15, pp. 215–229. Available at: <https://www.nature.com/articles/nrcardio.2017.189> (accessed: 16.06.2019).
51. *Equity, social determinants and public health programs*. Eds Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup, 2010. 303 p. Available at: https://www.who.int/social_determinants/tools/EquitySDandPH_eng.pdf#page=4 (accessed: 16.06.2019)
52. Martínez-García M. et al. A systematic approach to analyze the social determinants of cardiovascular disease. *PloS one*, 2018, vol. 13, no. 1:e0190960. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190960> (accessed: 14.06.2019).
53. Fleischman Y. et al. Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 147, pp. 89–97. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.046> (accessed: 16.06.2019).
54. Zumla A., Abubakar I. Improving access to multi-drug resistant tuberculosis diagnostic and health services for refugees and migrants. *BMC medicine*, 2018, vol. 16, no. 1, p. 221. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1218-0> (accessed: 16.06.2019).
55. Dhavan P. et al. An overview of tuberculosis and migration. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2017, vol. 21, no. 6, pp. 610–623. Available at: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (accessed: 16.06.2019).
56. Millet J.-P., Moreno A., Fina L. et al. Factors that influence current tuberculosis epidemiology. *European Spine Journal*, 2013, vol. 22, Suppl. 4, pp. S539–S548. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22565801> (accessed: 16.06.2019).
57. Connell D. W., Berry M. et al. Update on tuberculosis: TB in the early 21st century. *European Respiratory Review*, 2011, vol. 20, iss. 120, pp. 71–84. Available at: <https://err.ersjournals.com/content/20/120/71.short> (accessed: 16.06.2019).
58. Simon J. et al. *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region*, 2015. 56 p. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/289245/WHO-HEN-Report-A5-1-Labour-rev1.pdf?ua=1 (accessed: 16.06.2019).
59. Krämer A., Fischer F. Refugee Health: Public Health Theory and Disease Dynamics. *Refugee Migration and Health*, 2019, pp. 3–18. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-03155-8_1 (accessed: 16.06.2019).
60. Hest van N. A., Aldridge R. W., Vries de G. et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Euro Surveillance*, 2014, vol. 19, Issue 9. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728> (accessed: 16.06.2019).
61. McLachlan K. J. J., Gale C. R. The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018, vol. 109, pp. 79–85. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399918300473> (accessed: 16.06.2019).

62. Ning Xia, Huige Li. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 2018, vol. 28, no.9, pp.837–851. Available at: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/ars.2017.7312> (accessed: 16.06.2019).
63. Hayward S. et al. Factors influencing the higher incidence of tuberculosis among migrants and ethnic minorities in the UK. *F1000Research*, 2018, vol.7, p. 461. Available at: http://f1000researchdata.s3.amazonaws.com/manuscripts/15761/24a90372-d94d-4938-802c-aca58298dc02_14476_-_Rachel_Tanner.pdf?doi=10.12688/f1000research.14476.1 (accessed: 16.06.2019).
64. Snijder M.B., Galenkamp H., Prins M. et al. Cohort profile: the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam, The Netherlands. *BMJ Open*, 2017, vol.7, p.e017873. Available at: https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e017873?int_source=trendmd&int_medium=trendmd&int_campaign=trendmd (accessed: 16.06.2019).
65. Giannoni M., Franzini L., Masiero G. Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health*, 2016, vol. 16, no. 1, p. 463. Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3095-9> (accessed: 16.06.2019).
66. Vang Z. et al. The healthy immigrant effect in Canada: A systematic review. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series*, 2015, vol. 3, no. 1, p. 4. Available at: <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=plc> (accessed: 16.06.2019).
67. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. Available at: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (accessed: 20.06.2019).
68. Wilkinson R. G., Pickett K. E. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science Medicine*, 2006, vol. 62, pp. 1768–1784. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605004375> (accessed: 18.06.2019).
69. Bo A., Zinckernagel L., Krasnik A. et al. Coronary heart disease incidence among non-Western immigrants compared to Danish-born people: effect of country of birth, migrant status, and income. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2015, vol.22, iss. 10, pp.1281–1289. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487314551538> (accessed: 20.06.2019).
70. Hargreaves J.R., Boccia D., Evans C.A. et al. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *American Journal of Public Health*, 2011, vol.101, no.4, pp.654–662. Available at: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2010.199505> (accessed: 18.06.2019).
71. Lönnroth K., Jaramillo E., Williams B.G., Dye C. Drivers of Tuberculosis Epidemics: The Role of Risk Factors and Social Determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, vol.68, iss. 12, pp.2240–2246. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609002111> (accessed: 18.06.2019).
72. Thomas A., Sadler C. *Socio-economic Determinants of Tuberculosis and of Risk Taking Behavior. Respiratory tuberculosis in the twentieth century and the decision to smoke*, 2013. 289 p. Available at: <http://etheses.whiterose.ac.uk/6469/1/thesisjuly12014.pdf> (accessed: 20.06.2019).
73. Magee M. J. et al. Convergence of non-communicable diseases and tuberculosis: a two-way street. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2018, vol. 22, no. 11, pp. 1258–1268. Available at: <https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0045> (accessed: 20.06.2019).

Статья поступила в редакцию 25 июня 2019 г.;
рекомендована в печать 9 сентября 2019 г.

Контактная информация:

Бояркина Саня Исааковна — канд. социол. наук, доц., ст. науч. сотр.; s.boyardkina@socinst.ru

Determinants of socially important diseases in European countries and Russia

S. I. Boyarkina

The Sociological Institute of the RAS —
Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the RAS,
25/14, 7-ya Krasnoarmeyskaya ul., St. Petersburg, 190005, Russian Federation

For citation: Boyarkina S.I. Determinants of socially important diseases in European countries and Russia. *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2019, vol.12, issue 4, pp.350–367. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2019.404> (In Russian)

The article presents a review of the concepts and modern methodological and practical directions used for studying social determinants of health and socially significant diseases on the example of cardiovascular disease and tuberculosis. The analysis of modern literature devoted to the problems of disease and mortality allows us to identify groups of determinants that lead to the development of socially significant diseases, both infectious and non-infectious, in Europe and Russia. It is known that socio-structural and contextual determinants (economical, educational and socio-psychological well-being) have the strongest impact on the population's health. These determinants are common for health and several socially significant diseases, including tuberculosis and cardiovascular diseases. European studies of the last years have been discussing their relationship with global social processes that lead to the transformation of the social structure of societies and determine the impact of socio-structural and in-country contextual determinants. The rapid change in the social structure of European societies was caused by the migration crisis that began in 2015. Mass migration to Western Europe from low-income countries of North Africa, the Middle East and South Asia, and to Russia — from the CIS countries and Ukraine, has led to an increase in the incidence of socially significant diseases, problems of the health care system in the recipient countries, and the availability of health care for the indigenous population. Thus, migration becomes a significant determinant and is included in modern studies of public health problems along with such characteristics of the social context as economic indicators of the country's functioning, income inequalities, financing of the health system, access to health care, the level of literacy, and socio-psychological well-being.

Keywords: determinants of health, socially significant diseases, global social processes, migration, migrants' health, host population health.

Received: June 25, 2019

Accepted: September 9, 2019

Author's information:

Saniya I. Boyarkina — PhD Sci. in Sociology, Associate Professor, Senior Research Fellow; s.boyarkina@socinst.ru