

Сравнение потоков больных российских и сербских граждан, поступивших в приемное отделение ЦГКБ №6 г. Екатеринбурга

Андреев А.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Екатеринбург
Лукьянова А.Г., соискатель кафедры внутренних болезней № 2, врач терапевт, заведующая приёмным отделением МУ ЦГКБ №6 г. Екатеринбурга
Хусаинова Д.Ф., к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней №2. ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Comparison of flows of patients and Russian Serbian citizens arrived in the receiving department Central City Clinical Hospital № 6 Ekaterinburg

Andreev A.N., Lukyanova A.G., Khusainova D.F.

Резюме

В работе представлены данные сравнительного анализа заболеваемости российских и сербских граждан, поступивших в приемное отделение ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга. Выявлено, что местное население Ленинского района г. Екатеринбурга имело терапевтическую патологию наследственного характера, а так же связанную со стрессами, неблагоприятной экологической обстановкой и вредными привычками. Граждане Сербии имели патологию, связанную с переохлаждением, физическими нагрузками, нарушением режима и состава питания. Неотложная помощь в приемном отделении оказывалась одинаково эффективно и качественно как жителям г. Екатеринбурга, так и иностранным гражданам. **Ключевые слова:** трудовые мигранты, заболеваемость, работа приемного отделения лечебно-профилактического учреждения.

Summary

The paper presents a comparative analysis of the incidence Russian and Serbian citizens arrived in the receiving department TSGKB № 6 Ekaterinburg. Revealed that the local population Leninsky district of Yekaterinburg was therapeutic pathology of hereditary nature, as well as stress-related, adverse environmental conditions and bad habits. The citizens of Serbia have a pathology associated with hypothermia, physical activities, violation of the regime and the composition of food. Emergency services in the emergency department has the same efficiently and as residents of Ekaterinburg, as well as foreign nationals.

Keywords: migrant workers, the incidence of work receiving department medical facility.

Введение

За последние десять лет, Россия, являясь европейским лидером по масштабам трудовой миграции, пережила невиданный всплеск (миграционный прирост составил 3,8 млн. человек) [1]. Есть основания считать, что трудовая миграция в России будет главным фактором, за счет которого могут быть снижены темпы сокращения общей численности населения и единственным источником восполнения естественной убыли социально и экономически зрелой рабочей силы [3].

Тяжелый физический труд, переклиматизация, неправильное питание, отсутствие санитарно-

гигиенических и профилактических мероприятий в коллективе приводит к высокой заболеваемости среди трудовых мигрантов [4]. Актуальным для врачей становится исследование заболеваний иностранных граждан и эффективное оказание им неотложной медицинской помощи [2].

Цель исследования - сравнить потоки больных российских и сербских граждан, поступивших в приемное отделение ЦГКБ №6 г. Екатеринбурга по частоте терапевтической патологии, степени тяжести состояния и видам оказания неотложной помощи.

Материал и методы

Проведено аналитическое сравнительное исследование. В разработку включены две группы: первая – мужчины, проживающие в Ленинском районе г. Екатеринбурга, обратившиеся за медицинской помощью в ЦГКБ №6 за 2008 год в количестве 1480 человек; вторая группа – мужчины, приехавшие из Сербии – 109 человек, за

Ответственный за ведение переписки -
 Хусаинова Диляра Феатовна
 620109 г, Екатеринбург, ул. Репина 3,
 Тел. 8-904-54-334-74,
 e-mail: husainovad@mail.ru

тот же период времени. Возрастной состав групп был однороден: 20 – 60 лет (медиана возраста 40 лет). Значимость частоты выявления патологии в группах оценивалась с помощью критерия χ^2 .

Согласно заключенному договору между руководством ЦГКБ №6 и работодателем сербской фирмы [2], мигранты для оказания медицинской помощи могли обращаться непосредственно в приемное отделение.

Результаты и их обсуждение

Проведено сравнение частоты встречаемости заболеваний внутренних органов в обеих группах.

При анализе полученных данных выявлено, что местное население г. Екатеринбурга и жители Сербии достоверно не отличались по частоте встречаемости основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): артериальной гипертензии (АГ) ($\chi^2 = 1,720, p=0,190$), ишемической болезни сердца (ИБС) ($\chi^2 = 0,234, p=0,629$), нейроциркуляторной дистонии (НЦД) ($\chi^2 = 0,939, p=0,333$), различных аритмий ($\chi^2 = 0,603, p=0,438$), недостаточности кровообращения ($\chi^2 = 0,452, p=0,501$). Миокардиодистрофия (МКД) достоверно чаще встречалась у сербов 8,2%, чем у местных жителей 1,62%. ($\chi^2 = 18,830, p=0,000$). Возможно, более частое выявление МКД сложного генеза у мигрантов, связано с физическим перенапряжением, с некалорийным и неполноценным по содержанию белка и витаминов питанием, а так же частыми острыми вирусными заболеваниями верхних дыхательных путей (ОРЗ), которые адекватно не лечатся и переносятся «на ногах». Постинкопальные состояния достоверно чаще встречались у жителей Сербии (9,1%), по сравнению с жителями г. Екатеринбурга (0,2%) ($\chi^2 = 89,952, p=0,000$), прослеживается связь с травмами головы (ушибами, сотрясениями мозга легкой степени тяжести). Возможно, большая частота ССЗ у местного населения, таких как АГ, ИБС, аритмии связаны с проживанием в мегаполисе, с влиянием стрессов, курением.

Рассматривая структуру дыхательной патологии

видно, что у мужчин первой группы достоверно преобладают такие заболевания как бронхиальная астма (БА) в 6,68% случаев ($\chi^2 = 6,673, p=0,010$) и пневмония в 16,15% случаев ($\chi^2 = 4,220, p=0,040$). Вероятно, это связано с неблагоприятной экологической обстановкой в городе, наследственными факторами, курением. Местное население часто переносит ОРЗ, проводя самолечение, и, пренебрегая основными мерами профилактики, в результате - при обращении к врачу, регистрируется уже осложнение заболевания. В группе мигрантов достоверно чаще встречались заболевания инфекционно-воспалительного характера: ОРЗ в 10% случаев ($\chi^2 = 136,078, p=0,000$), туберкулез легких в 4,6% случаев ($\chi^2 = 0,070, p=0,008$). Прослеживается связь данных заболеваний с работой в уличных условиях, а так же скученностью проживания мигрантов, то есть невозможностью изолировать инфекционного больного от других.

Среди патологий желудочно-кишечного тракта значимых отличий в заболеваемости не получено: язвенная болезнь (ЯБ) ($\chi^2 = 0,720, p=0,396$), гепатит ($\chi^2 = 1,040, p=0,380$), хронический панкреатит ($\chi^2 = 0,123, p=0,726$), цирроз печени ($\chi^2 = 0,186, p=0,666$), синдром раздраженного кишечника (СРК) ($\chi^2 = 0,054, p=0,815$), гастрит ($\chi^2 = 0,603, p=0,438$).

Ревматологическая патология среди пациентов была представлена ревматизмом ($\chi^2 = 0,024, p=0,877$), ревматоидным артритом ($\chi^2 = 2,851, p=0,091$), геморрагическим васкулитом ($\chi^2 = 1,031, p=0,310$), подагрой ($\chi^2 = 0,024, p=0,877$), реактивным артритом ($\chi^2 = 2,765, p=0,096$), деформирующим остеоартрозом (ДОА) ($\chi^2 = 0,132, p=0,717$). Достоверных отличий по ревматической заболеваемости среди групп не получено.

Нефрогенная патология у пациентов первой группы представлена в основном гломерулонефритом в 12% случаев ($\chi^2 = 13,210, p=0,000$). У жителей Сербии достоверно чаще встречались пиелонефрит в 8% случаев ($\chi^2 = 29,283, p=0,000$) и мочекаменная болезнь (МКБ) в 9% случаев ($\chi^2 = 109,584, p=0,000$). Данная патология, скорее всего,

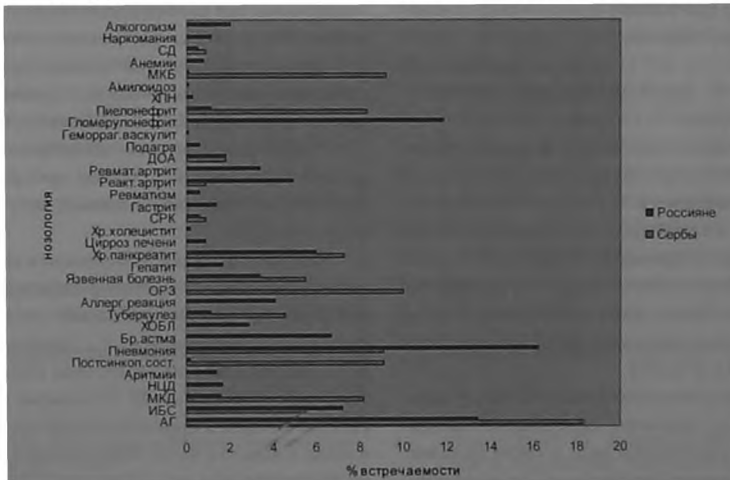


Рис. 1. Различия в частоте терапевтической патологии у местного населения и мигрантов

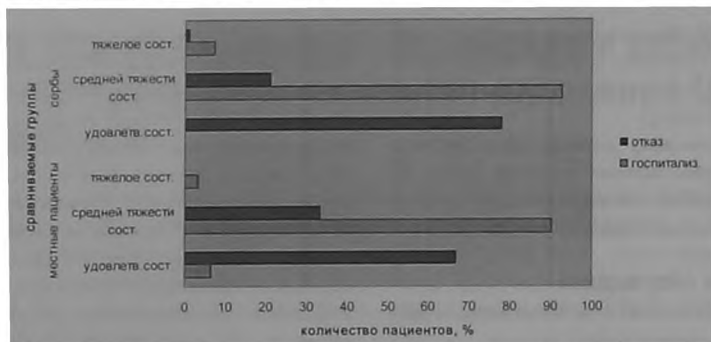


Рис. 2. Степени тяжести состояния поступивших больных

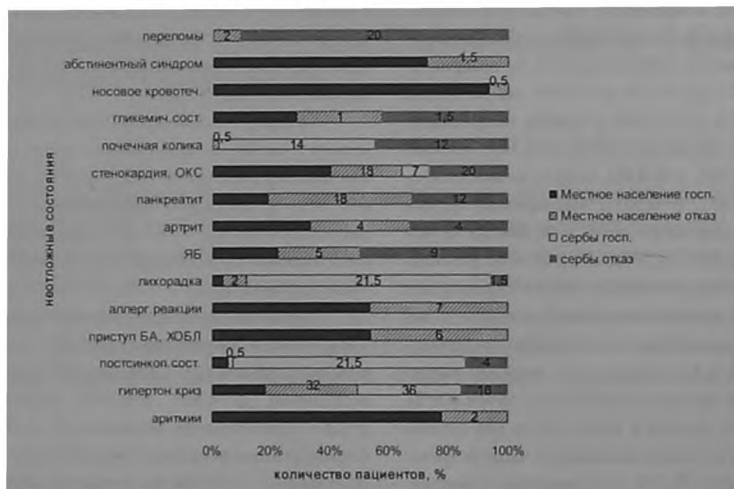


Рис. 3. Патологические состояния, при которых оказывалась помощь в приемном отделении

связана с переохлаждением, и, со сменой питьевого режима и состава питьевой воды. Заболеваемость амилоидозом ($\chi^2=1,031$, $p=0,310$) и хронической почечной недостаточностью (ХПН) ($\chi^2=0,200$, $p=0,655$) между группами не имели значимых отличий.

Анемии ($\chi^2=0,137$, $p=0,711$) и сахарный диабет (СД) ($\chi^2=0,024$, $p=0,877$) не имели достоверных различий у двух сравниваемых групп.

Социально-значимые болезни у граждан Сербии не выявлены при обращении за медицинской помощью, тогда как у местного населения в 45 случаев из 1480 обнаружены наркомания и алкоголизм. Возможно, это объяснимо тем, что мигранты проходили отбор для поездки в Россию, и лица склонные к алкоголизации и наркомании отсеивались. Однако, достоверных данных между группами получено не было: алкоголизм ($\chi^2=1,219$, $p=0,269$), наркомания ($\chi^2=0,353$, $p=0,553$).

Сходство в терапевтической патологии между сравниваемыми группами, вероятно, обусловлено принадлежностью групп к европейской расе, а также проживанием в городских условиях (мигранты из Сербии преимущественно жители города Белграда).

Как известно, приоритеты в оказании неотложной

медицинской помощи в приемном отделении определяются степенью тяжести состояния больного.

Жители г. Екатеринбурга и иностранные граждане преимущественно при госпитализации имели состояние средней степени тяжести (90,2% и 92,8% соответственно), а при отказе в госпитализации (в основном по причине отсутствия показаний к ней) у основной массы больных состояние расценено как удовлетворительное (66,6% и 77,9% соответственно) (рис.2).

В приемном отделении оказывается неотложная медицинская помощь как больным, требующим госпитализации в стационар, так и больным, получающим отказ в госпитализации.

Оказание медицинской помощи в приемном отделении осуществлялось местному населению в 62,3%, что составило 923 случая неотложных состояний. Из 1124 больных, госпитализируемых в профильные отделения 12% (135 чел.) оказана неотложная помощь в приемном отделении. Остальным 88 % больным (989 чел.) медицинская помощь в приемном отделении не оказывалась, в связи с тем, что части обратившимся помощь оказана на догоспитальном этапе (бригадой СМП, врачом поликлиники), часть больных самостоятельно отказывалась от помощи и госпитализации, часть больных госпитализиро-

валясь в профильные отделения.

Группе больных не нуждающейся в госпитализации или требующей лечение в другом ЛПУ помощь оказывается в 61 % случаев (217 чел.). После купирования неотложного состояния пациенты этой группы направлялись на амбулаторное лечение.

Неотложная помощь мигрантам в приемном отделении ЦГКБ №6 оказывалась во всех случаях при госпитализации, так как в отличие от местных жителей у них не было догоспитального этапа неотложной помощи.

Из 95 сербов, получивших отказ в госпитализации, в 72,6% случаев неотложные лечебные мероприятия проводились в приемном отделении, далее при стабилизации состояния после наблюдения за больным, рекомендовалось дальнейшее лечение в медпункте по месту работы.

Остальным 26 больным (27,4%) помощь в приемном отделении не оказывалась либо в связи с отказом больного или работодателя от лечения, либо не было показаний (удовлетворительное состояние пациента).

Таким образом, экстренная помощь в приемном покое местному населению наиболее часто оказывается как при госпитализации, так и при отказе в госпитализации при таких состояниях как гипертонический криз (18,5% и 32% соответственно), при нестабильной стенокардии и остром коронарном синдроме (ОКС) – 30% и 18% соответственно, а так же при купировании болевого синдрома при панкреатите – 7% в случае госпитализации больных и 18% - при отказе в госпитализации. Жителям Сербии при госпитализации преимущественно купировались гипертонический криз (36%), постинкопальные состояния и лихорадка по 21,5% случаев. При отказе в госпитализации (по причинам отсутствия показаний к госпитализации, а так же при отказе работодателя от лечения рабочих в стационаре) купирование неотложных состояний осуществлялось в приемном отделении в основном по причине ангинозных болей (20%), при гипертоническом кризе (16%), болевой синдром при панкреатите и почечной колики (по 12%) (рис.3).

Таким образом, основным видом медицинского пособия у местного населения при отказе в госпитализации является инфузионное капельное парентеральное введение лекарственных средств (69%). Больным, госпитализируемым в стационар, в основном применяли внутримышечное введение лекарств (41%). Жителям Сербии преимущественно осуществлялось парентеральное введение лекарственных средств – в 79% случаев при госпитализации и 23% - при отказе в госпитализации. (рис.4).

Заключение

Выявлено, что местное население Ленинского района г. Екатеринбурга имело терапевтическую патоло-

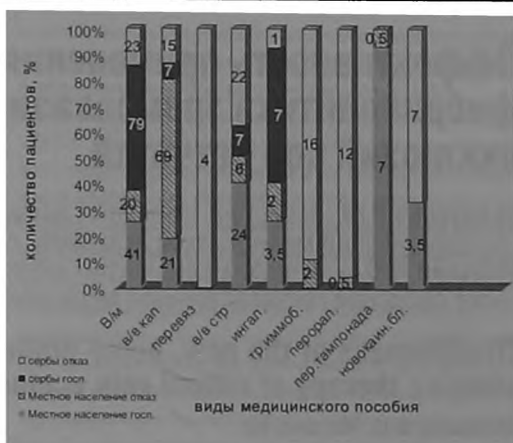


Рис. 4. Виды неотложной помощи, оказываемой в приемном отделении ЦГКБ №6

гию наследственного характера, а так же связанную со стрессами, неблагоприятной экологической обстановкой и вредными привычками. Граждане Сербии имели патологию, связанную с переохлаждением, физическими нагрузками, нарушением режима и состава питания. Пациенты первой группы чаще имели хроническую патологию (ИБС, АГ, гепатит, гломерулонефрит, БА), которая после терапии, полученной в стационаре, требует амбулаторного наблюдения и лечения. У мигрантов чаще встречалась патология, заканчивающаяся выздоровлением (ОРВИ, травматический артрит) или длительной ремиссией (пиелонефрит, МКБ, ЯБ желудка и ДПК), не требующая постоянного амбулаторного наблюдения при соблюдении назначенных медикаментозных рекомендаций в стационаре ЦГКБ №6. Сходство сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической, ревматологической заболеваемости обусловлено принадлежностью к одной расе, проживанием в городских условиях.

Оказание экстренной медицинской помощи в приемном отделении ЦГКБ №6 как иностранным, так и российским гражданам проводится одинаково качественно и эффективно.

Качественное распределение потоков больных на уровне приемного отделения повышает уровень подготовки больного к госпитализации, а, следовательно, сокращает время пребывания больного в стационаре, происходит интенсификация оборота кочного фонда, повышается качество лечебно-диагностического процесса, что дает возможность пролечить большее количество больных и улучшить тем самым показатели обеспеченности медицинской помощью как российских, так и сербских граждан.■

Литература:

1. Поздняков А.Н. Мигранты в России. Государство и право. 2008; 6: 15-22.
2. Правовое регулирование охраны здоровья иностранных граждан, временно пребывающих на территории Российской Федерации. Медицинское право. 2008; 2: 7-12.
3. Ahonen Emily Q, Benovider Fernando G, Benoch Loan E Populations work and healths. Systematic literature review. Barcelona 2007; 104.
4. Encyclopedia of Public Health. Germany 2008; 1601: 3-20.