

- cular Risk Assessment in Europe). *Circulation*, 2017; 136 (17): 1588–1597. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028981
9. Schnabel R.B., Sullivan L.M., Levy D. et al. Development of a risk score for atrial fibrillation (Framingham Heart Study): a community-based cohort study. *Lancet*, 2009; 373 (9665): 736–745. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60443-8
10. Benjamin E.J., Wolf Ph.A., D'agostino R.B. et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*, 1998; 98 (10): 946–952. doi: 10.1161/01.cir.98.10.946
11. Fields L.E., Burt V.L., Cutler J.A. et al. The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: a rising tide. *Hypertension*, 2004; 44 (4): 398–404. doi: 10.1161/01.HYP.0000142248.54761.56

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-261-262

Оценка распространенности факторов риска и заболеваемости среди трудовых мигрантов

Н.В. Щепетин

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Заболеваемость трудовых мигрантов в значительной мере обусловлена социально-экономическими проблемами. Несмотря на то что, как правило, в число трудовых мигрантов входят в первую очередь физически крепкие молодые мужчины, заболеваемость среди них достаточно высокая и прогрессивно увеличивается с длительностью пребывания в другой стране. Необходимо отметить, что распространенность заболеваний среди трудовых мигрантов имеет свои особенности, характерные для разных стран. Это инфекционные заболевания, связанные с неблагоприятными бытовыми условиями, нарушением гигиенических норм, отсутствием вакцинопрофилактики [1]. Образ жизни оказывает значительное влияние на развитие заболеваний. Отмечается высокий уровень травматизма, заболеваний желудочно-кишечного тракта, злоупотребление алкоголем и психотропными веществами. Наличие вредных привычек, таких как курение, неполноценное питание, нарушение режима труда и отдыха способствуют росту заболеваемости сердечно-сосудистой системы [2, 3]. Жизнь трудовых мигрантов часто сопровождается хроническим стрессом, обусловленным неблагоприятными условиями проживания, низкой заработной платой, удаленностью от родных и близких [4]. Высокий суммарный сердечно-сосудистый риск обуславливает раннее развитие артериальной гипертензии. При этом часто трудовые мигранты не обращаются своевременно за медицинской помощью и не принимают лекарственную терапию [5].

Цель: определить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваемость среди трудовых мигрантов.

Материал и методы. Был проведен анализ заболеваний, с которыми трудовые мигранты госпитализировались в отделения ГБУЗ «ГКБ

№ 13 ДЗМ». За 2022 г. из стран ближнего зарубежья было госпитализировано 3328 пациентов в возрасте 18–60 лет: Азербайджан – 130 человек (3,9 %), Армения – 120 человек (3,6 %), Беларусь – 338 человек (10,15 %), Грузия – 21 человек (0,63 %), Казахстан – 61 человек (1,8 %), Киргизия – 991 человек (29,7 %), Латвия – 3 человека (0,09 %), Молдова – 61 человек (1,8 %), Таджикистан – 623 человека (18,7 %), Туркменистан – 14 человек (0,42 %), Узбекистан – 734 человека (22 %), Украина – 224 человека (6,73 %), Эстония – 1 человек (0,03 %), Литва – 7 человек (0,21 %). Таким образом, наибольшее количество пациентов были из Киргизии, Таджикистана и Узбекистана.

Результаты. Среди госпитализированных трудовых мигрантов было больше мужчин – 1866 человек (56,1 %), чем женщин – 1462 человека (43,9 %). Наибольшее число пациентов были госпитализированы в хирургические отделения, включая реанимационные, – 1720 человек (56,8 %). По профилю других отделений, включая реанимационные, куда были госпитализированы пациенты, получены следующие данные: отделения травматологического профиля – 313 человек (10,3 %), отделения гинекологического профиля – 367 человек (12,1 %), отделения терапевтического профиля – 333 человека (11 %), отделения неврологии – 189 человек (6,2 %), отделения кардиологии – 71 человек (2,4 %), урология – 35 человек (1,1 %). Среди заболеваний терапевтического профиля наибольшее число составили заболевания печени (K70–K77) – 19,5 % (из них циррозы – 31,8 %, гепатиты – 36,3 %), на втором месте были заболевания мочеполовой системы (N00–N99) – 14,3 % (из них тубулоинтерстициальные болезни – 11,7 %, воспалительные болезни женских тазовых органов – 9 %, невоспалительные

болезни женских тазовых органов — 30,2 %, мочекаменная болезнь — 35,1 %). Болезни системы кровообращения (I00–I99) были выявлены у 208 человек (из них острый инфаркт миокарда и острый коронарный синдром — 8,9 %, ишемическая болезнь сердца — 4,8 %, артериальная гипертензия, гипертонический криз — 27,9 %, фибрилляция предсердий — 1,4 %), цереброваскулярные болезни (I60–I69) — 6,3 % (из них инсульты — 20,1 %). Анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний выявил преобладание фактора курения среди трудовых мигрантов, что имело более выраженные показатели в сравнении с гражданами Российской Федерации. По ожирению, избыточной массе тела, артериальной гипертензии, нарушениям липидного и углеводного обменов достоверно значимых различий среди госпитализированных в кардиологическое отделение с острым коронарным синдромом получено не было. Возраст госпитализированных с острым коронарным синдромом был достоверно ниже среди трудовых мигрантов.

Заключение. Условия труда и социальные факторы оказывают значимое влияние на здоровье трудовых мигрантов. Проведенное исследование свидетельствует о высоком распространении курения среди трудовых мигрантов. Несмотря на то что большинство факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ожирение, артериальная гипертензия, нарушения липидного и углеводного обменов, гиподи-

намия, не превышает распространенность среди жителей Российской Федерации, неблагоприятные условия труда и жизни, а также отсутствие квалифицированной медицинской помощи и профилактики негативно сказываются на здоровье трудовых мигрантов. Неблагоприятные факторы сопровождаются развитием острого коронарного синдрома в более молодом возрасте в сравнении с коренным населением. Необходима разработка рекомендаций по изменению в организации труда и медицинского обслуживания для снижения рисков для здоровья трудовых мигрантов.

Литература

1. Никифоров В.В. и др. Острые респираторные вирусные инфекции в пандемию COVID-19 в практике врача поликлиники. *Мед. алфавит*, 2021; 11: 29–33.
2. Сторожаков Г.И. и др. Поликлиническая терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 640 с.
3. Орлова Н.В. Воспаление и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 234 с.
4. Орлова Н.В. и др. Психосоциальный стресс в обзоре рекомендаций ESC / ESH 2018 года по лечению артериальной гипертензии и результатов клинических исследований. *Мед. алфавит*, 2019; 30: 44–47.
5. Чукаева И.И. и др. Гендерные отличия жесткости стенки артерий у больных артериальной гипертензией и высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. *Вестн. соврем. клин. медицины*, 2014; 3: 35–38.