

## УРГЕНТНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОММУНИКАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА



С. И. Третьяк<sup>1</sup>, А. В. Буравский<sup>1</sup>, С. М. Ращинский<sup>2</sup>, Е. В. Малиш<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Прогрессирующий рост глобальной миграции является естественным результатом эволюции человечества. Современные реалии таковы, что Республика Беларусь в силу географического положения и ряда объективных причин является не только конечным пунктом, но в большей степени транзитным коридором для потоков трудовых и нелегальных мигрантов – особенно выходцев из стран Азии и Африки. Международный туризм и экспорт образовательных услуг также способствуют увеличению количества иностранцев, находящихся на территории нашей страны. Помимо дополнительной нагрузки на систему здравоохранения, это создает явную угрозу импорта ряда опасных инфекционных и эндемичных неинфекционных заболеваний, не характерных для нашего региона. Проведенное на базе учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска исследование показало, что оказание экстренной медицинской помощи приезжим из государств Азии и Африки сопряжено с наибольшими рисками и трудностями, включая лингвистический барьер. Приведены конкретные клинические примеры. За последние 5 лет отмечен существенный прирост количества обращений с последующей госпитализацией иностранных граждан. На основании анализа полученных данных предложены варианты действий, которые потенциально могли бы нивелировать нагрузку на систему здравоохранения Республики Беларусь и предотвратить опасные медико-социальные последствия, обусловленные внешней миграцией.

**Ключевые слова:** хирургия, ургентная патология, туберкулез, гемоглобинопатия, иностранные граждане, трудности диагностики

**Для цитирования:** Ургентная патология у иностранных граждан: трудности диагностики и коммуникации на примере хирургического стационара / С. И. Третьяк, А. В. Буравский, С. М. Ращинский, Е. В. Малиш // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2025. Т. 23, № 6. С. 624-631. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-6-624-631>

### Введение

В последнее десятилетие в Республике Беларусь отмечается увеличение количества иностранных граждан, имеющих временную регистрацию. Основными причинами являются трудовая миграция и экспорт образовательных услуг. В государственных средствах массовой информации опубликованы следующие данные официальных источников Министерства внутренних дел (МВД): за 2024 год число мигрантов в Беларуси увеличилось в 2,8 раза (по состоянию на начало 2024 года насчитывалось 13 тыс. человек, а в начале 2025 года их число достигло 34 тыс. человек); в апреле 2025 года количество мигрантов увеличилось до 60 тыс. человек. Кроме того, Беларусь в силу своего географического расположения является транзитным коридором для нелегальной миграции из Азии, Африки, Ближнего и Среднего Востока в страны Западной Европы.

По данным Министерства образования Республики Беларусь (опубликованы 15.08.2025), в белорусских университетах обучаются около 35 тыс. иностранных граждан; ежегодно число студентов из зарубежных стран увеличивается; за 2024 год количество студентов выросло на 5 тыс., и в 2025 году ожидается такой же или даже больший прирост; больше всего иностранных студентов Беларусь приняла из Китая, однако география экспорта образовательных услуг активно расширяется (за счет студентов из Африки, Южной Америки, Юго-Восточной Азии).

Таким образом, даже без учета туристов на территории Республики Беларусь сегодня временно пребывает не менее 100 тыс. иностранных граждан. С высокой долей вероятности можно предполагать, что значительная часть таких мигрантов находится в Минске и Минском регионе. Это создает дополнительную нагрузку не только на структурные подразделения МВД, но также и на медицинские учреждения Республики Беларусь.

**Цель исследования** – на основании анализа данных об оказании медицинской помощи иностранным гражданам, госпитализированным в отделения хирургического профиля учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в период 2021–2025 гг., выявить ключевые проблемы и предложить пути их преодоления.

### Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ электронных баз данных (начиная с 2021 года) и медицинских карт иностранных пациентов, проходивших стационарное лечение в 1, 2, 3, 4 хирургических отделениях, отделении гнойной хирургии и 1-м травматологическом отделении учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска (БСМП) в период 2021–2025 гг. В исследование не включались иностранцы, получившие гражданство Республики Беларусь. Не учитывались пациенты, которым медицинская помощь была оказана на уровне приемного отделения амбула-

торно. Для представления полученных данных использованы методы описательной статистики.

### Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ электронных баз данных позволил сделать заключение об относительно стабильных показателях госпитализации пациентов (без учета гражданства) в БСМП в период 2021–2025 гг. С точки зрения потребности в оказании стационарной медицинской помощи, иностранные граждане пока вносят в статистику небольшой вклад, однако отмечен явный восходящий тренд (табл. 1).

Наибольшие проблемы отмечены в коммуникации и оказании медицинской помощи гражданам стран дальнего зарубежья, не владеющим ни русским, ни английским языками. Подавляющее большинство таких пациентов – это трудовые и нелегальные мигранты из стран Африки и Азии. Нередко не удается установить достоверную информацию о жалобах и анамнезе заболевания, практически всегда невозможно выяснить анамнез жизни и медицинский анамнез, возникают значительные трудности с получением добровольного информированного согласия на инвазивные медицинские вмешательства и со-

блодением принципов защиты персональных данных. В то же время, по данным World Health Organization (WHO), именно Африка и Азия являются мировыми лидерами по уровню ряда опасных инфекционных и эндемичных неинфекционных заболеваний; немало государств в указанных регионах характеризуются слаборазвитыми системами здравоохранения, отсутствием календаря прививок, а также низкой санитарной культурой населения в целом (World Health Statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals).

Проведен дополнительный анализ медицинской документации, в результате которого было установлено, что из числа иностранных граждан, госпитализированных в БСМП, около 30% являются выходцами из эпидемически неблагополучных регионов Азии и Африки и составляют группу риска (табл. 2).

Наибольшие проблемы отмечены в коммуникации и оказании медицинской помощи гражданам стран дальнего зарубежья, не владеющим ни русским, ни английским языками. Подавляющее большинство таких пациентов – это трудовые и нелегальные мигранты из стран Африки и Азии. Нередко не удается установить достоверную ин-

формацию о жалобах и анамнезе заболевания, практически всегда невозможно выяснить анамнез жизни и медицинский анамнез, возникают значительные трудности с получением добровольного информированного согласия на инвазивные медицинские вмешательства и соблюдением принципов защиты персональных данных. В то же время, по данным World Health Organization (WHO), именно Африка и Азия являются мировыми лидерами по уровню ряда опасных инфекционных и эндемичных неинфекционных заболеваний; немало государств в указанных регионах характеризуются слаборазвитыми системами здравоохранения, отсутствием календаря прививок, а также низкой санитарной культурой населения в целом (World Health Statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals).

Проведен дополнительный анализ медицинской документации, в результате которого было установлено, что из числа иностранных граждан, госпитализированных в БСМП, около 30% являются выходцами из эпидемически неблагополучных регионов Азии и Африки и составляют группу риска (табл. 2).

**Таблица 1** – Количество госпитализированных граждан

**Table 1** – The number of hospitalized foreign citizens

Год	2021	2022	2023	2024	2025	
					9 месяцев	Прогноз на конец года
Количество госпитализаций в БСМП (всего – без учета гражданства)	34 271	30 378	32 406	32751	23913	32000
Госпитализировано иностранных граждан (суммарно во все отделения)	158	249	338	371	405	540
Госпитализировано в отделения хирургического профиля* (всего – без учета гражданства)	11290	9758	10399	9632	7996	10660
Госпитализировано иностранных граждан (в отделения хирургического профиля*)	84	105	143	140	160	210
Выполнено оперативных вмешательств иностранным гражданам*	49	113	91	103	110	150

Примечание –\* – учитывались пациенты, госпитализированные в 1, 2, 3, 4 хирургические отделения, отделение гнойной хирургии и 1-е травматологическое отделение БСМП.

**Таблица 2 – Госпитализация иностранных граждан, находящихся в группе риска**  
**Table 2 – Hospitalization of foreign citizens at risk**

Год		2021	2022	2023	2024	2025	
						9 месяцев	Прогноз на конец года
Госпитализировано иностранных граждан (во все отделения)	всего	158	249	338	371	405	540
	в том числе из группы риска	50	71	126	115	165	220
Госпитализировано иностранных граждан (в отделения хирургического профиля*)	всего*	84	105	143	140	160	210
	в том числе из группы риска*	26	26	45	52	68	90

Примечание – \* – учитывались пациенты, госпитализированные в 1, 2, 3, 4 хирургические отделения, отделение гнойной хирургии и 1 травматологическое отделение БСМП.

Таким образом, в период 2021-2025 гг. выявлена устойчивая тенденция увеличения количества иностранных граждан, получающих стационарное лечение на базе БСМП, в том числе пациентов из эпидемически неблагополучных регионов Азии и Африки (группа риска). В пуле группы риска преобладали лица трудоспособного возраста – от 16 до 61 года (Ме [Q25; Q75] – 35 [25; 50] лет), мужского пола – 68%. Ретроспективный анализ показал, что в подавляющем большинстве случаев причины госпитализации были стандартными и не отличались от пула белорусских граждан. Однако в отдельных наблюдениях у иностранцев группы риска были зарегистрированы нетипичные и редкие для нашей страны заболевания (гемоглобинопатии, абдоминальный туберкулез и др.), примеры которых приведены ниже.

### Клинический случай 1

Гражданин Сирийской Арабской Республики 02.07.1992 года рождения доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение БСМП 25.11.2021 года с диагнозом: Напряженный асцит. Механическая желтуха. Талассемия.

Пациент в сознании, несколько заторможен, продуктивный контакт затруднен (языковой барьер). Однако удалось выяснить, что в течение двух суток беспокоят слабость, сухость во рту, тошнота, умеренные боли в животе. Общее состояние средней степени тяжести.

Физикальные данные: кожа смуглая, рост – 163 см, вес – 54 кг; артериальное давление – 100/60 мм. рт. ст., пульс – 100 уд./минуту, частота дыхания – 16 в минуту, температура тела – 36,9°C. Живот значительно увеличен в размерах, пальпаторно мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Перитонеальных симптомов нет. Per rectum – следы кала светло-коричневого цвета.

На уровне приемного отделения пациент обследован по протоколу и госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: Новообразование толстой кишки? Анемия тяжелой степени.

Анализы крови от 25.11.2021: эритроциты –  $1,59 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 42 г/л, гематокрит – 12,8%, лейкоциты –  $3,6 \times 10^9/\text{л}$ , общий белок – 75,1 г/л; билирубин общий – 24,5 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 84,4 МЕ/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 90,4 МЕ/л, амилаза – 31,7 Ед/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) – 1793,5 Ед/л, миоглобин – 340,2 нг/мл, протромбиновый индекс (ПТИ) – 41%, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,81.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости от 25.11.2021: Сplenomegaly. Желчнокаменная болезнь (желчный пузырь 59×19 мм, стенка – 2 мм, в просвете у шейки – мелкие конкременты). Диффузные изменения печени. Фиброгастродуоденоскопия от 26.11.2021: пищевод – без особенностей, в желудке большое количество пищи без примеси крови.

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости от 26.11.2021: явления застоя в малом круге кровообращения. Гепатосplenomegaly (печень резко увеличена в размерах, кранио каудальный размер – 250 мм, плотность выраженно снижена; селезенка увеличена в размерах), гемохроматоз печени (рис. 1).

По результатам обследования и наблюдения острая хирургическая патология (в том числе желудочно-кишечное кровотечение) исключена, показаний к экстренной операции не выявлено.

Проведено четыре гемотрансфузии, суммарно перелито около 1100 мл эритроцитарной массы. Анализ крови от 30.11.2021: эритроциты –  $3,18 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 89 г/л, гематокрит – 26,4%, лейкоциты –  $3,13 \times 10^9/\text{л}$ .

Консультация гематолога от 30.11.2021: Талассемия (анамнестически). Анемический синдром.

Пациент выписан с улучшением 01.12.2021. От оплаты за оказанную медицинскую помощь отказался (через переводчика).

В доступных информационных источниках нет конкретных достоверных данных о частоте гемоглобинопатий (талассемия, серповидно-клеточная анемия и др.) у граждан Республики Беларусь. Ежегодно в мире рождается не менее 300 тыс. детей с синдромами талассемии (30%) или серповидноклеточной анемии (70%). Бета-талассемия является наиболее широко распространенным расстройством гемоглобинной системы в бассейне Средиземно-

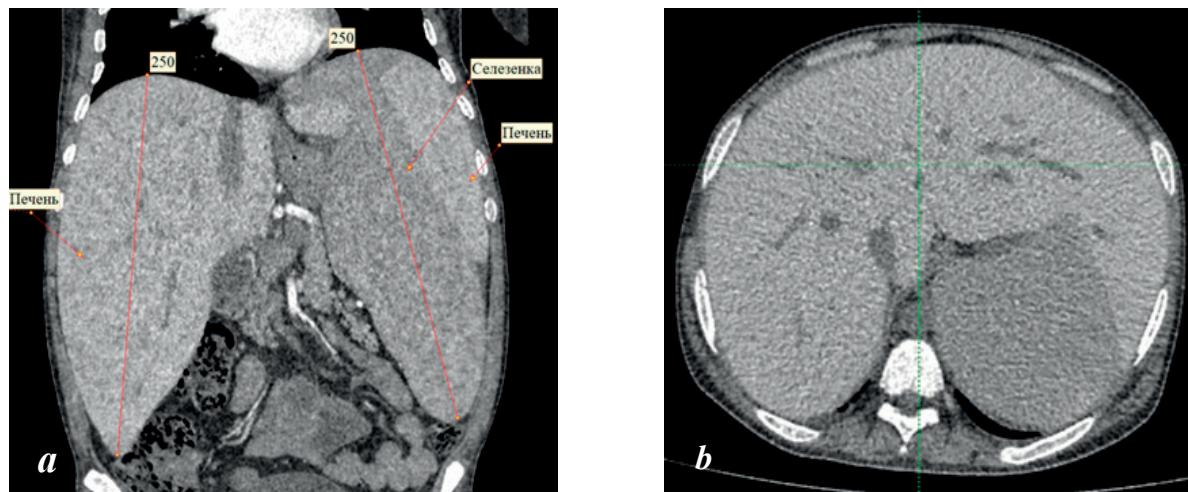


Рисунок 1 – Выраженная гепатосplenомегалия у пациента с талассемией (а, б)

Figure 1 – Severe hepatosplenomegaly in a patient with thalassemia (a, b)

го моря, на Ближнем Востоке и в Азии. Тяжелая альфа-талассемия часто встречается в Юго-Восточной Азии, а серповидноклеточная анемия в основном распространена в Африке [1, 2]. Однако растущая глобальная миграция привела к проникновению расстройств гемоглобинной системы во многие зоны, где первоначально они не были эндемичными [2].

### Клинический случай 2

Гражданин Кении 01.06.1997 года рождения доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение БСМП 07.07.2025 года с диагнозом: Острый панкреатит?

Пациент в сознании, однако резко заторможен, адинамичен, продуктивному контакту недоступен (языковой барьер и тяжесть состояния). Сопровождающий соотечественник смог сообщить, что симптомы заболевания (боли в животе, увеличение живота в размерах, тошнота и рвота, слабость, одышка, отсутствие аппетита, снижение массы тела) наблюдаются уже на протяжении 5 месяцев. За медицинской помощью по этому поводу пациент ранее не обращался. Общее состояние на момент осмотра оценено как тяжелое.

Физикальные данные: выраженное истощение, кожа смуглая, рост – 171 см, вес – 50 кг, артериальное давление – 90/60 мм. рт. ст., пульс – 138 уд./минуту, частота дыхания – 21 в минуту, температура тела – 36,6°C. Живот значительно увеличен в размерах, пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в эпимезогастрии. Перистальтика ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Per rectum – ампула пуста.

На уровне приемного отделения пациент обследован по протоколу.

Анализы крови от 07.07.2025: эритроциты –  $3,61 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 103 г/л, гематокрит – 32%, лейкоциты –  $8,22 \times 10^9/\text{л}$ , общий белок – 69,3 г/л, билирубин общий – 26,6 мкмоль/л, АСТ – 43,9 МЕ/л, АЛТ – 9,9 МЕ/л, амилаза – 9,4 Ед/л, ПТИ – 30%, МНО – 2,15.

УЗИ брюшной полости от 07.07.2025: Асцит. Признаки острой кишечной непроходимости.

Рентгенография грудной клетки и брюшной полости от 07.07.2025: Правосторонний гидроторакс. Рентген-признаки острой кишечной непроходимости.

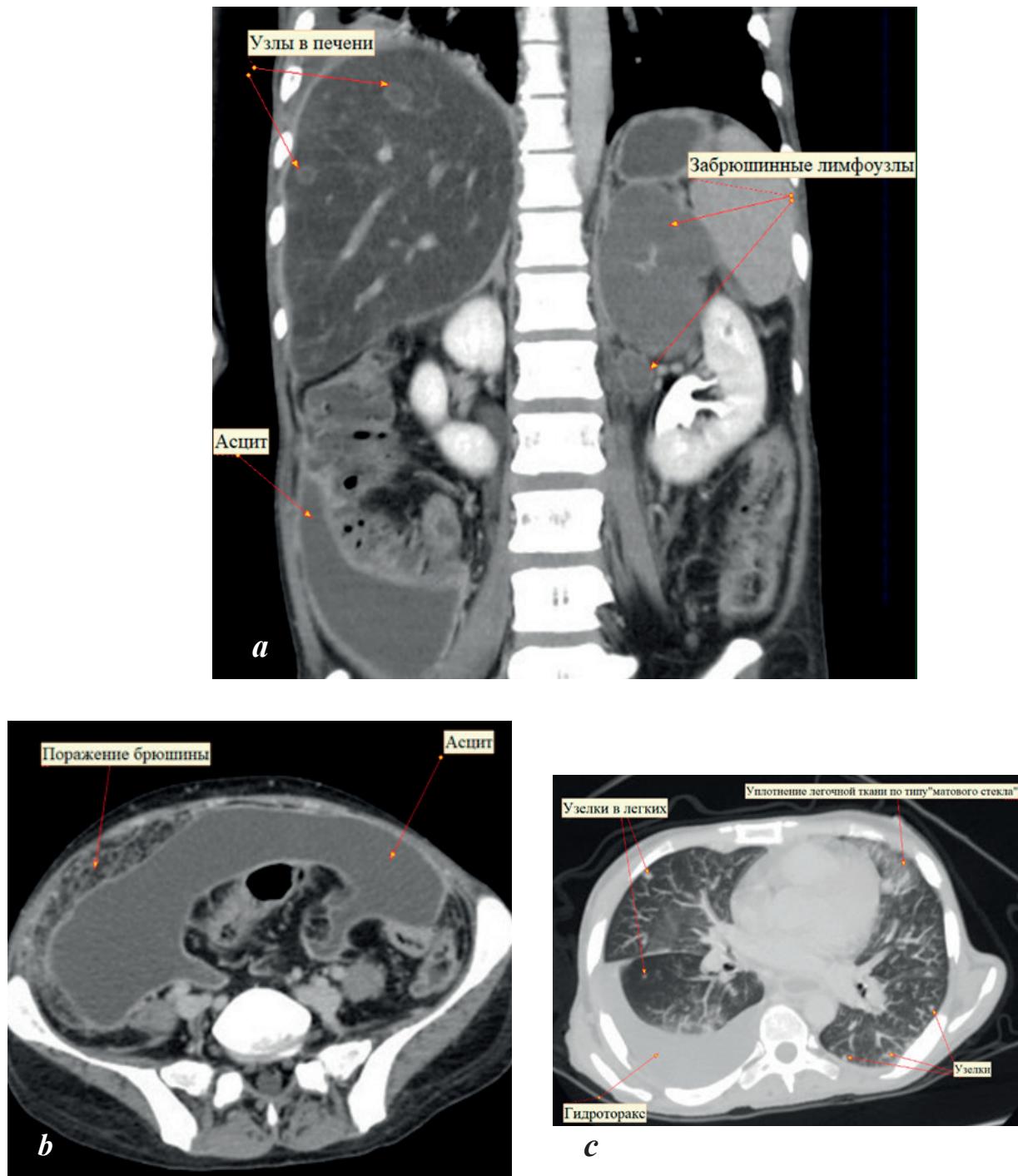
Госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: Острая кишечная непроходимость?

КТ органов грудной клетки и брюшной полости от 07.07.2025: Картина массивного осумкованного асцита, канцероматоза брюшины, пареза тонкой кишки. Секундарные изменения в легких (множественные солидные узелки размерами до 8 мм), печени (множественные солидные узелки в паренхиме размерами до 15 мм). Множественные увеличенные забрюшинные лимфоузлы (наибольший размер – 86 мм). Воспалительные изменения в язычковых сегментах левого легкого. Плевральный выпот справа (рис. 2).

По совокупности клинических и диагностических данных поставлен диагноз: Перитонеальный карциноид? Канцероматоз брюшной полости, секундарные изменения в легких, печени, забрюшинных лимфоузлах. Правосторонний гидроторакс.

Экспресс-тест на ВИЧ от 07.07.2025 – отрицательный. HBsAg, antiHCV от 07.07.2025 – отрицательные.

Показаний к экстренной операции 07.07.2025 не выявлено, назначено консервативное лечение. Проведен консилиум 08.07.2025, принято решение о выполнении диагностической лапароскопии с целью ревизии брюшной полости, взятия биопсии и верификации диагноза. Лапароскопически: в брюшной полости – большое количество светлой жидкости, фибрин. Париетальная и висцеральная брюшина – с множественными мелкими белесыми узелками. Выполнена биопсия париетальной брюшины с узловыми образованиями, взята на исследование асцитическая жидкость. Диагноз после операции: Множественное поражение брюшины (первичная перитонеальная карцинома? Канцероматоз? Туберкулез?). Асцит.



*Рисунок 2 – Результаты компьютерной томографии у пациента с генерализацией патологического процесса (онкологического? инфекционного?)*  
*(a, b – брюшная полость и забрюшинное пространство; с – легкие, грудная клетка)*

*Figure 2 – Computed tomography images in a patient with a generalized pathological process (oncological? infectious?)*  
*(a, b – abdominal cavity and retroperitoneal space; c – lungs, rib cage)*

В послеоперационном периоде пациент находился в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Результаты исследования асцитической жидкости от 10.07.2025 – элементы крови, элементы воспаления во всех полях зрения, немногочисленные клетки мезотелия во всех полях зрения; атипичные клетки не обнаружены.

Иммунология (cancer antigen – CA) от 09.07.2025: CA 19-9 – 241 Ед/мл (реф. знач. 0 –

26); CA 15-3 – 58,4 Ед/мл (реф. знач. 0 – 35); CA 125 – 262 Ед/мл (реф. знач. 0 – 35).

Кислотоустойчивые бактерии (КУБ): 09.07.2025, 11.07.2025 – в промывных водах бронхов не обнаружены; 10.07.2025, 11.07.2025 – в плевральной жидкости не обнаружены.

Xpert MTB-RIF Ultra (мокрота) от 10.07.2025: MTB – обнаружен очень низкий; RIF Resistance – не обнаружен.

Xpert MTB-RIF Ultra (содержимое дренажа – асцитическая жидкость) от 10.07.2025: MTB Trace – обнаружен; RIF Resistance – неопределенный.

Заключение патогистологического исследования (париетальная брюшина с очагами отсева) от 11.07.2025: Фиброзно-жировая ткань с очагами казеозного некроза, перифокальной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией с наличием гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса. Гистологическая картина может соответствовать туберкулезному перитониту.

После верификации диагноза «Генерализованный туберкулез: туберкулез легких, абдоминальный туберкулез» пациент для дальнейшего лечения переведен в ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии». Исход неблагоприятный. Очевидно, что описанный клинический случай генерализованного туберкулеза является «завозным».

В Республике Беларусь абдоминальный туберкулез встречается крайне редко [3], конкретные статистические данные в доступных источниках отсутствуют [4]. По данным литературы, в структуре внелегочных форм туберкулеза на долю абдоминального туберкулеза приходится от 4,4–8,3% до 17–21% случаев [5]. Для верификации абдоминального туберкулеза не существует скрининговых методов, лабораторные и инструментальные методы обследования не всегда информативны [6]. Решающая роль в диагностике абдоминального туберкулеза принадлежит гистологическому исследованию биопсийного либо аутопсийного материала, а именно обнаружение в пораженных органах и тканях специфических гранулем (казеозный некроз, окруженный эпителиоидными клетками (специализированные макрофаги), гигантскими клетками Пирогова-Лангханса и лимфоцитами [7].

По данным World Gastroenterology Organisation Digestive Tract Tuberculosis Guideline 2021, ВИЧ-инфекция в общемировом масштабе выявляется не менее чем у 55% пациентов с различными формами туберкулеза, а на Африканском континенте – более чем в 80% случаев. При абдоминальном туберкулезе уровень инфицированности ВИЧ может составлять 75% и более [8]. При этом диагноз туберкулеза может на несколько месяцев предварять диагноз СПИД [9].

Многие государства Азии и Африки на сегодняшний день занимают лидирующее положение в мире по уровню заболеваемости ВИЧ и туберкулезом. Так, по данным UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS), на африканском континенте проживает не менее 25 млн. ВИЧ-инфицированных, что составляет около 60% от общемирового количества (HIV statistics, globally and by WHO region, 2025). По данным WHO (Global Tuberculosis Report 2024), общее количество заболевших туберкулезом в мире превышает 10 млн. человек, при этом более 50% случаев туберкулеза приходится на страны Юго-Восточной Азии (Индия, Индонезия, Китай, Филиппины, Пакистан). Кроме того, в Global Tuberculosis

Report 2024 отдельно указаны 10 стран, которые одновременно характеризуются наиболее высокими уровнями заболеваемости туберкулезом, ВИЧ-ассоциированным туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: Китай, Демократическая Республика Конго, Индия, Индонезия, Мозамбик, Мьянма, Нигерия, Филиппины, ЮАР, Замбия.

Абдоминальный туберкулез всегда должен учитываться в дифференциальной диагностике при подозрении на острую хирургическую патологию брюшной полости или хронических болях в животе у пациентов, проживающих в эндемических регионах [10], а также у пациентов с ВИЧ [11]. Летальность при несвоевременно диагностированном абдоминальном туберкулезе может превышать 80% [12].

### Заключение

Начиная с 2020 года в Республике Беларусь отмечается быстро прогрессирующее увеличение количества мигрантов (трудовых и нелегальных) и студентов из стран Азии и Африки, и этот тренд в обозримом будущем будет сохраняться. Поэтому отечественной системе здравоохранения в целом и хирургической службе в частности нужно быть готовыми к новым вызовам. С практической точки зрения, медицинским работникам следует иметь настороженность в отношении возможности наличия и выявления у иностранных граждан нетипичных для Республики Беларусь заболеваний – в первую очередь инфекционных; гражданам Африки и Азии необходимо проводить скрининговые исследования на туберкулез и ВИЧ, а при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости – дифференциальную диагностику для исключения абдоминального туберкулеза; руководствоваться клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с туберкулезом (взрослое и детское население)» (утвержден Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.2022 № 118).

Для ускорения диагностики и улучшения качества медицинской помощи иностранным гражданам необходимо организовать систему срочного вызова в учреждение здравоохранения в случае необходимости переводчика или русскоговорящего сотрудника дипломатического ведомства страны, гражданином которой является иностранный пациент (например, колл-центр или единый телефонный номер в Министерстве иностранных дел Республики Беларусь).

И, наконец, нельзя исключать в перспективе вариант строительства в Минске многопрофильного медицинского учреждения (стационар + поликлиника), предназначенного для оказания экстренной и плановой медицинской помощи иностранным гражданам, легально и нелегально находящимся на территории Республики Беларусь. При этом на должностях врачей, среднего и младшего медицинского персонала работать там должны преимущественно иностранные граждане. Такое решение может снизить нагрузку и нивелировать влияние миграционных процес-

сов на систему здравоохранения нашей страны, а также позволит в значительной мере устраниć проблему языкового барьера между медперсоналом и пациентами. Финансируовать строительство больницы и содержать ее могли бы государства, представленные наибольшим количеством трудовых мигрантов в Республике Беларусь. В случае же размещения там клинических баз

профильных курирующих кафедр учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (БГМУ) будут созданы идеальные условия для организации учебных занятий и производственной практики иностранных студентов БГМУ, обучающихся на английском языке, что должно способствовать улучшению качества образовательного процесса.

### Литература

1. Thalassaemia and other haemoglobinopathies : report by the secretariat / World Health Organization. – URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/eb118/b118\\_5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb118/b118_5-en.pdf) (data of access: 6.05.2025).
2. Modell, B. Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators / B. Modell, M. Darlisona // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – Vol. 86, № 6. – P. 480-487. – doi: 10.2471/blt.06.036673.
3. Дюсьмикеева, М. И. Клинические формы внелегочного туберкулеза. Туберкулезный плеврит : учебно-методическое пособие / М. И. Дюсьмикеева, Ж. И. Кривошеева, Н. А. Емельянова. – Минск : БГМУ, 2022. – 40 с.
4. Юденко, М. А. Внелегочный туберкулез: особенности диагностики / М. А. Юденко, И. В. Буйневич, Д. Ю. Рузанов // Проблемы здоровья и экологии. – 2023. – Т. 20, № 1. – С. 48-55. – doi: 10.51523/2708-6011.2023-20-1-06. – edn: CRCOUY.
5. Скопин, М. С. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления / М. С. Скопин, Ф. А. Батыров, З. Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – Т. 84, № 1. – С. 22-26. – edn: MWDAZR.
6. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
7. Трудности и ошибки диагностики абдоминального туберкулеза в практике терапевта / Л. Н. Савоненкова, В. И. Рузов, Д. В. Колчин [и др.] // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91, № 11. – С. 16-19. – doi: 10.26442/00403660.2019.11.000374. – edn: TIGZRW.
8. Абдоминальный туберкулэз: возвращение в хирургию / Д. В. Плоткин, М. Н. Решетников, У. О. Гафаров [и др.] // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 101-109. – doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-101-109. – edn: TIEVHN.
9. Kapoor, V. K. Abdominal tuberculosis / V. K. Kapoor // Postgraduate Medical Journal. – 1998. – Vol. 74, № 874. – P. 459-467. – doi: 10.1136/pgmj.74.874.459.
10. Pattanayak, S. Is abdominal tuberculosis a surgical problem? / S. Pattanayak, S. Behuria // Annals of the Royal College of Surgeons of England. – 2015. – Vol. 97, № 6. – P. 414-419. – doi: 10.1308/rcsann.2015.0010.
11. Digestive Tract Tuberculosis Guideline / M. Tahiri, K.-L. Goh, Z. Abbas [et al.] // Journal of Clinical Gastroenterology. – 2023. – Vol. 57, № 7. – P. 643-650. – doi: 10.1097/MCG.0000000000001819.
12. Холтобин, Д. П. Абдоминальный туберкулез. Клиническое наблюдение и обзор литературы / Д. П. Холтобин, Н. В. Анисимов // Бюллетень медицинской науки. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 86-92. – doi: 10.31684/25418475\_2022\_2\_86. – edn: QZNYWP.

### References

1. World Health Organization. Thalassaemia and other haemoglobinopathies. Report by the Secretariat [Internet]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/eb118/b118\\_5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb118/b118_5-en.pdf)
2. Modell B, Darlison M. Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(6):480-487. doi: 10.2471/blt.06.036673.
3. Djusmikeeva MI, Krivosheeva ZhI, Emeljanova NA. Klinicheskie formy vnelegochnogo tuberkuleza. Tuberkuleznyj plevrit. Minsk: BGMU; 2022. 40 p. (Russian).
4. Yudenko MA, Buinevich IV, Rusanau DYU. Extrapulmonary tuberculosis: diagnostic features. *Health and Ecology Issues*. 2023;20(1):48-55. doi: 10.51523/2708-6011.2023-20-1-06. edn: CRCOU. (Russian).
5. Skopin MS, Batyrov FA, Kornilova ZH. Rasprostranennost' tuberkuleza organov brjushnoj polosti i osobennosti ego vyjavlenija. *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2007;84(1):22-26. edn: MWDAZR. (Russian).
6. Pereman MI, editor. Ftiziatrija. Nacionalnoe rukovodstvo. Moskva: GJeOTAR-Media; 2007. 512 p. (Russian).
7. Savonenkova LN, Ruzov VI, Kolchin DV, Arjamkina OL, Skvortsov VV, Bessonov AA. Difficulties and mistakes in the diagnosis of abdominal tuberculosis in the practice of the general practitioner. *Therapeutic archive*. 2019;91(11):16-19. doi: 10.26442/00403660.2019.11.000374. edn: TIGZRW. (Russian).
8. Plotkin DV, Reshetnikov MN, Gafarov UO, Belentseva OV, Stepanov EA, Sinitsyn MV. Abdominal tuberculosis: return to surgery. *Avicenna Bulletin*. 2019;21(1):101-109. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-101-109. edn: TIEVHN. (Russian).
9. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. *Postgraduate Medical Journal*. 1998;74(874):459-467. doi: 10.1136/pgmj.74.874.459.
10. Pattanayak S, Behuria S. Is abdominal tuberculosis a surgical problem? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2015;97(6):414-419. doi: 10.1308/rcsann.2015.0010.
11. Tahiri M, Goh KL, Abbas Z, Epstein D, Min-Hu C, Mulder CJ, Puri AS, Schultz M, LeMair A, Melberg J. Digestive Tract Tuberculosis Guideline. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2023;57(7):643-650. doi: 10.1097/MCG.0000000000001819.
12. Holtobin DP, Anisimov NV. Abdominal tuberculosis. Clinical observation and review of the literature. *Bulletin of Medical Science*. 2022;26(2):86-92. doi: 10.31684/25418475\_2022\_2\_86. edn: QZNYWP. (Russian).

# FOREIGN CITIZENS WITH URGENT PATHOLOGY: DIAGNOSTIC AND MUTUAL UNDERSTANDING PROBLEMS IN THE SETTING OF A SURGICAL HOSPITAL

*S. I. Tratsyak<sup>1</sup>, A. V. Buravsky<sup>1</sup>, S. M. Rashchynski<sup>2</sup>, A. V. Malish<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

<sup>2</sup>*Minsk City Clinical Emergency Hospital, Minsk, Belarus*

*The progressive growth of global migration is a natural result of human evolution. The Republic of Belarus, due to its geographical location and a number of objective reasons, is not only a final destination, but also, to a greater extent, a transit corridor for flows of labor and illegal migrants – especially those from Asian and African countries. International tourism and the export of educational services also contribute to the increase in the number of foreigners residing in our country. This creates an additional burden on the healthcare system and a clear threat of importing a number of dangerous infectious and endemic diseases that are not typical for our region. A study conducted at the Minsk City Clinical Emergency Hospital revealed that providing emergency medical care to visitors from disadvantaged regions and countries in Asia and Africa poses the greatest risks and challenges, including linguistic barriers. A significant increase in the number of hospitalizations of foreign citizens has been noted since 2021. Specific clinical cases are presented. Analysis of the obtained data revealed the need for actions and management decisions that could potentially reduce the burden on the healthcare system of the Republic of Belarus and prevent dangerous medical and social consequences caused by external migration.*

**Keywords:** *surgery, urgent pathology, tuberculosis, hemoglobinopathy, foreign citizens, diagnostic problems*

**For citation:** Tratsyak SI, Buravsky AV, Rashchynski SM, Malish AV. Foreign citizens with urgent pathology: diagnostic and mutual understanding problems in the setting of a surgical hospital. Journal of the Grodno State Medical University. 2025;23(6):624-631. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-6-624-631>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Financing.** The study was performed without external funding.

**Соответствие принципам этики.** Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

**Conformity with the principles of ethics.** The study was approved by the local ethics committee.

**Об авторах / About the authors**

Третьяк Станислав Иванович / Tratsyak Stanislau, ORCID: 0009-0008-3041-7460

\*Буравский Александр Владимирович / Buravsky Alexandr, e-mail: buravskyav@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9898-1908

Ращинский Сергей Маркович / Rashchynski Siarhei, ORCID: 0009-0000-8563-1677

Малиш Елена Владимировна / Malish Alena, ORCID: 0009-0002-5266-1604

\* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 17.10.2025

Принята к публикации / Accepted for publication: 25.11.2025