



Содержание

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ:

Эпидемиология
туберкулеза (ТБ) среди
мигрантов в
Европейском регионе
ВОЗ стр. 1

ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ:

Болезнь Шагаса –
связанная с миграцией
тропическая инфекция
в Европе: обновленная
информация стр. 3

НОВОСТИ стр. 6

СОБЫТИЯ стр. 9

БИБЛИОГРАФИЯ стр. 10

РЕКОМЕНДУЕМАЯ
ЛИТЕРАТУРА стр. 11

РАЗДЕЛ “МНЕНИЯ И
КОММЕНТАРИИ” стр. 12

ИСТОЧНИКИ
ИНФОРМАЦИИ
стр. 13

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Эпидемиология туберкулеза (ТБ) среди мигрантов в Европейском регионе ВОЗ

Guénaél Rodier, директор отдела

Masoud Dara, руководитель программы

Colleen D Acosta, эпидемиолог

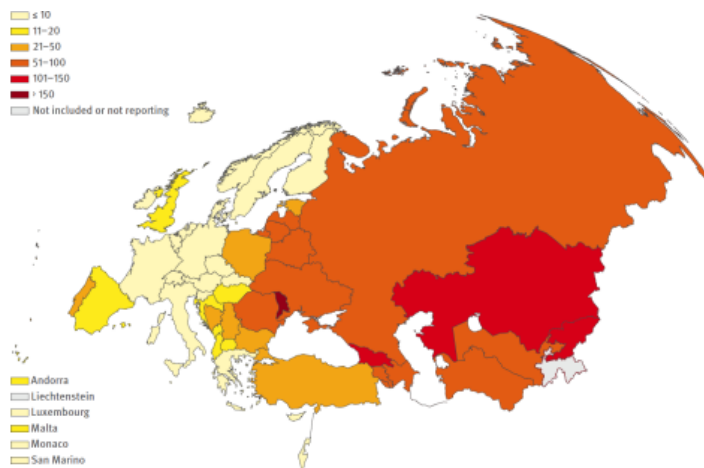
Andrei Dadu, технический специалист

Программа борьбы с туберкулезом, включая МЛУ/ШЛУ-ТБ, отдел инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды ЕРБ ВОЗ

Для ТБ не существует каких-либо барьеров или границ. Этот факт вызывает большую обеспокоенность, так как заболеваемость ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) продолжает увеличиваться. Во всем мире туберкулез остается одной из основных проблем общественного здравоохранения. Согласно оценкам, в 2012 г. туберкулезом заболели 8,6 млн человек, а 1,3 миллиона человек умерли от этой болезни (включая 320 000 случаев смерти среди ВИЧ-позитивных людей).

В Европейском регионе ВОЗ туберкулез также продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения. Согласно оценкам, в 2012 г. в Регионе было зарегистрировано около 353 000 новых случаев ТБ и 35 000 смертей от ТБ – в основном в странах Восточной и Центральной Европы (рис. 1).

Рисунок 1. Расчетные показатели заболеваемости туберкулезом на 100 000 населения в Европейском регионе ВОЗ, 2012 г.



Источник: ECDC и Европейское региональное бюро ВОЗ (3)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

BIFFL, Gudrun

CAMPOSTRINI, Stefano

CARBALLO, Manuel

COSTANZO, Gianfranco

DECLICH, Silvia

DENTE, Maria Grazia

GEORGE, Francisco

HANNICH, Hans-Joachim

KONRAD, Helga

KRASNIK, Allan

LINOS, Athena

McKee, Martin

MOSCA, Davide

NOORI, Teymur

OROSZ, Éva

RAMAZAN, Salman

SIEM, Harald

PADILLA, Beatriz

PESIK, Nicki

REZZA, Gianni

Координаторы

TSOUROS, Agis

SEVERONI, Santino

SZILÁRD, István

Европейское региональное бюро ВОЗ (Венеция)

BARRAGÁN, Sara

DEMBECH, Matteo

LIRUSSI, Flavio

Печский университет

BARÁTH, Árpád

CSÉBFALVI, György

EMÓDY, Levente

GOLESORKHI, Kia

KATZ, Zoltán

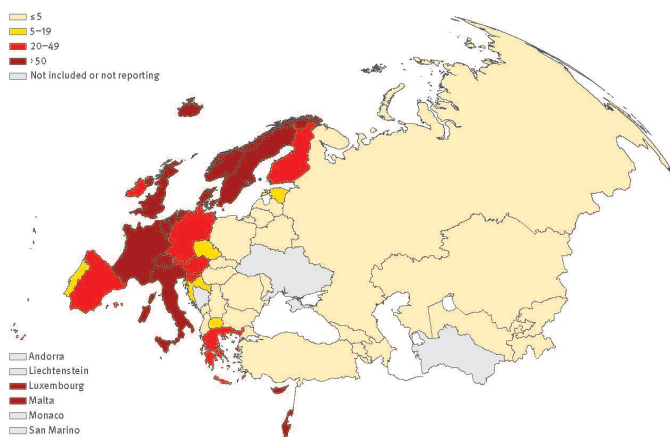
MAREK, Erika



С середины 2000-х годов, заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 5% в год. Однако в странах, где ТБ представляет собой высокоприоритетную проблему, уровни регистрации новых случаев ТБ по-прежнему почти в восемь раз превышают соответствующие показатели в остальных странах Региона. ТБ в Европейском регионе ВОЗ все труднее поддается лечению. За период с 2007 г. показатели успешно пролеченных новых и ранее леченных случаев ТБ продолжали снижаться – соответственно с 72% и 50% в 2005 г. до 66% и 47% в 2011 г. Согласно результатам недавно проведенного исследования, в Регионе наблюдается самый высокий в мире уровень зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ среди как впервые выявленных больных туберкулезом (35%), так и ранее леченных больных (69%) (1). По оценкам, МЛУ-ТБ ежегодно заболевают около 76 400 жителей Европейского региона ВОЗ. ТБ является ведущей причиной смерти людей, живущих с ВИЧ, и распространенность смертоносного сочетания этих двух инфекций в Регионе растет.

В большинстве стран мигранты являются одной из самых уязвимых групп населения, и следовательно они подвергаются повышенному риску инфицирования и развития ТБ (2).

Рисунок 2. Процент зарегистрированных случаев ТБ среди лиц иностранного происхождения от общего числа всех случаев туберкулеза, Европейский регион ВОЗ, 2012 г.



Источник: ECDC и Европейское региональное бюро ВОЗ (3)

На случаи ТБ среди лиц иностранного происхождения приходится 26,8% всех случаев ТБ в странах Европейского союза (ЕС)/Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) и только 2,3% в странах, не входящих в ЕС (рис. 2). Во

многих странах на лиц иностранного происхождения приходится значительное большинство случаев ТБ: Израиль (90,0%), Норвегия (85,4%), Швеция (85,0%), Мальта (83,7%), Исландия (81,8%), Кипр (75,4%), Швейцария (74,5%), Нидерланды (73,2%), Люксембург (71,1%), Соединенное Королевство (70,0%). Это можно рассматривать как свидетельство хорошего доступа к диагностике туберкулеза в этих странах и их приверженности глобальным усилиям по борьбе с туберкулезом. В ряде стран регистрация меньшего числа случаев ТБ среди лиц иностранного происхождения может быть связана с такими факторами, как особенности систем учета и отчетности, уровень доступности услуг диагностики и лечения или аналогичные показатели заболеваемости ТБ в стране происхождения и стране-получателя.

Убедительные доказательства связи между МЛУ-ТБ и страной происхождения больных ТБ в Европейском регионе ВОЗ были отмечены в докладе по эпидемиологическому мониторингу туберкулеза, подготовленному Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) (3). В 14 из 18 стран, которые представили данные о случаях МЛУ-ТБ в разбивке по происхождению больных, у лиц иностранного происхождения наблюдается более высокая вероятность МЛУ-ТБ, чем у коренных жителей, а в 10 странах эта ассоциация была статистически значимой (Бельгия, Чешская Республика, Германия, Италия, Литва, Польша, Португалия, Испания, Турция, Соединенное Королевство). Республика Молдова была единственной страной, в которой риск выявления штаммов МЛУ-ТБ среди коренных жителей был более высоким. Следует отметить, что в Дании, Исландии, Ирландии и Норвегии все зарегистрированные случаи МЛУ-ТБ приходились на лиц иностранного происхождения.

В рамках политических или популистских движений иногда подчеркивается, что туберкулез среди мигрантов является значительной проблемой для местных жителей. Однако, такие заявления делаются в отсутствие данных, указывающих на реальную проблему передачи ТБ от мигрантов к коренному населению. На самом деле, большинство исследований показывают, что передача ТБ происходит внутри общин мигрантов (4). В виду вышесказанного можно утверждать, что если осуществлять целенаправленные действия, то программы по борьбе с ТБ могут инициировать и расширить масштабы скрининга на активные и латентные формы туберкулеза, что позволит повысить доступность диагностических экспресс-тестов на МЛУ-ТБ и обеспечить доступ к эффективному лечению для больных всеми формами туберкулеза.



В 2012 г. в рамках деятельности Целевой группы Вольфхезе по вопросам трансграничной миграции Европейское региональное бюро ВОЗ способствовало как обсуждению этого вопроса на уровне руководителей национальных программ по борьбе с ТБ, так и доработке минимального пакета мер для трансграничной борьбы с ТБ и оказания противотуберкулезной помощи (5). Кроме того, с помощью различных механизмов, в том числе международных медико-санитарных правил (ММСП) и прямого контакта с национальными программами, Европейское региональное бюро ВОЗ способствовало укреплению связей между различными органами здравоохранения внутри и за пределами Европы. В настоящее время реализуется новая инициатива по использованию электронного инструмента Консилиум (e-Consilium) для содействия трансграничному сотрудничеству врачей-клиницистов и их взаимному консультированию.

Ввиду роста заболеваемости МЛУ-ТБ, как в Европейском регионе ВОЗ, так и в глобальном масштабе, по-прежнему актуальной является необходимость интенсивной деятельности для эффективного предотвращения и контроля ТБ на всех уровнях, а также для достижения цели элиминации ТБ, поставленной в глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.

Библиография

- 1) Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchik E, Astrauko A, Hoffner S et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: the size of the problem and associated risk factors. Bull World Health Organ. 2013;91:36–45 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/1/12-104588/en>, по состоянию на 18 июня 2014 г.).
- 2) Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. Soc Science Med. 2009;68(12):2240–2246.
- 3) ECDC, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2014/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2014>, по состоянию на 18 июня 2014 г.).
- 4) Verver S, Bwire R, Borgdorff MW. Screening for pulmonary tuberculosis among immigrants: estimated effect on severity of disease and duration of infectiousness. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5(5):419–425.
- 5) Blasi F, Dara M, van der Werf MJ, Migliori GB. Supporting TB clinicians managing difficult cases: the ERS/WHO Consilium. Eur Respir J 2013;41:491–494.

ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

Болезнь Шагаса – связанная с миграцией тропическая инфекция в Европе: обновленная информация

Д-р Levente Emődy, профессор кафедры медицинской микробиологии и иммунологии, Медицинская школа Печского университета

Всемирный день здоровья 2014 года (7 апреля) был посвящен профилактике и борьбе с трансмиссивными болезнями. Болезнь Шагаса (также известная как американский трипаносомоз) является типичным примером трансмиссивной инфекции. В связи с ростом миграции жителей Латинской Америки в неэндемичные территории болезнь Шагаса приобрела статус нового инфекционного заболевания в неэндемичных континентах, включая Европу (примечание переводчика: в рамках данного документа понятие Европа является синонимом понятия Европейский регион ВОЗ). В отличие от стран Латинской Америки, в Европе эта болезнь, как правило, передается не через насекомых, а непосредственно от человека человеку.

На Европейском уровне специальные гармонизированные органы для борьбы с этой новой проблемой общественного здравоохранения были созданы ВОЗ, Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и ведущими специалистами, занимающимися изучением и контролем болезни Шагаса.

Болезнь Шагаса – это протозойное инфекционное заболевание, вызываемое трипаносомами вида *Trypanosoma cruzi*, которое ранее встречалось только в Латинской Америке. Впервые оно было описано бразильским исследователем Карлосом Шагасом в 1909 г. В эндемичных районах переносчиком этой болезни от инфицированных



лиц (или животных) к новому хозяину, как правило, являются триатомовые клопы. Другие пути передачи включают в себя: переливание крови; трансплантация органов, тканей или их компонентов; грудное вскармливание; и внутриутробная (вертикальная) передача, когда паразит проникает через плаценту во время беременности. Заражение через пищевые продукты также возможно. Острая фаза заболевания чаще всего протекает с мягкими и нетипичными симптомами (лихорадка, недомогание, отек одного глаза, если место укуса находится рядом с ним, багровые и опухшие области вокруг места укуса). Нелеченные инфекции часто переходят в хроническую фазу, вызывая сердечную недостаточность и неврологические или желудочно-кишечные проявления. Диагноз можно подтвердить лабораторными исследованиями крови, направленными на выявление паразита или его генетического материала, или на обнаружение специфических антител к возбудителю. Кроме того, паразита можно выявить путем ксенодиагностики. В этом случае, неинфицированные насекомые, являющиеся переносчиками заболевания, высасывают кровь у пациента с подозрением на болезнь Шагаса. Диагноз подтверждается, если после этого в организме насекомых выявляются болезнетворные паразиты. Лечение нифуртимоксом или бензнидазолом рекомендуется для всех острых инфекций, врожденных инфекций, для лиц с ослабленным иммунитетом, а также для детей с хроническими инфекциями. В случае взрослых с хронической инфекцией пациенту следует предложить пройти лечение с помощью антипаразитарных препаратов. Однако следует учитывать, что беременность является прямым противопоказанием к этому виду лечения. В хронической фазе болезни Шагаса, сочетающейся с органными дисфункциями, может быть показана симптоматическая терапия, которая назначается после консультации с соответствующим специалистом.

В эндемичных районах болезнь Шагаса является причиной значительной заболеваемости (около 10 млн. больных) и смертности, и, следовательно, также приводит к значительным экономическим потерям (1). Появление случаев болезни Шагаса в неэндемичных регионах мира в связи с увеличением миграции лиц из Латинской Америки указывает на необходимость повышения среди медицинского персонала умений диагностики и лечения этого заболевания, а также заслуживает внимания общественности. Поскольку данная инфекция может оставаться бессимптомной в течение многих десятилетий, латиноамериканские мигранты могут быть не осведомлены об опасности, которую они представляют

для здоровья населения принимающей страны. Кроме того, незарегистрированные мигранты вообще выпадают из поля зрения служб здравоохранения и не охвачены медицинским обслуживанием. В Европе распространение болезни Шагаса происходит путем прямой передачи паразита, а через членистоногих переносчиков.

Как уже упоминалось, прямое инфицирование может происходить при переливании крови, при трансплантации и трансплацентарной передаче трипаносом. Поэтому очень важно диагностировать и лечить эту инфекцию у мигрантов, а также исключить людей с диагнозом этой болезни из числа доноров крови, органов, тканей и клеток.

Проблема болезни Шагаса в Европе была рассмотрена в ряде публикаций, в том числе в научных работах, опубликованных в таких журналах, как Eurosurveillance (Европейский журнал по вопросам эпидемиологии, профилактики и контроля инфекционных заболеваний). В одной из таких статей сообщалось, что к 2009 г. в 9 европейских странах было зарегистрировано 4290 диагностированных случаев болезни Шагаса среди латиноамериканских иммигрантов, что составило показатель распространенности, равный 1,3 на 1000 долгосрочных мигрантов из эндемичных стран (2). Среди незарегистрированных мигрантов этот показатель может быть еще выше. По оценкам, число врожденных случаев болезни Шагаса колеблется от 20 до 183 в странах, участвовавших в исследовании 2011 г. В отчете по этому исследованию его авторы призвали принять меры по решению данной проблемы на европейском уровне.

В 2010 г. ВОЗ выпустила заявление о болезни Шагаса в Европе, в котором были обобщены рекомендации, выработанные европейскими представителями государственных органов и техническими экспертами на неформальной совещании (3). Эти рекомендации включали следующие:

- создание комплексной системы надзора, чтобы обобщить имеющиеся данные о болезни Шагаса, которые предоставляют национальные органы здравоохранения европейских стран;
- преобразование предыдущих национальных технических рекомендаций в официальные решения в области общественного здравоохранения;
- реализация строгих руководящих принципов в отношении регулирования деятельности банков крови и систем трансплантации органов, чтобы исключить риск передачи болезни Шагаса;



- тестирование целевых групп населения, таких как женщины детородного возраста и пациенты с заболеваниями сердца, в отношении которых имеются подозрения, что они были инфицированы ранее в эндемичных странах;
- внедрение методов ранней диагностики и лечения пациентов с врожденной болезнью Шагаса;
- улучшение доступа к диагностике и медицинской помощи для всех лиц, приезжающих из регионов, в которых болезнь Шагаса носит эндемический характер;
- укрепление потенциала национальных систем здравоохранения в такой области, как диагностика, ведение и лечение болезни Шагаса; и
- гармонизация и валидация диагностических тестов на основе надлежащих принципов и при поддержке соответствующих учреждений здравоохранения.

На 10-м семинаре по болезни Шагаса, состоявшемся в Барселоне 6 марта 2014 г., было подчеркнуто, что болезнь Шагаса необходимо рассматривать как глобальную проблему общественного здравоохранения, которая в настоящее время затрагивает и страны Европейского региона ВОЗ (4). Ведущие специалисты из разных стран мира сделали обзор последних достижений в лечении болезни Шагаса и обсудили существующие стратегии здравоохранения по борьбе с этой инфекцией. Согласно оценкам, в рамках Европы число инфицированных людей варьируется от 68 000 до 122 000. Однако, несмотря на вышесказанное, до сих пор отсутствует какое-либо общеевропейское законодательство, направленное на противодействие этой проблеме. Д-р Joaquim Gascon, ведущий эксперт в данной области заявил, что "Помимо отсутствия европейского законодательства, мы сталкиваемся с рядом дополнительных проблем, которые также замедляют прогресс в борьбе с болезнью Шагаса". Он в частности, подчеркнул такую проблему, как отсутствие у практикующих врачей опыта в диагностике и лечении этой болезни.

В заключение, следует привести следующую, очень актуальную информацию из недавнего технического доклада ECDC (5):

Хотя систематический мониторинг болезни Шагаса в Европе и не проводится, имеющиеся данные позволяют предположить, что показатели ее распространенности в некоторых странах достаточно высоки, чтобы служить основанием для беспокойства. Предполагается, что наибольшее число случаев болезни Шагаса в рамках Европы имеет место в Испании, Италии, Нидерландах,

Соединенном Королевстве, Германии и Франции. Ключевые вопросы, которые необходимо решать в Европейском регионе ВОЗ, включают профилактику передачи инфекции через кровь, органы, ткани и клетки от латиноамериканских доноров и профилактику вертикальной передачи инфекции от латиноамериканских беременных женщин, инфицированных трипаносомами вида *Trypanosoma cruzi*. Тем не менее, на данный момент только Франция, Италия, Испания и Соединенное Королевство принимают меры по устранению или снижению рисков передачи болезни Шагаса. В Европейском регионе ВОЗ существует необходимость в повышении осведомленности о болезни Шагаса и эффективности методов ее выявления, а также в улучшении доступности медицинской помощи среди как зарегистрированных, так и незарегистрированных латиноамериканских мигрантов, чтобы обеспечить своевременную диагностику и лечение этой болезни.

Библиография

- 1) Jackson Y, Gaspoz J, Chappuis F. Chagas disease in Latin American migrants in Europe: overcoming the barriers to access to care. Geneva Health Forum Tropical Neglected Diseases Archive. Geneva: Geneva Health Forum; 2010 (<http://ghf.globalhealthforum.net/2012/11/12/chagas-disease-in-latin-american-migrants-in-europe-overcoming-the-barriers-to-access-to-care/#.U6GO3PmSz-s>, по состоянию на 18 июня 2014 г.).
- 2) Basile L, Jansà JM, Carlier Y, Salamanca DD, Angheben AA, Bartoloni A et al. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Eurosurveill.* 2011;16(37): 14–23.
- 3) Recommendations of an informal consultation meeting on Chagas disease control and prevention in Europe. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, 17–18 December 2009. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/neglected_diseases/integrated_media_chagas_statement/en/, по состоянию на 18 июня 2014 г.).
- 4) X workshop on Chagas disease: health policies and recent advances in Chagas disease [web site]. Barcelona: Barcelona Institute for Global Health ISGlobal; 2014.
- 5) Chagas disease. In: Technical report. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014:90–93 (<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>, по состоянию на 18 июня 2014 г.).



НОВОСТИ

Гранадская декларация, принятая ЕУРНА, призывает правительства всех европейских стран принять меры для охраны здоровья мигрантов и этнических меньшинств (на англ. яз.)

(http://www.euro.who.org/IMG/pdf/Granada_Declaration.pdf)
В апреле 2014 г. в Гранаде в Андалусской школе общественного здоровья состоялась 5-я Европейская конференция Европейской ассоциации общественного здравоохранения (ЕУРНА), посвященная вопросам здоровья мигрантов и этнических меньшинств. Конференция, в которой участвовало 350 человек, продолжалась четыре дня, а ее программа включала 12 семинаров, 5 пленарных заседаний, 96 устных и 120 стендовых докладов, которые охватывали различные аспекты здравоохранения, связанные с миграцией населения.

На конференции были, в частности, рассмотрены такие вопросы, как уровень жизни мигрантов в Европе и влияние нынешнего экономического и финансового кризиса на жизнь мигрантов и их доступ к медицинскому обслуживанию.

Гранадская декларация

По результатам Конференции была принята Гранадская декларация. Этот документ подтверждает важность межгосударственного сотрудничества для уменьшения

неравенства в Европе. Применительно к экономическому кризису в ней подчеркивается, что мигранты являются одной из групп, наиболее пострадавших от сокращения средств, выделяемых на медицинское и социальное обслуживание. Кроме того, в некоторых европейских странах кризис привел к сокращению прав мигрантов на доступ к общественным услугам.

Гранадская декларация также затрагивает такой вопрос, как детерминанты здоровья. Условия жизни и трудоустройства мигрантов и этнических меньшинств часто бывают неудовлетворительными. Позитивное воздействие на социальные детерминанты здоровья, такие как доступ к хорошим рабочим местам, имеет важное значение для повышения уровня здоровья и благополучия этих групп населения. В заключение Декларация призывает принять немедленные меры для предотвращения ксенофобии, дискриминации и насилия в отношении мигрантов и этнических меньшинств в европейских странах.

Всемирный день здоровья 2014 г.: профилактика трансмиссивных болезней

“Маленький укус – источник большой опасности”

(<http://who.int/mediacentre/news/releases/2014/small-bite-big-threat/ru/>)

István Szilárd, главный научный консультант и координатор совместного проекта ШАНС в рамках программы непрерывного образования ERASMUS, Медицинская школа Печского университета

Начиная с 1950 г. 7 апреля ежегодно отмечается Всемирный день здоровья в ознаменование годовщины основания ВОЗ. Для каждого Всемирного дня здоровья выбирается тема, отражающая какую-либо приоритетную область общественного здравоохранения. Основная цель этого дня – привлечь внимание всего мира к теме, имеющей большое значение для общественного здоровья, и к угрозам для здоровья населения всей планеты. В 2012 и 2013 годах такими темами были соответственно "Старение и здоровье" и "Высокое кровяное давление", которые прошли под лозунгами "Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам" и "Следите за своим кровяным давлением".

2 апреля 2014 г. штаб квартира ВОЗ в Женеве выпустила

заявление, посвященное очередному дню здоровья.

В частности, д-р Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ, отметила следующее: "Глобальная повестка дня в области здравоохранения, в которой отводится более важное место борьбе с переносчиками инфекции, могла бы способствовать спасению многих человеческих жизней и предотвращению значительных страданий. Такие простые, экономически эффективные меры, как использование обработанных инсектицидами надкроватных сеток и внутрисемейная обработка инсектицидами остаточного действия, уже спасли миллионы жизней. В 21-м веке никто не должен умирать от укуса комара, москита, мошки или клеща".



Выпуск 2 – июнь 2014 г.

Дискриминация – опасность для здоровья населения Европы

Åsa Nihlén, координатор по правам человека, ЕРБ ВОЗ

Почему вопросы соблюдения прав человека актуальны с позиции профилактики и контроля инфекционных заболеваний среди мигрантов в Европе

В сегодняшней Европе уровень охраны здоровья человека и его доступа к услугам здравоохранения по-прежнему в значительной степени зависит от того, в какой стране он находится и от его правового статуса. Это уменьшает права мигрантов на охрану здоровья; иногда в такой степени, что они вообще не имеют доступа к услугам здравоохранения в принимающей стране. Даже тогда, когда такой доступ предоставляется, ксенофобия и стереотипы могут привести к дискриминационной практике в рамках системы здравоохранения, что, в свою очередь, становится источником стигматизации и отрицательно влияет на поведение мигранта в плане обращения за медицинской помощью.

Меры общественного здравоохранения должны быть как можно более инклюзивными, чтобы обеспечить их максимальную эффективность. Дискриминация и социальная изоляция представляют опасность для общественного здоровья. Это особенно верно в случае инфекционных заболеваний, которые могут быстро распространяться как внутри стран, так и через государственные границы. Такие явления, как лишение мигрантов права на получение прививок или отсутствие всеобщего доступа к программам лечения и контроля некоторых из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ, означают ущемление права на здоровье не только мигрантов, но и населения в целом.

На одном полюсе обсуждений вопросов общественного здравоохранения находятся продолжающиеся дебаты относительно принудительного тестирования на ряд заболеваний и проведения соответствующего лечения. Иными словами, должны ли миграционные службы и соответствующие службы здравоохранения проводить обязательное обследование мигрантов на некоторые инфекционные заболевания? Сообщество работников общественного здравоохранения не имеет единого мнения по данному вопросу, а в ходе обсуждений приводятся различные аргументы, касающиеся как этических соображений, так и эффективности. Система принципов прав человека позволяет дать четкий ответ на этот вопрос. Любые виды обследования (скрининга) на инфекционные болезни всегда должны проводиться с соблюдением принципов осознанного (информированного) согласия, дотестового консультирования или адекватного информирования, послетестового консультирования, защиты конфиденциальности и направления в соответствующие медицинские учреждения.

Фактические данные, в основном относящиеся к эпидемии ВИЧ, также показывают, что тестирование должно быть добровольным и что осознанный выбор занимает центральное место в создании климата доверия между обследуемыми людьми и поставщиками медицинских услуг, что в свою очередь имеет решающее значение для эффективности любых последующих лечебно-профилактических мероприятий.

Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье предоставил Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в 2009 г. доклад на тему "Право на здоровье и осознанное согласие", заявив, в частности, что гарантирование осознанного согласия является одной из основных предпосылок самостоятельности и самоопределения личности и человеческого достоинства в рамках континуума соответствующих добровольных медицинских услуг, оказываемых населению. В докладе также указано, что при предоставлении услуг общественного здравоохранения всегда следует стремиться к эффективному и полному обеспечению принципа добровольного участия и минимизировать любые ущемления прав граждан на неприкосновенность частной жизни и самоопределение. Согласно Сиракузским принципам 1985 г. любые ограничения прав человека должны быть



Временный иммиграционный центр в Сицилии, Италия, 2014 г.
ВОЗ/Sara Barragán.



недискриминационными; законными, легитимными и необходимыми; а также быть наименее ограничивающими в пределах имеющихся альтернатив. Важно отметить, что ограничения должны вводиться с соблюдением принципов полного уважения достоинства и прав человека и его основных свобод.

Некоторые группы населения заслуживают особого внимания с точки зрения защиты принципа осознанного согласия, что может быть связано с их особой уязвимостью, обусловленной экономическими, социальными и культурными факторами. Одной из таких групп являются мигранты (независимо от их правового статуса).

Читателям, интересующимся вопросами прав человека применительно к здоровью мигрантов, рекомендуется ознакомиться с докладами Специального докладчика ООН по праву на здоровье, которые охватывают широкий круг смежных тем. Эти доклады не всегда посвящены исключительно вопросам охраны здоровья мигрантов, но освещаемые в них темы всегда соотносятся с такими вопросами и многие перспективы и аргументы из них могут обогатить нынешние обсуждения прав мигрантов на здоровье в Европе.

Доступ к этим докладам можно получить через сайт Управления Верховного комиссара по правам человека.

(<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>)

Спасение мигрантов в Средиземном море: новые правила Европейского союза (ЕС) по поисково-спасательным операциям

Matteo Dembech, консультант, проект "Миграция и связанные с ней аспекты общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ", ЕРБ ВОЗ

Стратегии Союза по вопросам пограничных проверок, предоставления убежища и иммиграции, а также действия по реализации этих стратегий должны основываться на принципах солидарности и справедливого распределения ответственности между государствами-членами.

Статья 80, Договор о функционировании Европейского союза

В октябре 2013 г. рабочая группа под названием "Целевая группа по странам Средиземноморья" была создана ЕС в целях выявления методов предотвращения крушения кораблей, перегруженных мигрантами, и следовательно предотвращения их утопления при попытке пересечь Средиземное море, чтобы достичь территории ЕС. Многочисленные трагедии в море, имевшие место в последние годы, требуют принятия ответных действий и одной из задач Целевой группы было усиление мер пограничного контроля и обеспечения защиты мигрантов в Средиземном море.

13 мая 2014 г. Совет Европейского союза принял новые правила для наблюдения за внешними морскими границами ЕС, в которые был введен ряд элементов, предназначенных для снижения опасных для жизни рисков, связанных с так называемой нелегальной миграцией по морю. Новые обязательные правила применяются ко всем операциям "Фронтекс" и включают более обширные положения о защите прав человека. Согласно этим правилам на борту спасательных судов должны находиться работники медицинских, юридических и посреднических служб. Правила также направлены на минимизацию

случаев "отправки судов назад" и наказания случайных спасателей.



Спасение мигрантов в Сицилии, Италия, 2013 г.
ВОЗ/Matteo Dembech

Процесс миграции часто связан с целым рядом рисков, включая вредные для здоровья условия и ситуации уязвимости. В новых правилах особое внимание уделяется



уязвимым группам и предусматривается, что участвующие в спасательных операциях группы и подразделения должны учитывать особые потребности детей, в том числе несовершеннолетних без сопровождения взрослых, жертв торговли людьми, лиц, нуждающихся в срочной медицинской помощи, инвалидов, лиц, нуждающихся в международной защите, и других лиц, находящихся в особо уязвимом положении.

Можем ли мы защитить здоровье мигрантов? Можем ли мы уменьшить неравенства в отношении здоровья? Можем ли мы улучшить стратегическое руководство в интересах здоровья на межстрановом уровне? Вышеуказанное

является группой примеров тех вопросов, которые страны и международные организации задают себе, когда они сталкиваются с проблемами, связанными с внезапной миграцией. Новые правила ЕС по проведению поисково-спасательных операций являются частью давно необходимого комплекса реформ, направленных на улучшение здоровья для всех, на снижение неравенств в отношении здоровья и в конечном счете на спасение мигрантов. Это является еще одним подтверждением того, что признание актуальности данной проблемы на макроуровне и вовлечение в ее решение всех государственных структур и всего общества должны стать основой разработки и реализации успешных реформ.

СОБЫТИЯ

Что: 11-я ежегодная конференция на тему "Иммиграция, социальная сплоченность и социальные инновации"

Кто проводит: Сеть "Международная миграция, интеграция и социальная сплоченность в Европе (IMISCOE)"

Когда: 27-29 августа 2014 г.

Где: Мадрид, Испания

Ссылка: <http://www.imiscoeconferences.org/>

Что: Детерминанты международной миграции

Кто проводит: Проект DEMIG – основное финансирование осуществляется Европейским исследовательским советом (ERC)

Когда: 23-25 сентября 2014 г.

Где: Вольфсон-колледж, Оксфордский университет, Соединенное Королевство

Ссылка: <http://www.imi.ox.ac.uk/projects/demig/2014-conference>

Проект DEMIG: <http://www.imi.ox.ac.uk/projects/demig>

Что: 17-я конференция Северных стран по вопросам миграции: миграционные потоки, места и границы - новые вызовы и новые тенденции, связанные с миграцией

Кто проводит: Сеть Северных стран по вопросам миграции

Когда: 13-15 августа 2014 г.

Где: Копенгагенский университет, Копенгаген, Дания

Ссылка: http://www.sfi.dk/17th_nordic_migration_conference-12235.aspx

Что: Международная конференция на тему "Кризис, мобильность и новые формы миграции"

Кто проводит: Институт социальных наук в XXI веке

Когда: 2-4 сентября 2014 г.

Где: Университетский колледж Корка, Корк, Ирландия

Ссылка: <http://migration2014.wordpress.com/>



БИБЛИОГРАФИЯ

Руководство ВОЗ по скринингу, оказанию медицинской помощи и лечению людей, инфицированных вирусом гепатита С (на англ. яз.)

Апрель 2014 г.

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1)

На глобальном уровне более 185 миллионов человек инфицированы вирусом гепатита С (ВГС). Согласно прогнозам, у одной трети людей с хронической инфекцией разовьется цирроз печени или гепатоцеллюлярная карцинома. Несмотря на высокую распространенность этого заболевания, большинство людей, инфицированных вирусом гепатита С, не знают о своей инфекции. Лечение гепатита С является успешным в большинстве случаев, но оно дорогое, требует регулярного лабораторного тестирования для мониторинга результатов лечения, и связано с большим числом побочных эффектов, вызванных существующими лекарствами. Таким образом, в большинстве стран с низким

и средним уровнем доходов лишь очень небольшое количество людей получают лечение по поводу данной инфекции. Несколько новых лекарственных соединений находятся на различных стадиях разработки и, как ожидается, они позволят вылечить более 90% людей, инфицированных вирусом гепатита С.

Этот документ является первым руководством ВОЗ по лечению гепатита С и он дополняет существующие рекомендации по профилактике передачи вирусов, передающихся через кровь. Данное руководство предназначено для лиц, определяющих политику, и государственных служащих, которые разрабатывают программы по скринингу, оказанию медицинской помощи и лечению людей, инфицированных ВГС, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

Основные принципы, изложенные в этом документе, также послужат основой и руководством для работников здравоохранения, занимающихся лечением пациентов, инфицированных вирусом гепатита С, а также для создания или расширения соответствующих медицинских служб.

От борьбы к элиминации малярии: руководство по планированию сценариев элиминации малярии (на англ. яз.)

Апрель 2014 г.

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112485/1/9789241507028_eng.pdf)

С середины 2000-х годов в борьбе против малярии во всем мире был достигнут значительный прогресс за счет реализации широкомасштабных и эффективных мероприятий. В период с 2000 г. на глобальном уровне было отмечено снижение смертности от малярии на 42%. Тем не менее, существующие рекомендации ВОЗ по элиминации малярии включают лишь ограниченный анализ технических и практических возможностей для достижения этой цели.

Руководство по планированию сценариев элиминации малярии (ESP) сосредоточено на тех условиях, которые необходимы для достижения очень низких уровней передачи малярии. Оно было разработано таким образом, чтобы излагаемые в нем положения сочетались с общим циклом планирования программ и дополняли другие механизмы и инструменты управления программами и планирования. Эндемичные по малярии страны могут воспользоваться Руководством как общим механизмом для

оценки различных сценариев деятельности по элиминации малярии – с учетом характера и охвата их программ и наличия источников финансирования. Оно также помогает странам установить реальные сроки достижения целей и содержит информацию и знания, необходимые для стратегического планирования на долгосрочную перспективу.

Руководство ESP было подготовлено в сотрудничестве с партнерами из таких структур, как Инициатива Фонда Клинтон по обеспечению доступа к услугам здравоохранения, Империял Колледж (Соединенное Королевство), Университет Джона Хопкинса, Университет Саутгемптона и Группа по глобальному здравоохранению при Университете Калифорнии. В Руководстве рассматриваются технические, операционные и финансовые факторы, влияющие на борьбу с малярией, и оно может быть полезным для программ, находящихся на любом этапе пути к элиминации малярии.

Руководство может быть использовано в сочетании с компьютерной программой, моделирующей передачу малярии, что позволяет пользователям исследовать эффект различных пакетов вмешательств на бремя малярии в своей стране и, таким образом, лучше понять, какие уровни вмешательства могут быть необходимы, чтобы добиться элиминации малярии.



Выпуск 2 – июнь 2014 г.

Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) опубликовал свой технический отчет: "Оценка бремени ключевых инфекционных заболеваний среди мигрантов в ЕС/ЕЭЗ"

Май 2014 г.

В этом обширном отчете представлены основные результаты и выводы проекта ECDC по вышеуказанной теме. Он содержит большое количество полезной информации, а также может послужить важным источником данных о бремени инфекционных заболеваний среди мигрантов в странах Евросоюза/Европейской экономической зоны (ЕС/ЕЭЗ).

В проекте были использованы следующие источники данных: Европейская система эпиднадзора, обзор литературы и опрос национальных координаторов по заболеваниям в странах ЕС/ЕЭЗ. Данная оценка охватывает такие патологические состояния, как ВИЧ-инфекция, туберкулез (ТБ), гепатит В и С, гонорея, сифилис, корь, краснуха, малярия и болезнь Шагаса.

Наиболее важный вывод отчета заключается в том, что на популяционном уровне большинство мигрантов являются здоровыми. Однако по сравнению с другими группами населения они в большей степени страдают от ряда патологий, таких как ВИЧ-инфекция и туберкулез.

В отчете подчеркивается необходимость улучшения сбора данных и проведения дополнительных исследований, чтобы улучшить понимание эпидемиологии инфекционных болезней среди мигрантов в Европе.

Полный текст отчета размещен на сайте ECDC.

(<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>)

Резюме отчета также размещено на сайте ECDC.

(<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations-summary.pdf>)

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Nuttal 2005

International Health Regulations (2005): taking stock. Bull World Health Organ. 2014;92:310

(<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/5/14-138990.pdf?ua=1>)

Reid et al. 2014

The immunization programme that saved millions of lives. Bull World Health Organ. 2014; 92:314–315

(<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/5/14-020514.pdf?ua=1>)

Fleck 2014

Collaboration is key for new global tuberculosis strategy. Bull World Health Organ. 2014; 92:316–317

(<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/5/14-030514.pdf?ua=1>)

Alvarez-del Arco and the Study Working Group, 2014

HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. Eur J Public Health (2014) 24 (1): 139-144.

(<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/24/1/139.full.pdf+html>)



РАЗДЕЛ “МНЕНИЯ И КОММЕНТАРИИ”

Приведенные ниже статьи отражают мнения авторов. Они не обязательно отражают точку зрения ВОЗ, Печского университета или редакционного совета Информационного бюллетеня.

Чемпионат мира по футболу в Бразилии и лихорадка денге: предупреждение о риске

По оценкам, около миллиона болельщиков приедут в те 12 городов, где будут проводиться матчи во время чемпионата мира в Бразилии. Ученые опубликовали в журнале *The Lancet* научный анализ, чтобы обратить внимание властей на возможные вспышки переносимой комарами лихорадки денге в течение этого грандиозного события с большим наплывом посетителей.

Эта угроза вполне реальна, учитывая тот факт, что в период с 2000 по 2013 гг. в Бразилии было зарегистрировано свыше 7 миллионов случаев заболевания лихорадкой денге – более, чем где-либо в мире. Эта вирусная инфекция может вызвать опасное для жизни заболевание и, к сожалению, пока что не

существует каких-либо лицензированных вакцин для ее предотвращения.

Оповещения о высоком риске для здоровья населения были опубликованы на основании результатов системы вероятностного прогнозирования, разработанной для северо-восточных городов. Эта система позволяет прогнозировать вспышки заболеваний и своевременно предупредить об этом соответствующие органы власти, чтобы они могли принять необходимые контрмеры миграционного и иного характера.

(<http://www.bbc.com/news/health-27441789>)

([http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(14\)70781-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(14)70781-9/fulltext))

Ближневосточный респираторный синдром (БВРС): выявление БВРС-Ков у одного из авиапассажиров

Агентство общественного здравоохранения Англии сообщило о случае инфицирования БВРС-Ков, выявленном 24 апреля. Пострадавшим был один из пассажиров самолета, совершающего рейс по маршруту "Эр-Рияд – Хитроу – Чикаго" (рейс BA 262).

Агентство общественного здравоохранения Англии заявляет, что вероятность того, что другие пассажиры этого рейса были заражены БВРС-Ков, является "исключительно низкой".

После этого эпизода были приняты все меры для установления контакта с сотнями летевших в том же самолете пассажиров и их обследования.

(<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2619360/Heathrow-passengers-tracked-health-chiefs-American-passenger-flight-diagnosed-killer-Middle-Eastern-virus-derived-camels.html>)

БВРС-Ков: что это такое?

Согласно определению ВОЗ, ближневосточный респираторный синдром (БВРС) – это вирусное респираторное заболевание, вызванное новым коронавирусом (БВРС-Ков), который был впервые выявлен в Саудовской Аравии в 2012 г. Коронавирусы – это большое семейство вирусов, способных инфицировать человека и вызывать различные заболевания: от обычной простуды до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС).

Клинически БВРС проявляется лихорадкой, кашлем, затрудненным дыханием, воспалением легких и почечной недостаточностью. БВРС-Ков чаще всего поражает летучих мышей и верблюдов.

Согласно последним данным ВОЗ (на момент подготовки данного выпуска бюллетеня), в период с 2012 г. было зарегистрировано 345 случаев инфицирования людей БВРС-Ков, включая 107 случаев с летальным исходом.

Согласно Агентству общественного здравоохранения Англии длительность инкубационного периода БВРС может достигать 14 дней.

Рекомендации ВОЗ

Адекватные меры профилактики и контроля инфекций имеют решающее значение для предотвращения возможного распространения БВРС-Ков в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь пациентам с подозреваемой или подтвержденной инфекцией БВРС-Ков, должны принимать все надлежащие меры для снижения риска передачи вируса от инфицированного пациента другим пациентам, медицинским работникам и посетителям. Медработники должны пройти необходимое обучение и подготовку по профилактике и контролю инфекций, включая курсы повышения квалификации.

(http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/)

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_home_care.pdf?ua=1)



Выпуск 2 – июнь 2014 г.

ВОЗ призывает все государства-члены проводить эпиднадзор за случаями тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), обращая пристальное внимание на любые необычные клинико-эпидемиологические характеристики ТОРИ или пневмонии. ВОЗ призывает государства-члены уведомлять ВОЗ о любых предполагаемых и/или подтвержденных случаях инфицирования БВРС-Ков. ВОЗ также рекомендует странам принять меры для повышения общего уровня осведомленности о БВРС, включая соответствующее информирование путешественников – особенно лиц, совершающих поездки в страны Ближнего Востока. Информация о выявлении и расследовании случаев БВРС (на англ. яз.):

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_CoV_investigation_guideline_Jul13.pdf)

Процедуры лабораторного тестирования на коронавирус БВРС (на англ. яз.):

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MERS_Lab_recos_16_Sept_2013.pdf?ua=1)

Принципы клинического ведения больных с инфекцией, вызванной коронавирусом БВРС (на англ. яз.):

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/faq/en/)

Эпидемиологический анализ ситуации с лекарственно-устойчивым туберкулезом среди детей, живущих в Мадриде: охрана здоровья семьи (на англ. яз.)

В апреле 2014 г. Vegoña Santiago с соавторами опубликовали результаты проведенного ими исследования в журнале *The Pediatric Infectious Disease Journal*. Это ретроспективное исследование было посвящено анализу

историй болезни детей с диагнозом туберкулеза в 22 больницах в период с 2005 по 2010 гг. Результаты исследования показали, что среди детей, рожденных от родителей-иностранцев, показатели ТБ, устойчивого к изониазиду, и МЛУ-ТБ являются более высокими.

(http://journals.lww.com/pidj/Citation/2014/04000/Pediatric_Drug_resistant_Tuberculosis_in_Madrid_3.aspx)

Обеспечение мигрантов квалифицированной медицинской помощью – это ключ к успеху в глобальной борьбе против ТБ: Международная организация по миграции (МОМ)

Во Всемирный день борьбы с ТБ (21 марта) в 2014 г. МОМ опубликовала документ с оценкой риска заболевания туберкулезом, которому подвергаются мигранты. Мигранты часто страдают от последствий, связанных с их маргинальным социальным статусом. Кроме того, еще одним важным фактором, влияющим на здоровье мигрантов (особенно незарегистрированных), является отсутствие доступа к медицинской помощи. Они также боятся стигматизации, поскольку во многих странах мигранты

подвергаются риску депортации, если выявляется, что они больны туберкулезом. "В условиях все более мобильного мира крайне важно, чтобы инициативы по борьбе с распространением туберкулеза были прежде всего ориентированы на мигрантов и чтобы страны с низким и высоким уровнем заболеваемости ТБ работали вместе для достижения такой цель, как *Мир, свободный от туберкулеза*", отмечает генеральный директор МОМ William Lacy Swing.

(<http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/news-and-views/news-releases/news-listing/reaching-migrants-is-key-to-succ.html>)

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Международная ассоциация медицинской помощи путешественникам (ИАМАТ)

Медицинские рекомендации для посетителей Чемпионата мира в Бразилии 2014 года (на англ. яз.)

(<http://www.iamat.org/blog/index.cfm/2014/3/31/Travel-Health-Advice-for-Brazils-2014-World-Cup>)

ИАМАТ недавно опубликовала обзор опасностей для здоровья, связанных с посещением Чемпионата мира по

футболу в Бразилии 2014 года. В нем содержится информация о прививках и трансмиссивных болезнях (т.е. болезнях человека, возбудители которых передаются кровососущими членистоногими), наряду с советами о том, как предотвратить проблемы или неудобства во время поездки, которые не имеют непосредственного отношения к здоровью. Этот обзор также содержит рекомендации о том, что нужно делать, чтобы получить доступ к медицинской помощи.



Выпуск 2 – июнь 2014 г.

**Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC).
Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) на
Аравийском полуострове**

(<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/coronavirus-saudi-arabia-qatar>)

В разделе сайта CDC "Здоровье путешественников" представлен обновленный обзор эпидемической ситуации, связанной с

**Сайт ВОЗ "Глобальное предупреждение и ответные
действия" (GAR)
Инфекции, вызываемые коронавирусами (на англ. яз.)**

(http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/ru/)

Сайт ВОЗ "Глобальное предупреждение и ответные действия" содержит глобальный обзор ситуации,

ближневосточным респираторным синдромом (БВРС), который представляет новую опасность для здоровья людей, путешествующих в страны Ближнего Востока. Статья содержит реальную оценку риска, а также консультации и гигиенические протоколы для профилактики инфицирования – наряду с рекомендациями о том, как получить доступ к медицинской помощи при появлении ранних симптомов заболевания.

относящейся к распространению инфекций, вызываемых коронавирусами. На этом сайте путешественники и медицинские работники могут легко получить необходимую им информацию. Здесь следует особенно подчеркнуть важность того, чтобы работники здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь мигрантам с симптомами БВРС, всегда выясняли не прибыл ли пациент из региона, эндемичного по данной болезни.

С В Я Ж И Т Е С Ь С Н А М И

**Общественное здравоохранение и миграция, Отдел политики
и стратегического руководства в интересах здоровья и
благополучия**

Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие

Европейское региональное бюро ВОЗ

Castello (Кастелло) 3252/3253

I-30122 Venice, Italy (Венеция, Италия)

Эл. почта: WHOvenicePHM@ihd.euro.who.int

**Медицинская школа Печского университета (University of Pécs
Medical School)**

Кафедра по вопросам миграции и здоровья (Chair of Migration Health)

Szigeti St. 12

H-7624 Pécs, Hungary (Печ, Венгрия)

Эл. почта: mighealth-unipecs@aok.pte.hu

О Бюллетене: Настоящий информационный бюллетень издается в рамках проекта "Миграция и связанные с ней аспекты общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ" (проект PHAME), который реализуется на базе Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия, в сотрудничестве с Печским университетом. Проект PHAME финансируется Министерством здравоохранения Италии. Данный информационный бюллетень публикуется ежеквартально и архивируется на сайте ЕРБ ВОЗ в разделе, посвященном вопросам миграции и здоровья.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.