

2

МИГРАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩИХ ФАКТОВ

На первый взгляд можно предположить, что здоровье мигрантов хуже по сравнению со здоровьем населения принимающей страны, так как большая часть мигрантов переезжает из более бедных, экономически менее развитых стран. Не удивительно, что во многих европейских государствах, в том числе и в России, наблюдается неблагоприятная ситуация по заболеваемости туберкулезом; ВИЧ/СПИД; инфекциями, передающимися половым путем. Рост числа этих заболеваний частично обусловлен притоком людей из более бедных стран.

Инфекционные заболевания

Туберкулез

По данным Европейского центра по предотвращению и контролю заболеваемости (ECDC) в 2011 г. случаи заболевания туберкулезом среди лиц, родившихся за пределами страны, в которой они теперь проживают, или имеющих другое гражданство, составили около 10% среди всех случаев туберкулеза в Европейском регионе, 26% – среди стран-членов Евросоюза (Табл.2.1) (*WHO Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe 2011, 2013*). В некоторых странах, таких как Бельгия, Дания, Исландия, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия,

Швеция, Великобритания, Израиль, Швейцария более 50% зарегистрированных случаев туберкулеза наблюдается среди населения, рожденного за пределами страны.

В Норвегии заболеваемость туберкулезом составляет в расчете на 100 тыс. жителей 1,4 случая среди тех, кто был рожден в стране, и 61,9 случаев – среди мигрантов (*Chandola u Jenkinson, 2000*). В Германии у мигрантов в 5 раз чаще диагностируют туберкулез по сравнению с коренными жителями (*Huisman u Deeg, 2010*).

Таблица 2.1.

Случаи заболеваемости туберкулезом в зависимости от гражданства в Европейском регионе, 2011 г., %

Страна	Граждане страны	Иностранцы	Гражданство не определено
Австрия	51,5	47,5	1
Бельгия	47,9	52,1	0
Болгария	99,6	0,4	0
Кипр	16,7	83,3	0
Чехия	81,3	18,7	0
Дания	38,3	61,7	0
Эстония	85,9	14,1	0
Финляндия	65,2	24,3	10,5
Франция	42,7	49,7	7,6
Германия	48,8	46,8	4,4
Греция	55,6	44,4	0
Венгрия	98,1	1,9	0
Исландия	22,2	77,8	0
Ирландия	44,5	42,1	13,4
Италия	44,7	47,7	7,6
Латвия	92,3	6,7	1
Литва	97,7	2,3	0
Люксембург	19,2	80,8	0
Мальта	15,2	84,8	0
Нидерланды	29,0	70,5	0,5
Норвегия	12,2	87,8	0

Польша	99,6	0,4	0
Португалия	84,6	15,3	0,1
Румыния	99,7	0,3	0
Словакия	99,2	0,8	0
Словения	70,3	29,7	0
Испания	67,0	31,6	1,4
Швеция	10,6	89,4	0
Великобритания	24,8	70,1	5,1
ЕС	72,2	25,8	2
Албания	100	0	0
Андорра	100	0	0
Армения	99,4	0	0,6
Азербайджан	-	-	-
Беларусь	100	0	0
Босния и Герцеговина	100	0	0
Хорватия	48,3	11,0	40,7
Грузия	100	0	0
Израиль	10,5	89,5	0
Казахстан	100	0	0
Кыргызстан	100	0	0
Македония	95,9	4,1	0
Молдова	100	0	0
Черногория	100	0	0
Россия	97,3	2,7	0
Сербия	99,7	0,3	0
Швейцария	22,0	74,0	4
Таджикистан	100	0	0
Турция	98,7	1,3	0
Туркменистан	-	-	-
Украина	-	-	-
Узбекистан	99,7	0,2	0,1
Не члены ЕС	97,7	2,1	0,2
Весь европейский регион	90,6	8,7	0,7

Источник: World Health Organization. Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe. 2011. European Centre for Disease Prevention and Control, 2013.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом в России, число иностранных граждан невелико. В 2011 г. оно составило 2,7%. Скорее всего, такой низкий процент выявленных больных среди мигрантов объясняется недостаточными мерами по их выявлению, учитывая, что в Россию едут мигранты из стран, в которых уровень заболеваемости этим недугом значительно выше, чем в России (*Бюро МОТ в Москве, 2010*) (Табл.2.2).

Таблица 2.2.

**Туберкулез в России и странах ближнего зарубежья,
2007 г.**

	Регистрируемая заболеваемость, на 100 тыс.	Заболеваемость по оценке ВОЗ, на 100 тыс.	Смертность, оценка ВОЗ, на 100 тыс.
Таджикистан	93	231	46
Кыргызстан	115	121	18
Узбекистан	72	113	16
Россия	89	110	18
Европейский регион ВОЗ	39	49	7

Источник: Бюро Международной Организации по Миграции в Москве. Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов. Москва. 2010

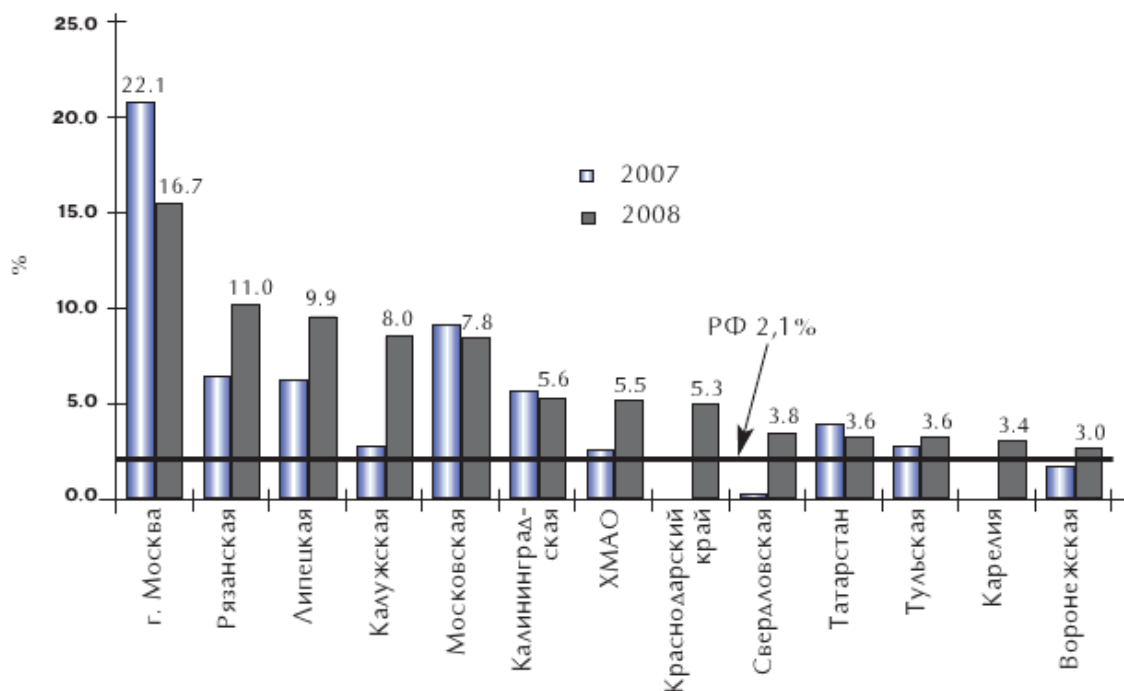


Рис. 2.1. Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных туберкулезом, Субъекты Российской Федерации, 2007-2008 гг.

Источник: Бюро Международной Организации по Миграции в Москве. Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов. Москва. 2010

Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных туберкулезом различается в зависимости от субъекта России (рис.2.1). Наибольшее количество заболевших туберкулезом иностранных граждан наблюдается в Москве. При этом в столице в 2008 г. среди впервые выявленных больных туберкулезом иностранцы составляли 16,7%, а мигранты из других регионов России – 8,9% (рис.2.2).

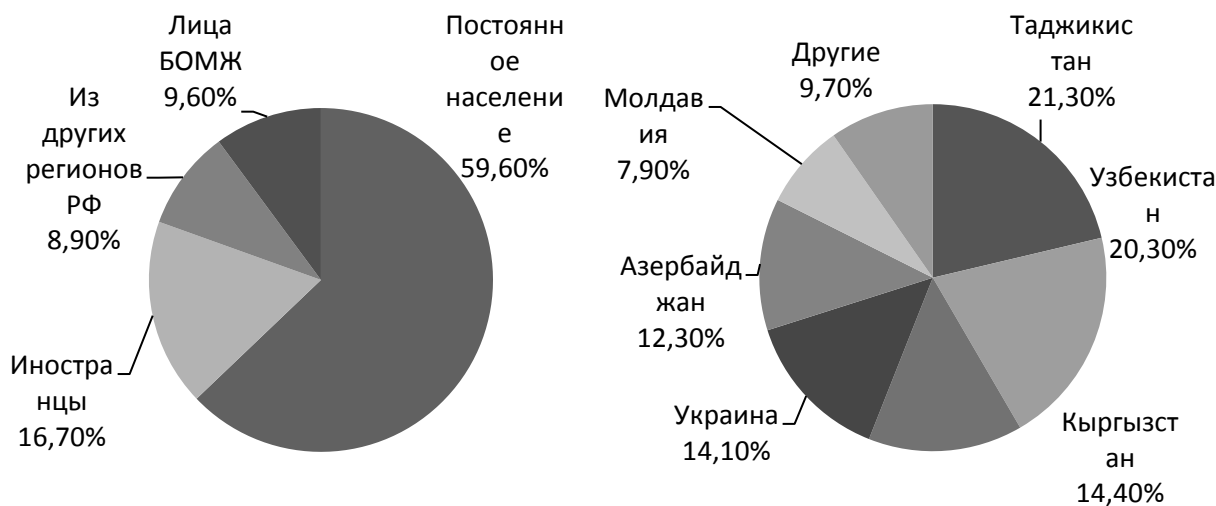


Рис.2.2. Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных туберкулезом, Москва, 2008 г.

Источник: Бюро Международной Организации по Миграции в Москве. Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов. Москва. 2010

Больше всего случаев заболевания туберкулезом среди мигрантов выявлено в Центральном федеральном округе (Табл. 2.3). Наименьшее количество заболевших было зарегистрировано в Дальневосточном и Южном федеральных округах.

ВИЧ-инфекция и заболевания, передающиеся половым путем

Подобная ситуация наблюдается и в случае заболеваемости ВИЧ. Из всех вновь зарегистрированных случаев ВИЧ в 2011 г. в Европейском регионе 38% было выявлено среди коренных жителей стран, 18% – среди иностранцев, 44% – среди лиц с неустановленным гражданством (Табл.2.4). Среди больных ВИЧ мигрантов большая часть прибыла из африканских стран (*European Centre for Disease Prevention and Control, 2013*).

Таблица 2.3.**Выявление туберкулеза у мигрантов при
медицинском освидетельствовании**

Округа	Выявлено	Госпитализировано		Депортировано	
		№	%	№	%
Центральный	1280	393	30,7	71	5,5
Северо- Западный	461	67	14,5	60	13,0
Южный	191	23	12,0	2	1,0
Приволжский	515	114	22,1	173	33,6
Уральский	449	55	12,2	18	4,0
Сибирский	306	42	13,7	28	9,2
Дальневосточный	158	5	3,2	42	26,6

Источник: Бюро Международной Организации по Миграции в Москве. Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов. Москва. 2010

В Бельгии 70% вновь зарегистрированных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией были зафиксированы среди населения, родившегося за пределами этой страны. Аналогичная картина наблюдается в Великобритании (65%), Люксембурге (77,3%), Ирландии (62%), Франции (65%), Швейцарии (66%), Эстонии (62%), Латвии (70%), Израиле (66%), на Мальте (67%).

Рост числа больных ВИЧ сопровождается увеличением заболеваний, передающихся половым путем. Например, в Швеции, где в последнее время наблюдалось всеобщее снижение заболеваемости этой патологией, количество случаев заболеваний среди мигрантов, напротив, имело тенденцию к увеличению (*Janson и соавт., 1997*). В Греции 7-летнее исследование госпитализированных больных в Афинах показало, что уровень герпеса гениталий среди женщин-мигранток в 5 раз выше по сравнению с коренным населением (*Kyriakis и соавт.,*

2003).

Таблица 2.4.

Случаи впервые выявленной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе, 2011 г., %

	Страна происхождения							
	Страна пребывания	Западная Европа	Центральная и Восточная Европа	Африка	Латинская Америка	Южная и Юго-Восточная Азия	Другие	Неизвестно
Члены ЕС	52,1	3,6	4,2	15,6	5,5	1,9	1,6	15,5
Не члены ЕС	22,2	0,4	0,7	1,0	0,1	0,1	0,2	75,3
Все страны европейского региона	37,8	2,0	2,5	8,6	2,9	1,1	0,9	44,2

Источник: World Health Organization. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. 2011.* European Centre for Disease Prevention and Control. 2013.

В Российской Федерации по оценочным исследованиям распространённость заболеваний ВИЧ среди мигрантов невелика. Это не удивительно, так как по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией Россия превосходит все страны СНГ, кроме Украины. Так, в последней ВИЧ зарегистрирован у 1,4% взрослого населения, в то время как в России и Молдавии – по 1,1%. В Беларуси этот показатель составляет 0,3%, в Узбекистане и Грузии – по 0,2%, в Армении, Азербайджане, Туркменистане, Кыргызстане, Казахстане и Таджикистане – по 0,1%.

Неинфекционные заболевания

Сердечно-сосудистые заболевания

Из всех неинфекционных заболеваний, с которыми в настоящее время сталкиваются страны Европейского региона, наиболее значимыми с точки зрения общественного здоровья и социально-экономических последствий можно выделить сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Они являются ведущей причиной заболеваемости и смертности. На их долю приходится около 50% всех зарегистрированных случаев смерти в регионе и около трети случаев инвалидности в целом по Европе. В Восточной Европе они являются причиной 60% всех смертей, а в странах Западной Европы – 35%.

Исследования свидетельствуют о том, что риск развития ССЗ выше среди европейского населения, рожденного за пределами тех стран, в которых они проживают (а в некоторых случаях и для их потомков). Например, среди турецких мигрантов наблюдается один из самых высоких показателей ишемической болезни сердца (ИБС) (*Uitewaal и соавт., 2004*), несмотря на то, что население Средиземноморья, представителями которого являются турецкие мигранты, имеют, как правило, низкий уровень этого заболевания. В Нидерландах, турецкие мужчины-мигранты имеют более высокий риск инсульта со смертельным исходом по сравнению с голландскими мужчинами (*Aguetang и соавт., 2006*). Аналогичная ситуация замечена в Швеции, где мужчины-мигранты, независимо от происхождения, имеют более высокий риск ИБС, чем коренные шведы (*Järhult и соавт., 1992; Gadd и соавт., 2006*).

В Великобритании выходцы из стран Карибского бассейна в два раза чаще, чем «белое» коренное население, страдают от инсульта (*Stewart, 1999*). Мигранты южно-

азиатского происхождения, особенно прибывшие из Индии, в том числе молодые мужчины 20-29 лет, также чаще подвержены ИБС по сравнению с «белым» коренным населением (например, *Britton и соавт., 2004*). В целом смертность от ИБС среди мигрантов из Южной Азии (Индия, Пакистан, Бангладеш, Шри-Ланки) на 36% (мужчины) и 46% (женщины) выше, чем среди их британских сверстников европейского и другого происхождения. Они также чаще госпитализируются по причине сердечной недостаточности и имеют меньше шансов на выживание (*Wilkinson и соавт., 1996; Blackledge и соавт., 2003*).

Диабет

Диабет быстро приобретает масштабы пандемии во всем мире и представляет серьезную проблему общественного здравоохранения. Это заболевание является важным фактором риска развития ишемической болезни сердца и инсульта, может приводить к инвалидности и даже смерти.

Во многих европейских странах имеющиеся данные позволяют предположить, что мигранты по сравнению с коренным населением могут быть подвержены большему риску диабета 2-го типа и развития серьезных последствий этого заболевания. В Нидерландах, например, распространенность сахарного диабета 2-го типа среди турецких мигрантов в два раза выше, чем среди населения в целом (*Uitwaal и соавт., 2005*) В Норвегии (Осло) уровень заболеваемости диабетом 2-го типа выше по сравнению с коренным населением почти в девять раз среди женщин-мигранток и в три раза среди мужчин-мигрантов из Южной Азии. В Великобритании некоторые этнические меньшинства, особенно выходцы южно-азиатских стран, в 2-4 раза чаще подвержены

диабету, чем коренное «белое население» (*Riste и соавт., 2001; Oldryd и соавт., 2005*).

Стоит отметить, что подобные результаты были получены и в других регионах мира, например, в Австралии, где греческие и итальянские мигранты, как правило, в два раза чаще страдают сахарным диабетом 2-го типа даже после учета таких факторов риска, как ожирение, курение, семейный анамнез (*Hodge и соавт., 2004*). Возможным объяснением подобного явления является замена средиземноморской диеты, богатой овощами и злаками, на австралийскую диету, которая характеризуется высоким содержанием мяса и жира (*Kouris-Blazos и соавт., 1996*). Другим фактором риска возникновения диабета 2-го типа может быть ожирение. Было доказано, что избыточный вес, измеряемый индексом массы тела, тесно связан с возникновением диабета среди мигрантов в Нидерландах (*Dijkstra и соавт., 2001*).

Онкологические заболевания

Распространенность большинства видов онкологических заболеваний растет повсюду. В настоящее время рак молочной железы является наиболее распространенной патологией среди женщин во всем мире и второй по значимости причиной смерти среди женщин в Европе. Исследователи предполагают, что распространение онкологических заболеваний может быть отчасти связано с перемещением населения (*Geddes и соавт., 1993; Nilsson и соавт., 1993; Wanner и соавт., 1995*). Смертность от рака молочной железы среди итальянских женщин-иммигранток в Австралии и Канаде, а также азиатских женщин в США, как правило, ниже, чем среди коренных жительниц. Аналогично в Великобритании уровень заболеваемости раком молочной

железы, матки и яичников также, как правило, ниже среди женщин итальянского происхождения по сравнению с коренными британками.

Исследования свидетельствуют о том, что с течением времени, тренды заболеваемости раком молочной железы среди мигрантов становятся аналогичны тем, которые наблюдаются среди коренных жительниц тех стран, которые приютили мигранток, особенно в случае, если переезд на новую родину произошел в раннем возрасте. Очевидно, это объясняется изменениями в репродуктивном поведении: женщины-мигрантки в постиндустриальных странах начинают следовать доминирующим в обществе нормам поведения и откладывают или вообще воздержатся от деторождения, что способствует увеличению риска развития рака молочной железы (*Geddes и соавт., 1993*). Этот процесс наблюдался в Великобритании, где выходцы из Южной Азии первоначально имели более низкие показатели, как рака молочной железы, так и рака легких (*Smith и соавт., 2003*). Однако этот «этнический разрыв» исчезает со временем. Таким образом, в то время как заболеваемость раком для населения в целом неуклонно снижается в последние годы, появляется все больше доказательств того, что среди мигранток азиатского происхождения она увеличивается (*Smith и соавт., 2003*).

Заболеваемость другими видами рака, по всей видимости, также связана с этническим происхождением. В Великобритании смертность от рака легких значительно ниже среди уроженцев Италии. Рак печени непропорционально широко представлен среди первого поколения мигрантов в Англии и Уэльсе (*Haworth и соавт., 1999*). Для мужчин-мигрантов из Индии, Бангладеш и Восточной Африки наблюдается более высокий риск смерти от цирроза печени. Этиология

заболевания носит комплексный характер, включает в себя такие факторы, как вирусная инфекция, хронические гепатиты В и С, образ жизни, экологические условия, чрезмерное потребление алкоголя.

Репродуктивное здоровье

Во многих странах Европы репродуктивное здоровье среди мигрантов стало главной проблемой общественного здравоохранения. Результаты ряда исследований показывают, что связанные с беременностью заболеваемость и осложнения, число досрочных и маловесных рождений, как правило, выше среди женщин-мигранток (*Harding и соавт., 2004*).

В Бельгии в начале 80-х гг. самая высокая перинатальная и младенческая смертность наблюдалась среди младенцев, рожденных от женщин, прибывающих из Марокко и Турции. Десять лет спустя несмотря на то, что произошло небольшое улучшение среди турецкого населения, перинатальная и младенческая смертность среди младенцев, рожденных мигрантками, в 3,5 раза превышает показатели среди коренного населения. Более высокие уровни перинатальной и неонатальной смертности также были зарегистрированы среди мигрантов в Германии, и снова, среди этнических турков. И хотя за последнее десятилетие младенческая смертность среди мигрантов снизилась, ее уровень остается значительно выше, чем для немецкого населения в целом (*Huismann и соавт., 1997*).

В Швеции у женщин финского происхождения чаще случаются выкидыши, по сравнению с коренными шведками и финками, проживающими на родине (*Gissler и соавт., 2003*). В Испании маловесные рождения и осложнения беременности более распространены среди мигрантов, особенно среди женщин, приехавших из

Африканских стран, Центральной и Южной Америки.

Планирование семьи является общей проблемой среди мигрантов во многих европейских странах (*Carballo u соавт., 2004*). Следствием этого является большое число женщин-мигранток, которые вынуждены прибегать к аборту. В Норвегии уровень абортс значительно выше среди незападных женщин (*Eskild u соавт., 2002*). В Швеции среди мигрантов первого поколения наблюдается непропорционально большая доля подростков, обратившихся за абортом (*Helström u соавт., 2006*).

В Испании уровень абортс среди женщин-мигранток (30 на 1000) в пять раз выше, чем среди испанок (6 на 1000), таким образом, составляя 40-50% всех абортс в стране (*Save the Children, 2006*).

Питание

Исследования свидетельствуют о существенных проблемах, связанных с дефицитом питательных веществ среди мигрантов. Дефицит витамина D вместе с белково-энергетическим недоеданием был зарегистрирован среди детей-мигрантов в Нидерландах (*Meulmeister, 1990*). В Норвегии 83% детей, получавших дополнительное питание в качестве профилактики рахита в 1998 г. и 1999 г., были из семей мигрантов (*Brunvand u Brunvatne, 2001*).

Долгосрочные последствия белково-энергетической недостаточности и дефицита микроэлементов, приобретенных в лагерях беженцев, заслуживает внимания с учетом большого числа беженцев и лиц, ищущих убежища в европейских странах. В Швеции, недостаточное питание, замедление роста и анемии являются частыми проблемами детей-беженцев (*Janson u соавт., 1997*). Алогично в Испании нелегальные мигранты-подростки из Алжира и Марокко страдают

дефицитом питательных веществ, включая низкие запасы железа (*Gonzalvo, 2004*).

С другой стороны, наблюдается высокая распространенность ожирения и связанных с ним проблем со здоровьем среди азиатских мигрантов в Великобритании. Дети 4-18 лет азиатского происхождения почти в четыре раза чаще страдают ожирением, чем «белые» дети (*Jebb и соавт., 2004*). Аналогичный результат был получен в Германии (*Huismann и соавт., 1997*). Дети-мигранты и женщины в Нидерландах имеют более высокий риск избыточного веса, чем их голландские сверстники (*Brussaard и соавт., 2001*). В Швеции установлено, что ожирения на 40% чаще встречается среди европейцев иностранного происхождения, чем среди шведов, особенно в случае женщин из бывшей Югославии, южной Европы, Венгрии и Финляндии (*Lahmann и соавт., 2000*).

Привычки в питании являются одними из самых культурно детерминируемых. В случае перехода от одной социокультурной среды в другую, прерывание и насильственное изменение в привычках питания может служить как психологическим, так и физиологическим разрушительным фактором, особенно когда изменения происходят быстро. Зависимость от фаст-фудов также может быть отражением низкооплачиваемых рабочих мест.

Профессиональные заболевания

Среди мигрантов наблюдается более высокий уровень несчастных случаев на рабочем месте (*MIGHEALTHNET, 2007*), что объясняется несколькими причинами (*WHO, 2010*).

Во-первых, мигранты чаще всего выполняют трудную, опасную и грязную работу. Во-вторых, эта работа часто

недостаточно контролируется и регулируется. Работодатели уклоняются от проверок, а сотрудники, боясь потерять свое рабочее место, могут вступать в сговор с ними. В-третьих, часто сотрудники-мигранты, не зная языка, не в состоянии прочитать инструкции по технике безопасности или могут неправильно их трактовать.

Психические заболевания

Шизофрения и психотические расстройства

Исследования в Великобритании, Нидерландах, Швеции и Дании показали, что частота шизофрении и психотических расстройств выше среди мигрантов, особенно из незападных стран (*Ingleby, 2008*). При этом заболеваемость этой патологией может быть даже выше для мигрантов второго поколения по сравнению с первым.

Большинство исследователей склонны искать причины этих расстройств среди социальных факторов («социальные невзгоды», в том числе условия жизни и дискриминация).

Депрессия и тревожные расстройства

Одни исследования доказали более высокую распространенность депрессии среди мигрантов и этнических меньшинств, особенно среди пожилых людей (*Carta и соавт., 2005*). Другие не подтвердили связь между миграцией и депрессией (*Lindert и др., 2009*).

Что касается причинно-следственных механизмов, хорошо известно, что бедность и низкий социально-экономический статус тесно связаны с депрессией. Однако точно не установлено, в какой степени эти факторы объясняют различия среди мигрантов и коренного населения.

Некоторые исследования показали, что субъективно воспринимаемая дискриминация может увеличить темпы распространения психических расстройств. Социальная поддержка и адекватные социальные сети рассматриваются как важные защитные факторы для психического здоровья, и укрепление таких сетей может помочь в борьбе с изоляцией, одиночеством и уязвимостью.

«Эффект здорового мигранта»

Некоторые зарубежные исследователи обнаружили, что те мигранты, которые переехали совсем недавно (менее 2 лет назад), были более здоровыми в момент своего прибытия (в терминах объективных показателей здоровья и самооценки, за исключением случаев выявления у них инфекционных заболеваний) по сравнению с местными жителями той страны, которая их приютила. Это явление получило название «эффект здорового мигранта». И может объясняться явлением самоотбора более здоровых (как физически, так и психически) людей, решившихся на переезд со своей родины в другую страну. Этот эффект подтвердили исследования в США (*Singh u Siahpush, 2001*), Канаде (*Human, 2001*), Австралии (*Australian Institute of Health and Welfare, 2000*), нескольких странах Западной Европы (например, *Toma, 2001*).

«Эффект здорового мигранта» имеет тенденцию исчезать со временем. Спустя некоторый срок после переезда, здоровье мигрантов и коренных жителей принимающей страны сравнивается (*Newbold, 2005*), а по некоторым показателям здоровья (например, самооценки) мигранты начинают уступать жителям страны, которая стала их новой родиной. Результаты двухгодичного исследования состояния здоровья

мигрантов в пяти странах Евросоюза (Австрии, Германии, Греции, Италии и Испании) (*Migrant-friendly health services and HIV/STI prevention: A handbook for health professionals and policy makers*) показали, что 80% опрошенных мигрантов на здоровье не жалуются, в то время как 34% мигрантов, проживших в принимающей стране более пяти лет, сообщили, что их самочувствие ухудшилось.

Процесс конвергенции (уравнивания) здоровья мигрантов и коренных жителей, различается в зависимости от страны и мигрирующего населения (этноса или национальности): иногда уравнивания здоровья не происходит. Как, например, в случае «испаноговорящего парадокса» среди жителей Соединенных Штатов (*Markides u Eschbach, 2005*), где, несмотря на плохие социально-экономические условия, для выходцев из Латиноамериканских стран наблюдается общий уровень смертности ниже, чем для коренных жителей США. Среди немногочисленных исследований смертности мигрантов в Европе можно отметить только два исследования, которые получили аналогичный результат (для турецкого населения в Германии; для марокканцев во Франции) (*Khlat u Darmon, 2003, Razum u соавт., 1998*).